

PATIENTEN EN VERANTWOORDELIJKHEID VOOR GEPAST GEBRUIK



drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 319946 fax 030 319290

Voor mijn studie huishoud- en consumentenwetenschappen aan de Landbouwniversiteit in Wageningen, liep ik vanaf april 1994 tot december 1994 stage bij NIVEL, het Nederlands Instituut voor onderzoek in de Eerstelijnsgezondheidszorg in Utrecht. In deze periode heb ik een onderzoek uitgevoerd naar de manier waarop patiënten gebruik maken van hulpverlening in de eerstelijns gezondheidszorg. Centraal staat de vraag of patiënten zich bewust zijn van de kosten van deze hulpverlening, in hoeverre ze zich verantwoordelijk voelen voor deze kosten en of patiënten een rol kunnen spelen in het gepast gebruik van de zorg.

Voor het onderzoek heb ik enquêtes afgenomen in gezondheidscentrum "De Weide" in Hoogeveen. Ik wil de hulpverleners in dit gezondheidscentrum bedanken voor hun medewerking, in het bijzonder directeur M. Jongebreur-Ruskamp.

Vanuit het NIVEL werd ik begeleid door Diana Delnoij. Haar wil ik erg bedanken voor alle goede suggesties en adviezen.

Corina Ros

Utrecht, december 1994

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	1
1.1 Achtergrond	1
1.2 Huisarts - patiënt en gepast gebruik	1
1.3 Doelstelling en probleemstelling	3
1.4 Methode van onderzoek	5
1.5 Opbouw van het verslag	6
2. GEPAST GEBRUIK	7
2.1 Kostenontwikkeling in de gezondheidszorg	7
2.2 Het begrip 'gepast gebruik'	9
2.4 Verantwoordelijkheid van patiënten	12
2.5 Samenvatting	13
3. PATIËNT EN ZORGVRAAG	14
3.1 Patiëntengedrag voorafgaand aan huisartsbezoek	15
3.2 Patiënt en huisartsenzorg	17
3.3 Samenvatting	18
4. PATIËNT EN GEPAST GEBRUIK	19
4.1 Verzameling van gegevens	20
4.2 Patiënten en zelfzorg	22
4.3 Patiënten en gebruik van professionele hulp	25
4.4 Patiënten en de kosten van gezondheidszorg	28
4.5 Gedragsbepaling van patiënten	31
4.6 Samenvatting	33
5. ANALYSE HULPZOEKGEDRAG PATIËNTEN	35
5.1 Methode van onderzoek	36
5.2 Resultaten analyses	40
5.3 Resultaten factoranalyse	43
5.4 Resultaten regressie-analyse	45
5.5 Samenvatting	47
6. ANALYSE GEZONDHEIDSCENTRUM "DE WEIDE"	49
6.1 Patiënten en maatregelen in De Weide	49
6.1.1 Rol van de assistente	50
6.1.2 Bezoek aan de huisarts	51
6.2 Suggesties gepast gebruik	53

7. CONCLUSIES OVER GEPAST GEBRUIK VAN ZORG	56
7.1 Gebruik van zorg	56
7.2 Kosten van zorg	58
7.3 Beschouwing gepast gebruik	59

LITERATUUR

BIJLAGE I

BIJLAGE II

BIJLAGE III

BIJLAGE IV

1. INLEIDING

Dit hoofdstuk fungeert als inleiding tot dit onderzoek. Het bevat een korte schets van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg (paragraaf 1.1) die de achtergrond van het onderzoek vormt. De term 'gepast gebruik' wordt kort toegelicht, in hoofdstuk 2 wordt hieraan meer aandacht besteed. Samenhangend met 'gepast gebruik' blijkt het gedrag van huisartsen en patiënten. Ter bevordering van gepast gebruik kunnen huisartsen in hun gedrag gestuurd worden door de manier waarop ze gehonoreerd worden (paragraaf 1.2). Patiënten moeten gestimuleerd worden tot verantwoord vraaggedrag, waarin de kosten van zorg een belangrijke plaats innemen (paragraaf 1.3). Hieruit voort komt in paragraaf 1.4 de doelstelling en probleemstelling van dit onderzoek. In de laatste paragrafen komen de opzet van het onderzoek en het verslag aan bod.

1.1 Achtergrond

De kostenontwikkeling in de gezondheidszorg heeft sinds de jaren zeventig steeds meer aandacht gekregen. De overheid streeft naar een gezondheidszorgstelsel waarin de kosten zoveel mogelijk beheerst worden, terwijl de kwaliteit van de geboden zorg gehandhaafd blijft.

De term 'gepast gebruik' die zij in dit verband gebruikt, heeft oorspronkelijk betrekking op medische beslissingen over toepassing van bepaalde zorg. Het is de zorg die voor een patiënt gezondheidswinst oplevert en zo weinig mogelijk schade toebrengt. Het begrip 'passend' heeft in dit verband een medisch-professionele inhoud; kostenoverwegingen spelen een indirecte rol. De definitie die de Ziekenfondsraad in haar advies geeft van gepast gebruik is veel breder (Ziekenfondsraad, 1993). Naast een medische-inhoudelijke dimensie, worden ook aspecten als doelmatigheid en kostenbeheersing erkend. Bij doelmatigheid gaat het om de mate waarin een bepaalde kwaliteit van de zorg tegen zo laag mogelijke kosten wordt verkregen. Onder kostenbeheersing wordt verstaan, "de mate waarin de met een bepaald proces gemoeide omvang van financiële middelen te beheersen is, volgens een van tevoren gesteld doel". Gepast gebruik van zorg betekent dan dat de indicatiebeslissingen worden genomen naar algemeen aanvaarde richtlijnen, die niet alleen betrekking hebben op effectiviteit, maar ook op doelmatigheid. Het gevolg hiervan is dat de meest doelmatige wijze van zorg door een op dat terrein geschikte hulpverlener op de meest doelmatige plaats verleend wordt. Op deze wijze treedt substitutie op van complexe, dure zorgvormen door eenvoudige, goedkopere voorzieningen (Ziekenfondsraad, 1993).

1.2 Huisarts - patiënt en gepast gebruik

De *huisarts* vervult in Nederland een belangrijke functie bij het gebruik van de gezondheidszorg. Hij fungeert als poortwachter bij de toegang tot de volgende echelons; hij verwijst de patiënt of schrijft medicijnen voor. Wanneer er sprake is van 'gepast gebruik', is het dan ook van belang dat dit begrip in het contact tussen huisarts en patiënt centraal staat.

Eén van de factoren die van invloed is op het gepast gebruik van zorg is de vormgeving van het honoreringssysteem van artsen (Delnoij, 1994). Een honoreringssysteem heeft over het algemeen als doel de arts te belonen voor de geleverde prestatie en de gemaakte kosten te vergoeden. Het systeem kan echter ook gebruikt worden om het gedrag van artsen te sturen.

De manier waarop huisartsen betaald worden, is afhankelijk van de wijze waarop de patiënt verzekerd is. Ziekenfondspatiënten staan op naam ingeschreven bij een huisarts. Per patiënt krijgt de huisarts een vast bedrag, bestaande uit een inkomens- en onkostenvergoeding, ongeacht het aantal keren dat de patiënt een beroep doet op de diensten van de huisarts. Dit abonnementssysteem voor huisartsen is in die zin kostenbesparend dat het niet leidt tot overproductie door de huisarts zelf. Het is administratief eenvoudig en het verschaft de huisarts een voorspelbaar inkomen dat past bij de taakopvatting van de huisartsen omtrent continue en integrale hulp voor de bij hen ingeschreven patiënten. Een nadeel van het abonnementssysteem is dat het de neiging vergroot tot sneller en meer doorverwijzen. Uit een evaluatie-onderzoek naar aanleiding van een verandering in de honorering van huisartsen in Denemarken (Flierman, 1991) blijkt dat het handelen van huisartsen inderdaad beïnvloed wordt door de manier waarop ze betaald krijgen. Huisartsen die per verrichting worden betaald voeren 60% meer diagnostische en 80% meer curatieve verrichting uit. Ze verwijzen zo'n 20% minder dan huisartsen die per abonnement worden betaald. Krijgt de huisarts per abonnement betaald, dan heeft hij geen belang bij het minder verwijzen van een patiënt; zijn inkomen verandert stijgt niet als hij zijn patiënten zelf behandelt, terwijl zijn werklast daardoor toeneemt. Blijkbaar werkt de honorering volgens het verrichtingssysteem beter als zeef voor de toegang tot het medisch apparaat, dan het abonnementssysteem.

Zoals gezegd declareert de huisarts voor particulier verzekerde patiënten volgens het verrichtingssysteem. De voornaamste te declareren verrichtingen bestaan uit consulten en visites. In het algemeen is het nadeel van honorering per verrichting dat de mogelijkheid bestaat dat overproductie plaatsvindt. Indien het inkomen is gerelateerd aan de omvang van de werkzaamheden van de beroepsbeoefenaar, dan is er des te meer reden om structurele prikkels in te voeren die het doelmatig handelen bevorderen. Het verrichtingssysteem heeft als voordeel dat onterechte verwijzingen voorkomen kunnen worden. Het is lonend voor de huisarts wanneer hij meer verrichtingen zelf uit voert en minder verwijst. Uit het onderzoek van Delnoij blijkt echter dat huisartsen slechts een beperkte mogelijkheid hebben meer verrichtingen zelf uit te voeren (Delnoij, 1994). Een aparte honorering van medisch-technische verrichting zal naar verwachting dan ook weinig substitutie tot gevolg hebben, vandaar dat er gezocht wordt naar andere manieren om het gepaste gebruik te bevorderen. Eén van de mogelijke manieren om de vraag naar zorg te sturen, is budgettering. Door de gezondheidszorg te binden aan financiële kaders kan efficiënt gebruik van de financiële middelen bevorderd worden (Boot en Knapen, 1993). Ervaringen in het buitenland geven aan dat met budgettering van huisartsen voor door hen in de tweede lijn en mogelijk elders veroorzaakte kosten, de doelmatigheid in de gezondheidszorg kan worden verhoogd (Crebolder, 1992).

Naast dat het honoreringssysteem huisartsen beïnvloedt, kan een ander honoreringssysteem ook van invloed zijn op de consumptiegeneigdheid van de patiënt. In het onderzoek over consumptie van gezondheidszorg (Van Vliet en Van de Ven, 1986) bleek dat ziekenfondspatiënten 10-20% meer zorg consumeren. Nu moet hierbij wel rekening gehouden worden met de verschillen in gezondheid; ziekenfondspatiënten zijn gemiddeld minder gezond dan particuliere patiënten. Toch is het waarschijnlijk dat een andere honoreringsstructuur de patiënt beïnvloedt. Wanneer hij bijvoorbeeld eerst zijn kosten zelf moet betalen, alvorens de verzekeraar de declaratie uitkeert, wordt hij direct geconfronteerd met de kosten. Dat de patiënt vaak slecht op de hoogte is van de kosten, kwam naar voren in een onderzoek onder ziekenfondsverzekerden ten behoeve van het Regionaal ziekenfonds BAZ Nijmegen. Hieruit bleek dat het merendeel van de ondervraagden de kosten van de gezondheidszorg 50-60% te laag inschat (Knapen, 1987).

Uit het voorgaande blijkt al dat ook *patiënten*, naast huisartsen een belangrijke rol spelen inzake het gepaste gebruik van gezondheidszorg; zij zijn de vragende partij. Voordat iemand zorg vraagt

aan een arts is er echter een zorgbehoefte ontstaan ('need'). Dit is het verlangen ('want') bij de patiënt van een ervaren klacht af te komen, eventueel met hulp van een zorgverlener. Of een zorgbehoefte ontstaat en vervolgens omgezet wordt in een zorgvraag, is afhankelijk van twee factoren. Ten eerste de door de patiënt zelf ervaren klachten en ten tweede de verwachting bij hem dat deze te verhelpen zijn. De verwachting dat de klacht te verhelpen is, wordt bepaald door de kennis over het zorgaanbod, over de bijdrage die deze kan leveren aan het herstellen van de klacht en door het algemene vertrouwen in de zorgverlener. Indien de door klacht en verwachtingen bepaalde gezondheidsbehoefte leidt tot een zorgvraag, kan deze bij de patiënt zelf terecht komen of bij informele zorgverleners als familie of vrienden. De patiënt lost dan zijn problemen zonder professionele hulp op. Wanneer de patiënt met zijn vraag (demand) bij de hulpverlener komt, interpreteert deze de vraag en bepaalt het zorgaanbod (Schrijvers, 1993). Een belangrijk kenmerk van de gezondheidszorg is dus dat de aanbieders van zorg voor een belangrijk deel bepalen welke gezondheidszorg wordt geconsumeerd. Deze speciale relatie tussen arts en patiënt is een gevolg van het gebrek aan kennis en inzicht aan de kant van de patiënt, waardoor de consument niet zelf kan beslissen wat voor hem het beste is. De aanbieder van zorg beoordeelt de noodzaak van de zorg. Hij wordt geacht hierbij de belangen van de patiënt te behartigen. De consument in de gezondheidszorg moet voor een groot deel vertrouwen op het oordeel van de producent, omdat hij in het algemeen geen inzicht heeft in de aard en kwaliteit van de beschikbare zorg.

Wat de patiënt onder gezondheid verstaat, is afhankelijk van de verhouding tussen wat hij kan en wil. Iedereen zal het onderscheid tussen noodzakelijke en niet-noodzakelijke voorzieningen anders beoordelen. Zolang men echter de prijs op kan brengen, zal er vraag zijn naar medische voorzieningen. Patiënten worden meer en meer gezien als consumenten van het produkt zorg. In deze benadering zijn ze zich bewust van hun rechten, willen zelf beslissen en eisen de beste behandeling. Niet de medische noodzaak, maar de wens van de consument bepaalt dan het medisch handelen. Men veronderstelt dat patiënten zich mondig opstellen in een soort onderhandelingsituatie met de arts/hulpverlener.

Hoewel patiënten zich meer als consumenten gaan gedragen, steeds beter op de hoogte zijn van medische mogelijkheden, zich mondiger opstellen, wordt ook van hen verwacht dat ze op een verstandige manier omgaan met de gezondheidszorg. Wanneer over 'gepast gebruik' gesproken wordt, ligt de verantwoordelijkheid niet alleen bij de behandelaars. Ook van patiënten wordt een actieve rol verwacht in het zoeken naar de goedkoopste, best passende behandeling of medicatie (Gepast gebruik, 1991).

1.3 Doelstelling en probleemstelling

Het voorgaande zou kunnen leiden tot een situatie waarin verschillende tegenstrijdige belangen in het geding komen. In een poging de kosten in de gezondheidszorg te beheersen, wordt gepast gebruik van medische voorzieningen gestimuleerd. Aangezien een bezoek aan de huisarts vaak de toegang vormt tot gebruik van zorgvoorzieningen, is het van belang dat gepast gebruik centraal staat in dit contact. Het gedrag van huisartsen zou gestuurd kunnen worden door middel van budgetten. Hierdoor gaan ze ook verantwoordelijkheid dragen voor de financiële consequenties van hun voorschrijf- en verwijsgedrag.

Patiënten zullen zich in het algemeen minder druk maken over de kosten van de gezondheidszorg. Ze hebben voornamelijk belang bij hun eigen gezondheid, ze willen beter worden. Hiertoe is alleen de beste behandelingsmethode goed genoeg. De patiënt verwacht dat zijn huisarts zich optimaal inzet

en dat de zorgverzekeraar betaalt.

Toch wordt ook van de patiënt verwacht dat hij zich kostenbewust opstelt en samen met zijn huisarts tot een gepast gebruik van zorg komt. Met name deze paradox in de rolopvatting van de patiënt - mondig en bewust -, is het onderwerp van dit onderzoek.

Het doel van dit onderzoek is inzicht geven in de mate waarin de patiënt zijn eigen verantwoordelijkheid ziet, met betrekking tot de kosten die in de gezondheidszorg gemaakt worden. Vanwege de toegangsfunctie die de huisarts inneemt, is het onderzoek gericht op het contact tussen huisarts en patiënt. Huisartsen zouden bijvoorbeeld door de beschikking te krijgen over een budget, medeverantwoordelijk kunnen zijn voor de kosten die in andere sectoren van de gezondheidszorg gemaakt worden. Over de manier waarop de patiënt tegen de kosten van de gezondheidszorg aankijkt, is veel minder bekend. Dit onderzoek heeft om deze reden een duidelijk patiënt-gericht karakter.

Om aan de hierboven genoemde doelstelling te kunnen voldoen, is een aantal onderzoeksvragen geformuleerd. Met behulp van de volgende vraag wordt beoogd inzicht te krijgen in het doel dat ten grondslag ligt aan veel initiatieven in de zorgsector namelijk 'kostenbeheersing door gepast gebruik van zorg'. Uit de discussies en literatuur omtrent deze term blijkt dat er verschillende aspecten aan zitten (Rigter, 1994). Wat wordt verstaan onder gepast gebruik? Hoe hangt dit samen met de kostenbeheersing in de gezondheidszorg? Wie is verantwoordelijk voor gepast gebruik?

1. Hoe wordt het begrip 'gepast gebruik' opgevat in de literatuur?

Patiënten stellen zich meer op als consumenten, maar er wordt wel verwacht dat ze op een gepaste manier gebruik maken van zorgvoorzieningen. Dit kan tot problemen leiden, vandaar dat meer duidelijkheid in de positie van de patiënt verkregen moet worden. Welke verschillende belangen kent een patiënt? Hoe is zijn kennis van de kosten van gezondheidszorg? Hoe vaak en wanneer maakt hij gebruik van zorgvoorzieningen? Deze aspecten komen aan bod bij het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag.

2. In hoeverre maken patiënten 'gepast gebruik' van de huisarts, geneesmiddelen en fysiotherapie?

Deze vraag heeft betrekking op drie deelgebieden; het bezoek aan de huisarts, het gebruik van medicijnen en de behandeling van de fysiotherapeut. Voor de eerste is gekozen, omdat zoals al eerder ter sprake kwam de huisarts een eerste aanspreekpunt vormt wanneer patiënten een beroep doen op de gezondheidszorg. In meer dan 60% van de gevallen schrijft de huisarts een geneesmiddel voor, een groot deel van de patiënten komt dus bij de apotheek terecht, hoewel er misschien ook alternatieven te bedenken zijn. Het percentage verwijzingen naar de fysiotherapeut is veel minder groot. Toch blijkt dat ook hier patiënten een rol kunnen spelen in het 'gepast gebruik'. Vraagstelling 2 wordt beantwoord door deelvragen die betrekking hebben op deze drie aandachtsvelden:

2.1 (Wanneer patiënt op eigen initiatief zijn huisarts bezoekt)

- a. In hoeverre hebben patiënten geprobeerd eerst zelf hun klachten te verhelpen alvorens hiermee naar de huisarts te gaan?
- b. Met welk doel bezoeken patiënten hun huisarts?
- c. Op welke wijze verwachten ze dat de huisarts hun klachten zal behandelen?

2.2 (Wanneer patiënt voor een nieuw recept de apotheek bezoekt)

- a. In hoeverre hebben patiënten eerst zelf geprobeerd hun klachten te verhelpen alvorens de huisarts het recept uitschreef?
- b. Wie nam naar het oordeel van de patiënt het initiatief tot het voorschrijven van de medicijnen en is met de huisarts over alternatieven gesproken?

- c. Is de patiënt op de hoogte van het bestaan van eigen bijdragen bij sommige medicijnen en wat vindt hij hiervan?
- 2.3 (Wanneer patiënt voor een nieuwe behandeling de fysiotherapeut bezoekt)
 - a. In hoeverre hebben patiënten eerst zelf geprobeerd hun klachten te verhelpen alvorens de huisarts hen naar de fysiotherapeut verwees?
 - b. Wie nam naar het oordeel van de patiënt het initiatief tot het verwijzen naar de fysiotherapeut en is er met de huisarts over alternatieven gesproken?
 - c. Op welke wijze verwachten ze dat de fysiotherapeut hun klachten zal behandelen?

In het laatste deel van het onderzoek staat centraal in hoeverre de patiënt zich verantwoordelijk voelt voor de kosten in de gezondheidszorg. Hij wordt geconfronteerd met maatregelen die in het algemeen dan wel in zijn eigen gezondheidscentrum ingevoerd zouden kunnen worden, om de kosten te beheersen.

- 3. a. In hoeverre voelt de patiënt zich verantwoordelijk voor de kosten die voor hem gemaakt worden?
- b. Wat is het oordeel van de patiënt over de maatregelen die gepast gebruik moeten bevorderen?

1.4 Methode van onderzoek

De onderzoeksvragen worden in eerste instantie beantwoord door literatuuronderzoek. Daarnaast wordt een enquête gehouden onder de bezoekers van het gezondheidscentrum "De Weide" in Hoogeveen. Er zijn verschillende redenen waarom gekozen is voor dit centrum. In "De Weide" is men actief bezig mogelijkheden te zoeken waarop de kosten beheerst kunnen worden. Het budgetteren van huisartsen is serieus overwogen, maar ook de verantwoordelijkheid van patiënten wil men in de toekomst gaan stimuleren. Met betrekking tot dit voornemen, is het belangrijk enig inzicht te hebben in de opvatting van patiënten betreffende de kosten van de zorgvoorzieningen en hun verantwoordelijkheid hiervoor.

De huisartsen in het gezondheidscentrum werken nauw samen met andere hulpverleners, waaronder de fysiotherapeut. Gevolgen van een verantwoord gebruik van huisartsenzorg heeft direct gevolgen voor andere groepen in het gezondheidscentrum. Het gezondheidscentrum waarin vier huisartsen en de fysiotherapeut hun patiënten ontvangen, vormt een goede locatie voor het binnen korte tijd een vragenlijst onder een gevarieerde patiëntengroep afgenomen kan worden. Bovendien is in het zelfde centrum de apotheek gevestigd. De totale huisartsenpraktijk omvat ruim 6000 patiënten. Met behulp van gegevens uit de Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (Groenewegen e.a., 1991) en ervaringen van de huisartsen, wordt het aantal consulten per week geschat op 280. Meer dan 60% van de consulten eindigt met het uitschrijven van een recept; dit betekent 110 recepten per week. Per 1000 contacten met de huisarts worden gemiddeld 24 patiënten verwezen naar de fysiotherapeut; het geschatte aantal in "De Weide" is 6 in één week, hierbij komen de patiënten die verwezen worden door huisartsen die niet werkzaam zijn in "De Weide" (totaal circa 25 patiënten). De bedoeling is om gedurende twee weken enquêtes uit te delen. In de eerste week zullen bezoekers van de apotheek en patiënten van de fysiotherapeut benaderd worden. De tweede week zullen patiënten van de huisarts en de fysiotherapeut gevraagd worden. Hiervoor is gekozen om voldoende gegevens te verkrijgen en te voorkomen dat te veel mensen afvallen doordat ze voor de tweede maal het gezondheidscentrum bezoeken (huisartspatiënten zullen binnen een week bij de apotheek komen wanneer ze een

medicijn nodig hebben, bij een bezoek aan de fysiotherapeut zit hier meer tijd tussen). Alleen patiënten die voor de eerste keer, dat wil zeggen op eigen initiatief de huisarts bezoeken, een nieuw medicijn op recept afhalen of een nieuwe behandeling bij de fysiotherapeut starten, komen in aanmerking voor de enquête. In alle andere gevallen zal de mening van de patiënt vooral beïnvloed zijn door de voorgaande bezoeken of behandelingen. Ook heeft het geen zin patiënten die voor een herhaalrecept bij de apotheek komen een enquête af te nemen.

Aan alle respondenten wordt een algemene vragenlijst voorgelegd, waarin gevraagd wordt naar de mening over de kosten in de gezondheidszorg, de verantwoordelijkheid van de patiënt en het oordeel over eventuele maatregelen die het gepast gebruik moeten bevorderen.

Hiernaast wordt aan de verschillende groepen respondenten een vragenlijst voorgelegd die specifiek is voor de zorg waar zij gebruik van maken. Dit houdt in dat er in twee weken, bij een opzet zoals hiervoor beschreven en een respons van 60% ruim 300 algemene vragenlijsten, 170 huisartslijsten, 110 apotheeklijsten en 30 fysiotherapie-lijsten ingevuld zijn. Met behulp van deze gegevens kan een goed beeld verkregen worden van de mening van patiënten.

De respondenten moeten naast gesloten vragen, stellingen beoordelen op de mate waarin ze het eens zijn met de stelling. Een aantal uitspraken is ontleend aan een onderzoek waarin de mening van de Tilburgse bevolking gepeild werd, over de mogelijke consequenties van bezuinigingsmaatregelen in de gezondheidszorg (Van der Doef, 1991). Hier bleek dat de meerderheid van de mensen vindt dat er niet bezuinigd moet worden. Is dit toch noodzakelijk, dan vindt de meerderheid het aanvaardbaar als er financiële consequenties aan zitten. Bezuinigingen die gevolgen hebben voor de kwaliteit van de zorg zijn niet acceptabel.

Hiernaast is gebruik gemaakt van stellingen uit een onderzoek naar de bekendheid onder consument met het Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (Kerssens, 1992). Per 1 juli 1991 is het dit systeem ingevoerd. Het beoogt een kwalitatief goede geneesmiddelenvoorziening te realiseren tegen beheersbare kosten. Geneesmiddelen zijn ingedeeld in groepen, de groepen bevatten gelijkwaardig middelen. Het enige onderscheid is vaak de prijs. De verzekeraar vergoedt tot aan een bepaalde limiet. Voor geneesmiddelen (binnen de groep onderling vervangbare middelen) met een hogere prijs, betaalt de consument het verschil bij. Aldus ontstaat een gedifferentieerde eigen bijdrage, waarvan de hoogte overeenkomt met het verschil tussen de prijs van het afgeleverde geneesmiddel en de limiet. Het blijkt dat patiënten nog onvoldoende inzicht hebben in de hoogte van de bij te betalen bedragen. Sterker nog, men weet vaak überhaupt niet dat moet worden bijbetaald.

1.5 Opbouw van het verslag

In hoofdstuk 2 wordt de eerste onderzoeksvraag zoals die in 1.3 geformuleerd is, beantwoord. Het begrip 'gepast gebruik' wordt in dit hoofdstuk nader toegelicht. Aangezien gepast gebruik van zorg door patiënten vooral centraal lijkt te staan, wanneer zij een oplossing zoeken voor hun ervaren klachten, wordt in hoofdstuk 3 aandacht besteed aan het hulpzoekgedrag van patiënten. Eén van de mogelijkheden voor de patiënten om van zijn klachten af te komen, kan het raadplegen van zijn huisarts zijn. In hoofdstuk 3 wordt ook aan dit consult enige aandacht besteed. De enquête die gehouden is om een beter beeld te krijgen van het gedrag en de houding van patiënten ten aanzien van 'gepast gebruik', komt in hoofdstuk 4 aan bod. In hoofdstuk 5 worden het gedrag en de houding verder geanalyseerd. Er wordt onderzocht of er samenhang bestaat tussen kenmerken, opvattingen en gedragingen van patiënten. Hoofdstuk 6 geeft een beeld van de resultaten die specifiek van belang zijn voor gezondheidscentrum "De Weide", waar de enquête gehouden is. Hoofdstuk 7 geeft conclusies en een beschouwing wat betreft 'gepast gebruik' door patiënten.

2. GEPAST GEBRUIK

In dit hoofdstuk wordt eerst nader ingegaan op de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg en mogelijkheden tot het beheersen van de kosten. In dit verband wordt de term 'gepast gebruik' geïntroduceerd. Dit begrip wordt in paragraaf 2.2 toegelicht, met name omdat het op verschillende manieren gebruikt kan worden. Paragraaf 2.3 gaat over degenen die in het gepast gebruik maken van de gezondheidszorg een rol spelen. Het blijkt dat beroepsbeoefenaren en patiënten beiden hun verantwoordelijkheid op dit terrein zouden moeten nemen. In paragraaf 2.4 wordt een aantal kanttekeningen geplaatst bij de verantwoordelijkheden van de patiënt.

Het begrip 'gepast gebruik' komt vaak ter sprake wanneer het gaat over kostenbeheersing van de gezondheidszorg. Het is een blijvend aandachtspunt geworden in de stroom van adviezen en nota's die geschreven worden in het kader van de veranderingen die plaatsvinden in de organisatie van het zorgstelsel in Nederland. Niet overal wordt het begrip op dezelfde manier gehanteerd, hoewel met name het overheidsbeleid er van uit gaat dat het een belangrijk aspect is van de zorgverlening (Keuzen in de zorg, 1991). De eerste onderzoeksvraag zoals geformuleerd in het vorige hoofdstuk luidt:

Hoe wordt het begrip 'gepast gebruik' opgevat in de literatuur?

In dit hoofdstuk wordt geprobeerd deze vraag te beantwoorden.

2.1 Kostenontwikkeling in de gezondheidszorg

In Nederland wordt een aanzienlijk deel van het Bruto Nationale Inkomen besteed aan de gezondheidszorg en de daaraan verbonden maatschappelijke dienstverlening. In 1991 was dit 8,3%, wat neerkomt op een totaalbedrag van 52,582 miljard gulden (FOZ, 1993). Voor de komende jaren voorspelt men een groei van de uitgaven van 2,2%. Daarmee ligt de ontwikkeling die voor de zorgsector wordt beoogd, lager dan de verwachte ontwikkeling van het BNP.

Figuur 2.1 Aandeel van gezondheidszorg in BNP

Groei zorgsector in %	3,5	6,9	7,6	6,1	2,9	2,2
waarvan: volume	1,1	2,0	2,3	2,1	-0,2	0,1
— nominaal	2,4	4,9	5,3	4,0	3,1	1,1
Groei BNP in %	5,9	6,4	4,9	3,9	1,7	3,2
waarvan: volume	4,7	4,1	2,1	1,4	0,0	1,0
nominaal	1,2	2,3	2,8	2,5	1,7	2,2

bron: Financieel overzicht zorg 1993

De Rijksoverheid voert al langere tijd een beleid dat is gericht op kostenbeheersing in de zorgsector. Zij doet dit onder andere om de volgende redenen (Keuzen in de zorg, 1991). Ten eerste worden de diensten van de zorgsector voor een groot deel collectief gefinancierd. Dit houdt in dat iedereen bijdraagt in de totale kosten die de bevolking maakt. Het is dus van groot belang dat met deze gezamenlijk opgebrachte hoeveelheid geld zorgvuldig omgesprongen wordt.

Hiernaast werken de zorg-uitgaven door in de loonkosten. Een land met te hoge loonkosten prijst zichzelf uit de markt (Schrijvers, 1993). Een laatste, maar wel een belangrijke reden is, dat de zorg juist voor de zwakkeren in de samenleving betaalbaar en toegankelijk moet blijven. Globaal heeft de kostenbeheersing in de zorgsector als doel de premies van ziekenfonds en AWBZ waaruit deze sector deels gefinancierd wordt, zo min mogelijk te laten stijgen (Boot en Knapen, 1993).

De overheid heeft de beschikking over een uitgebreid stelsel van wetten en regelingen, waarmee zij de kosten probeert te beheersen. Met behulp van de *Wet Ziekenhuis Voorzieningen* (1979) kan de overheid de capaciteit van de intramurale sector beheersen. Deze Wet is ook bedoeld als een planningsinstrument om tot zorgen dat er een doelmatig stelsel van intramurale voorzieningen ontstaat (Boot en Knapen, 1993). De *Wet Tarieven Gezondheidszorg* (1979) stelt de overheid in staat de tarieven van instellingen en individuele beroepsbeoefenaren in de hand te houden. Het doel van de wet is het bevorderen van een evenwichtig tariefstelsel, waarbij het gaat om een optimale toedeling van menskracht en middelen die voor de gezondheidszorg beschikbaar zijn (Boot en Knapen, 1993). De tarieven komen tot stand via onderhandelingen tussen aanbieders en verzekeraars, maar moeten ter goedkeuring voorgelegd worden aan het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). Dit orgaan toetst de tarieven aan een stelsel van richtlijnen. Deze richtlijnen moeten weer door de minister worden goedgekeurd. Via het COTG kunnen instellingen sinds 1983 gebonden worden aan budgetten. Vooraf wordt dan aangegeven tot welk bedrag de uitgaven van een instelling het komend jaar worden gefinancierd. De rijksoverheid kan door budgetkorting duidelijke grenzen stellen aan de bestedingsruimte van intramurale instellingen, maar er blijft een grote onderhandelingsruimte voor zorgverzekeraars en ziekenhuizen (Werkgroep Budgettering, 1978). Ook met de *Wet Tarieven Gezondheidszorg* heeft de overheid dus een belangrijk instrument in handen om de kosten in de gezondheidszorg te beheersen. Hoewel de overheid de tarieven met behulp van deze wet beheerst, is de wet in wezen een sturingsinstrument ten aanzien van menskracht en middelen. Door de richtlijnen te verruimen, probeert de overheid knelpunten met betrekking tot de capaciteit in de zorgsector op te heffen (Boot en Knapen, 1993).

De wetgeving en het beleid dat hierboven beschreven is, stelt de overheid in staat het aanbod in de gezondheidszorg te beheersen. In de samenleving echter, is een tendens gaande van decentralisatie van de macht van de overheid. Deze wil terugtreden en bevoegdheden bij partijen in het veld leggen. Met het oog hierop benadrukte de Commissie Structuur en Financiering gezondheidszorg, bekend als Commissie-Dekker eind jaren 80 in haar advies aan het kabinet de mogelijkheden van marktwerking als alternatief voor de huidige wijze van beheersing van het aanbod (Bereidheid tot Verandering, 1987). Door onderhandelingen tussen vragers en aanbieders van zorg en verzekeraars zou, net als bij 'normale' producten, een prijs tot stand komen die het aanbod en de vraag perfect op elkaar afstemt. De Commissie Dekker realiseert zich wel dat het produkt zorg nu eenmaal een bijzonder produkt is, vandaar dat een zekere mate van regulering door de overheid in deze markt gewenst blijft (Bereidheid tot verandering, 1987). Marktwerking zou volgens de Commissie Dekker via de financieringszijde van de gezondheidszorg gerealiseerd kunnen worden, omdat in het ziektekostenverzekeringstelsel alle partijen betrokken zijn. Het kabinet nam de plannen grotendeels over in "Verandering verzekerd", waarin het de stappen beschrijft die nodig zijn om tot een nieuw stelsel te komen (Verandering verzekerd, 1988). Slechts enkele van deze stappen zijn tot nu toe daadwerkelijk genomen.

Ondanks de wetgeving op het terrein van de gezondheidszorg en toegenomen zelfregulering door marktwerking, blijft het moeilijk de middelen en de capaciteit van de gezondheidszorg zo te sturen dat geld en zorg precies op die plaats terecht komt waar het op dat moment nodig is. Dit komt omdat de feitelijke behoeften aan zorg en de uitgaven voor een belangrijk deel voortkomen uit beslissingen op microniveau, bijvoorbeeld in de spreekkamer van de huisarts of in de behandelkamer van het ziekenhuis. Het beheersinstrumentarium is wel gedetailleerd en uitgebreid, maar het

gaat uit van een dominante rol van de overheid en werkt daarmee van bovenaf. Hierdoor is slechts globale beheersing mogelijk (Commissie Keuzen in de Zorg, 1991). De overheid blijft manieren zoeken om te stimuleren dat zoveel mogelijk de juiste zorg op de juiste plaats te krijgen is. Een oplossing zou gevonden kunnen worden in 'gepast gebruik'. Wanneer verzekeraars, beroepsbeoefenaren en patiënten immers een gepast gebruik van de gezondheidszorg maken, kan de zorg doelmatig aangewend worden en overbehandeling voorkomen worden (FOZ, 1993). Gepast gebruik hoeft niet automatisch in te houden dat het totale volume vermindert. De Ziekenfondsraad nuanceert deze gedachte in haar rapport 'Gepast Gebruik': "Gepast gebruik zal over de gehele linie weliswaar naar verwachting kunnen resulteren in een flinke kostendaling, maar op onderdelen zou gepast gebruik zeker een stijging van volume en kosten tot gevolg kunnen hebben." (Ziekenfondsraad, 1993).

2.2 Het begrip 'gepast gebruik'

Zoals in 1.1 al ter sprake kwam, kan het begrip 'gepast gebruik' op verschillende manieren opgevat worden. De Commissie Keuzen in de zorg, bekend als Commissie-Dunning, die in 1991 een advies uitbracht aan het kabinet over het beheersen van de kosten in de gezondheidszorg, brengt de term in verband met de verantwoordelijkheid van medische beroepsbeoefenaars om juiste indicaties te stellen (Commissie Keuzen in de zorg, 1991). Bij indicatiestelling gaat het om het vaststellen van de oorzaak van een ziekte of om het vaststellen van de juiste behandeling. De Commissie doet in haar advies op de tweede betekenis van indicatiestelling. In het advies van de Gezondheidsraad aan het kabinet "Medisch handelen op een tweesprong", gaat men nog een stapje verder. Wanneer bekend is welke behandeling aangewezen is, volgt de beslissing om de aangewezen zorg daadwerkelijk uit te voeren (Gezondheidsraad, 1992).

Belangrijk is bij het begrip 'gepast gebruik', zoals het door de Gezondheidsraad en de Commissie Keuzen in de zorg gebruikt wordt, dat het gaat om de zorg zelf, dus niet om de manier waarop handelingen worden uitgevoerd, maar om medische beslissingen over de toepassing van bepaalde zorg. Het besluit om een behandeling in te stellen bij een patiënt is in deze opvatting passend als de therapie naar verwachting een netto gezondheidswinst oplevert ten opzicht van andere eventueel in aanmerking komende behandelingen. Het begrip is van toepassing op medische handelingen, maar ook op care-achtige voorzieningen. Bij deze definitie van gepast gebruik spelen de kosten geen enkele rol.

Het begrip 'gepast gebruik' heeft tegenwoordig een andere lading gekregen. Bij vergelijking van de rapporten "Kiezen en delen" en "Medisch handelen op een tweesprong", de reactie van het kabinet hierop en het advies van de Ziekenfondsraad inzake gepast gebruik, valt op dat het begrip momenteel een bredere maatschappelijke betekenis heeft gekregen (Ziekenfondsraad, 1993). Naast de van oorsprong medisch-inhoudelijke betekenis, onderscheidt men nu ook aspecten van doelmatigheid en kostenbeheersing.

Bij *doelmatigheid* kijkt men naar de kosteneffectiviteit van de zorg. De vraag kan gesteld worden of een kostenafweging wel deel uit mag maken van de besluitvorming. Een dergelijke benadering kan de toegankelijkheid van zorg belemmeren. Het zou zelfs als onethisch gezien kunnen worden, wanneer geld een rol speelt bij het kiezen tussen patiënten. Aan de andere kant is het niet ethisch de financiële claim die patiënten leggen op de zorgvoorzieningen te negeren en net te doen alsof het niets kost. De prijs van de behandeling is in feite slechts een symbool voor het kiezen tussen patiënten; wanneer de één geholpen wordt, is er geen geld meer voor de ander. Er is te weinig geld voor alle zorg die nodig is, maar het is ook onethisch mensen onverzorgd te laten. Er moet

dus gezocht worden naar manieren zorg doelmatig aan te wenden (Williams, 1991).

Bij *kostenbeheersing* gaat het om de mate waarin de financiële middelen die met de gezondheidszorg gemoeid zijn, beheerst kunnen worden. Kostenbeheersing door gepast gebruik is niet gemakkelijk of snel te realiseren, toch legt het kabinet de verbinding. Kostenbeheersing is soms een bijproduct van gepaste indicatiestelling, maar kostenstijging kan ook voor komen. Het is dan ook onjuist al bij voorbaat een kostenbesparend effect te verwachten (Rigter, 1994). Zoals al eerder naar voren kwam, loopt bij gepast gebruik niet per definitie het gebruik van medische voorzieningen terug. Er zijn terreinen denkbaar waar gepast gebruik juist in een toename van zorg zal resulteren, bijvoorbeeld verpleeghuiszorg, of behandelingen die in eerste instantie goedkoper zijn, maar langdurig toegepast dienen te worden en daardoor toch duurder uitpakken. Het begrip gepast gebruik zou daarom, volgens Rigter, beter niet in verband gebracht kunnen worden met de kosten.

2.3 Verantwoordelijkheid voor gepast gebruik

De Commissie-Dunning begint het rapport *Kiezen en delen* met het antwoord op de vraag waarom keuzen in de zorg noodzakelijk zijn. Hiertoe schetst ze een beeld van hoe mensen tegen gezondheid aankijken en daarmee hun verwachtingen van de gezondheidszorg. De wijze waarop gezondheid beleefd wordt, wordt in hoge mate bepaald door individuele wensen van burgers en van de samenleving. Gezondheid neemt een belangrijke plaats in in het leven van mensen, de waarde die men er aan toekent is groot. De Commissie wijst op een toenemende vraag naar gezondheidszorg. Dit wordt deels veroorzaakt door de centrale waarde die gezondheid inneemt in de samenleving, maar er spelen ook andere factoren een rol (Commissie *Keuzen in de Zorg*, 1991). De zorg is zo ingericht dat deze in hoge mate toegankelijk is voor iedereen. Hiernaast worden er voortdurend nieuwe technologieën ingevoerd, waardoor men steeds hogere verwachtingen krijgt en de vraag weer toeneemt (Vrijland, 1985). Een laatste oorzaak van de grote vraag zijn de ontwikkelingen in de bevolkingssamenstelling. Deze laten een snelle toename zien van het aantal hoogbejaarden, een bevolkingsgroep die over het algemeen een groter beroep doet op de gezondheidszorg. Hoewel de vraag naar zowel behandelingen als verzorging toeneemt, zal het aanbod van zorg in de toekomst waarschijnlijk minder snel groeien en misschien zelfs afnemen. De ontwikkelingen in de bevolkingssamenstelling voorspellen namelijk een geringer aantal jongeren. Dit houdt in dat er minder mensen werkzaam kunnen zijn in de zorgsector. Het aanbod van zorg, tegen aanvaardbare kosten zal wellicht achterblijven waardoor een tekort ontstaat.

De problematiek van schaarste is zichtbaar op het niveau van de individuele patiënt, die een behandeling of verstrekking vraagt welke niet of te laat geleverd kan worden (Schrijvers, 1993). Ook komen schaarsteproblemen aan het licht op het niveau van instellingen, die aan een budget gebonden zijn, waardoor selectie en wachtlijsten noodzakelijk zijn bij het leveren van hun diensten. De Commissie *Keuzen in de zorg* is van mening dat het schaarsteprobleem en daarmee samenhangend het gepaste gebruik van zorg, niet alleen een zaak is van de overheid, maar ook van de medische professie (Commissie *Keuzen in de zorg*, 1991).

Het kabinet neemt deze stelling van de Commissie over, wat betreft de verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren, maar voegt toe dat zij niet alleen verantwoordelijk zijn. De huisarts en specialist, de verplegende en verzorgende, de paramedicus, bestuur en directie van instellingen, de zorgverzekeraar, de wetenschapper, de opleider, de patiënt en de politicus, zij allen zijn op hun eigen wijze verantwoordelijk voor gepast gebruik (Gepast gebruik, 1992).

Beroepsbeoefenaren leveren een belangrijke bijdrage aan de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg. Niet alleen hun inkomen is een kostenpost, ook zijn zij verantwoordelijk voor kosten die als gevolg van hun handelen ergens anders ontstaan. Tot voor kort waren de beroepsbeoefenaren algemeen van mening dat financiële consequenties bij hun handelen geen rol mochten spelen, de laatste jaren neemt het bewustzijn toe dat zij ook medeverantwoordelijkheid dragen. Gillon haalt het stereotype idee onderuit dat een huisarts alles voor zijn individuele patiënt over heeft, zonder dat hij verantwoordelijkheid voelt tegenover de financiële belangen van patiënten als groep (Gillon 1988). Maar Gillon voegt er tevens aan toe: "It is another matter *how much* they take financial considerations into account and how much they should do so."

Het beeld van de arts in de samenleving is de laatste halve eeuw snel gewijzigd. Genoten artsen tot aan de jaren vijftig nog onbetwist gezag, tegenwoordig worden steeds meer eisen aan hen gesteld. De burger is mondiger geworden en het aantal medische mogelijkheden is gegroeid. De arts wordt steeds voor nieuwe keuzen gesteld. Hij moet voortdurend verantwoording afleggen, tegenover de patiënt, verzekeraar en directie (Knottnerus, 1985).

In "Medisch handelen op een tweeklomp", een rapport van de Gezondheidsraad, worden aangrijpingspunten gegeven voor een doelmatig medisch handelen. Niet de verrichtingen op zich, maar het medisch handelen wordt centraal gesteld. Het is de arts die de combinatie tussen patiënt en verrichting tot stand brengt; het gaat dus in de eerste plaats om het al of niet effectief kiezen van verrichtingen door artsen. De commissie van de Gezondheidsraad heeft onderzocht welke irrationele overwegingen het effectieve medisch handelen in de weg staan (Gezondheidsraad, 1992). De vaardigheid van artsen bijvoorbeeld om uit het groeiende aanbod de juiste keuze te doen, schiet te kort. Tijdgebrek, een slechte communicatie, een onzekere of traditionele instelling, alsook financiële belangen belemmeren een rationele toepassing van medisch handelen. Qua honorering worden de anamnese, het praten met de patiënt en het lichamelijk onderzoek ondergewaardeerd, vergeleken bij de aanvullende diagnostiek. Een ander probleem bij het beoordelen van het medisch handelen vormt het gebrek aan gegevens over de effectiviteit. Veel verrichtingen worden uitgevoerd zonder dat het nut ervan is bewezen.

Bij de bevordering van het gepast gebruik door de zorgverlener is ook de opstelling van de vragers in het geding (Commissie Keuzen in de Zorg, 1991). Het vertrouwde beeld is dat de patiënt zich in vertrouwen wendt tot de behandelaar en deze bepaalt in overleg met de patiënt hoe verder te gaan. Echter, de patiënt wordt mondiger, bezit meer informatie en kennis en wordt kritischer ten opzichte van de behandelaar. Een veranderde houding van het publiek tegenover gezondheid en ziekte is bepalend voor het gezicht van de geneeskunde (Gezondheidsraad, 1991). De patiënt is consument geworden (Knottnerus, 1983). Men gaat sneller naar de dokter, vraagt eerder en vaker om verwijzing naar de specialist, niet alleen bij klachten, maar ook om ziekte uit te sluiten. Men wil behandeld worden voor afwijkingen die geen klachten geven en als de klachten niet snel genoeg verdwijnen, raadpleegt men een tweede of derde specialist. De patiënt wil hogerop voor aandoeningen die heel goed door de huisarts te behandelen zijn of die mits men geduld heeft, vanzelf over gaan. Ongerustheid speelt een rol, vooral internisten zien nogal wat patiënten die geen of nauwelijks klachten hebben, maar zeker willen weten dat er niets aan de hand is (Gezondheidsraad, 1992). In "Medisch handelen op een tweeklomp" vertelt een arts: "De patiënt wil binnenste-buiten gekeerd worden en dwingt zijn huisarts min of meer hem door te sturen naar de specialist. Met name de internist is dan de specialist voor de vage klachten. Dat is consumentengeneeskunde." Uit dit citaat blijkt dat de relatie met de huisarts van belang is wanneer het gaat om het gebruik van gezondheidszorg. Door de rol van bewuste en mondige patiënt, die hij inneemt in het contact met de huisarts, wordt een situatie geschapen waarin de patiënt niet uitsluitend meer

afhankelijk is. Dit houdt echter ook in dat hij verantwoording moet dragen voor een goed verloop van de zorglevering (Gezondheidsraad, 1991). Er worden eisen aan de patiënt gesteld, met name wanneer het om gepast gebruik gaat. Verstandig en doelmatig omgaan met de middelen in de zorgsector, heeft als gevolg dat er voor iedereen zorg kan bestaan, die toegankelijk, werkzaam, betaalbaar en van goede kwaliteit is (Gepast gebruik, 1992). De patiënt moet vertrouwen hebben, leergierig zijn, omgaan met informatie en verantwoording vragen. En de patiënt wordt geacht als een kritische consument producten van verschillende aanbieders met elkaar op doelmatigheid te gaan vergelijken. Een ander aspect van zijn mondigheid is gericht vragen. De zwakke positie die hij nu nog inneemt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, met name door het gebrek aan informatie en financiële middelen, is een groot knelpunt (Ankoné, 1993). De overheid probeert een gunstiger klimaat te scheppen, hetgeen blijkt uit de nota "Patiënten/consumentenbeleid in de zorgsector". Het lijkt immers gerechtvaardigd te verwachten dat de overheid, die een belangrijke plaats toekent aan de consument/patiënt, ook voorwaarden schept om die plaats naar behoren te kunnen innemen en deze - voor een deel - ook financieel mogelijk maakt (Ankoné, 1993).

Uit verschillende onderzoeken echter blijkt dat lang niet alle patiënten toe zijn aan een zo mondig en actief consumentengedrag. Bij het kiezen van een huisarts en het evalueren van diens verrichtingen bijvoorbeeld, gedragen patiënten zich niet kritisch (Donaldson, 1991). In een ander onderzoek blijkt dat patiënten nog steeds veel waardering hebben voor een autoritaire huisarts (Lloyd, e.a., 1991).

2.4 Verantwoordelijkheid van patiënten

De term verantwoordelijkheid kan op twee manieren opgevat worden (Van Reijen, 1983). In de eerste betekenis is verantwoordelijk zijn voor eigen handelen, de opvatting dat ik alleen zelf kan en moet beslissen wat ik doe en niet doe. Wanneer een voorziening aangeboden wordt, maakt de patiënt de keuze er wel of geen gebruik van te maken. In het debat rond bezuinigingen op voorzieningen wordt een heel andere betekenis gegeven aan 'eigen verantwoordelijkheid'. Er wordt dan mee bedoeld dat de patiënt er zelf voor moet zorgen. Het is niet meer een beschrijving van een keuze, het gaat om een verplichting. De patiënt is niet zo maar vrij in de beslissing een voorziening of medicijn te vragen, maar zal voor de gevolgen en kosten op moeten draaien. De term verantwoordelijkheid wordt met name in het licht afremming van de kosten in de gezondheidszorg op een dubbelzinnige manier gebruikt; de zelfstandigheid wordt benadrukt, maar ook de verplichting.

Hoewel de 'perfecte patiënt' natuurlijk niet bestaat, kan in een soort ideaaltype beschreven worden, wat onder een verantwoordelijke patiënt verstaan moet worden (Geelen, 1981). Dit is iemand die zelf verantwoordelijk is en kan zijn met betrekking tot de zorg voor zijn gezondheid en deze verantwoordelijkheid ook weet te realiseren. De mate waarin iemand zijn verantwoordelijkheid kan realiseren is afhankelijk van situationele kenmerken en min of meer permanente omstandigheden. Het maakt uiteraard verschil of gesproken wordt over eigen verantwoordelijkheid bij gezondheid of bij ziekte. Hiernaast is er verschil tussen acute of chronische ziekte. Ook de inrichting van het gezondheidssysteem, met name de mate van vrijheid die de patiënt heeft in het gebruik van verschillende voorzieningen, bepaalt of iemand in staat is verantwoord gebruik te maken van de zorg. De opstelling van hulpverleners beïnvloedt tevens de verantwoordelijkheid. Als laatste zijn kenmerken van patiënten als sociale achtergrond, opleiding et cetera van groot belang.

Het ideaaltype heeft volgens Geelen de beschikking over *rechten* als informatierecht en zelfbeschikkingsrecht, *houdingen/intenties* als betrokken bij de eigen gezondheid, *kennis* over gezondheid, ziekte en behandeling en *gedrag* als zoeken naar informatie over gezondheid, gezond leven.

Globaal kan de eigen verantwoordelijkheid op de volgende manieren gestalte krijgen. Verantwoord en gezond leven, mondigheid en gelijkwaardigheid van de patiënt in contact met artsen, meebeslissen in al of niet georganiseerde vorm in het functioneren van de gezondheidszorg.

Een probleem bij een benadering zoals hierboven, is dat patiënten gezien worden als geïsoleerde, vrij en autonoom kiezende mensen, terwijl juist de maatschappelijke verhoudingen waaronder zij leven, die keuze beïnvloeden. Zoals al eerder bleek uit Kiezen en delen, wordt hetgeen mensen onder gezondheid verstaan, voor een groot deel bepaald door de standaard die heerst in een land. Bepaalde gezondheidsproblemen hoeft je als patiënt niet meer te accepteren, ze kunnen behandeld worden.

In de discussie over zelfzorg komt ook de dubbelzinnigheid van 'eigen verantwoordelijkheid' naar voren. Aan de ene kant duidt het op zelf beslissen, voor jezelf opkomen, iets vragen. Aan de andere kant wordt de term in de gezondheidszorg nu zo gebruikt dat de patiënt juist niet moet vragen, niet moet eisen, maar er zelf voor moet zorgen (Van Reijen, 1983).

2.5 Samenvatting

Hoewel de term 'gepast gebruik' regelmatig naar voren komt in de discussie rondom het beheersen van de kosten in de gezondheidszorg, bestaat onduidelijkheid over wat gepast gebruik inhoudt. In dit hoofdstuk wordt bekeken hoe deze term in de literatuur wordt gebruikt.

De kosten van de gezondheidszorg in Nederland nemen toe, beheersing er van acht men noodzakelijk. De overheid heeft de beschikking heeft over plannings- en sturingsinstrumenten, waarmee ze probeert zorg en geld optimaal te benutten. Het bevorderen van gepast gebruik zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het beheersen van zorgvoorzieningen en de kosten die er mee gemoeid zijn. Gepast gebruik wil in dit verband zeggen 'het besluit om een behandeling in te stellen bij een patiënt die naar verwachting een netto gezondheidswinst oplevert ten opzicht van andere eventueel in aanmerking komende behandelingen, waarbij rekening gehouden wordt met de afweging tussen baten en kosten en de mogelijkheden de kosten te kunnen beheersen'.

Niet alleen beroepsbeoefenaren moeten zorgdragen voor gepast gebruik, ook patiënten spelen een belangrijke rol. Het blijkt dat de eigen verantwoordelijkheid van patiënten in de praktijk een aantal haken en ogen kent. Patiënten zijn geen geïsoleerde groep, maar hun handelen wordt grotendeels beïnvloed door de samenleving.

Met name de gevolgen die 'gepast gebruik' kan hebben voor patiënten, zullen in dit onderzoek naar voren komen. In de enquête worden patiënten geconfronteerd met maatregelen die genomen (zouden kunnen) worden en gevraagd wat zij hiervan vinden. In paragraaf 2.4 worden kenmerken van de 'perfecte patiënt' gegeven. Met behulp van de enquête, die in hoofdstuk 4 uitgebreid besproken wordt, kan onderzocht worden of patiënten enigszins aan dit ideaaltipe voldoen. Wat weten patiënten van de zorg, hoe staat het met hun kennis over de kosten, zijn ze bereid zelf meer verantwoordelijkheid op zich te nemen?

3. PATIËNT EN ZORGVRAAG

In dit hoofdstuk wordt nader bekeken hoe individuele patiënten die klachten ervaren, zich gedragen bij het zoeken naar oplossingen. In het hulpzoekgedrag en het daadwerkelijke gebruik van patiënten kunnen twee stadia onderscheiden worden. De patiënt kan in eerste instantie proberen met behulp van oplossingen die hij zelf in de hand heeft, zijn klachten te verhelpen. Een tweede mogelijkheid is dat hij professionele hulp zoekt bij zijn huisarts. Met het oog op het gepast gebruik maken van zorg en de kosten van zorg, is het belangrijk deze twee manieren van oplossingen te onderscheiden. Voor de patiënt biedt het eerste stadium, waarin hij zelf naar oplossingen zoekt, de meeste mogelijkheden gepast gebruik van zorg te maken. Heeft de patiënt eenmaal besloten naar de huisarts te gaan, dan is hij wat betreft het gepast gebruik maken van zorg in hoge mate afhankelijk van zijn huisarts. In dit hoofdstuk wordt onderzocht hoe en wanneer patiënten er toe komen met hun hulpvraag naar de huisarts te stappen.

Zoals blijkt uit het vorige hoofdstuk vindt men tegenwoordig dat 'gepast gebruik' van de gezondheidszorg niet alleen een taak is van medische beroepsbeoefenaars. De beroepsbeoefenaar kan meestal wel verantwoordelijk geacht worden, voor kosten die door zijn handelen ergens anders in de gezondheidszorg ontstaan, bijvoorbeeld doordat hij medicijnen voorschrijft of onderzoeken aanvraagt. Het bewustzijn dat juist hij medeverantwoordelijkheid draagt bij het beheersen van de kosten in de zorg, neemt de laatste jaren toe. Maar hiernaast wordt gewezen op de opstelling van de patiënt. In een tijd waarin de patiënt steeds beter weet wat hij wil, over meer informatie beschikt en kritischer wordt ten opzichte van de behandelaar, moet hij echter ook verantwoording dragen voor een goede levering van de zorg. In dit hoofdstuk staat deze nieuwe rol van de patiënt centraal. Dit komt naar voren in de tweede onderzoeksvraag:

In hoeverre maken patiënten gepast gebruik van de huisarts, geneesmiddelen en fysiotherapie?

Wanneer gesproken wordt over de gezondheidszorg, de kosten van de gezondheidszorg en de beheersing van deze kosten, heeft men het over de beroepsmatige zorg en dienstverlening. De alledaagse zorgproductie en het gebruik ervan, de zorgconsumptie, is in werkelijkheid veel omvangrijker (Boot en Knapen, 1993). Met name de zorg van mensen onderling neemt een belangrijke plaats in in de zorgsector. Een grote hoeveelheid zorg wordt binnen primaire leefeenheden zoals het gezin geboden. Een aanvulling hierop vormt de zorg van burens, vrienden en kennissen. Pas na deze eerste fase van hulp zoeken, waarin patiënten zelf een oplossing zoeken of beroep doen op vrijwillige zorgverleners, kloppen mensen aan bij beroepsbeoefenaars. In paragraaf 3.1 wordt deze beslissing van patiënten nader bekeken. Welke factoren bepalen of patiënten eerst zelf naar oplossingen van hun klacht zoeken en wanneer beslissen ze dan wel naar hun huisarts gaan? Het is de vraag in hoeverre de patiënt die eenmaal besloten heeft naar de huisarts te gaan, nog mogelijkheden heeft op een gepaste manier gebruik te maken van zorg. Over het gedrag van patiënten die professionele hulp ingeschakeld hebben gaat het in paragraaf 3.3. In deze tweede fase, waarin de patiënt bij een professionele hulpverlener aanklopt, is hij wat betreft het gepast gebruik maken van zorg veel meer afhankelijk van anderen dan in de eerste fase. Patiënten komen in de meeste gevallen eerst bij hun huisarts. De huisarts kan hen doorverwijzen naar andere voorzieningen of medicijnen voorschrijven. De opstelling van huisarts en patiënt tijdens dit contact heeft dus directe gevolgen voor het verdere gebruik van de gezondheidszorg. Hoewel de patiënt afhankelijk is kan van hem wel medeverantwoordelijkheid voor gepast gebruik verwacht worden. Een doodzieke patiënt in het ziekenhuis bijvoorbeeld heeft minder inzicht en mogelijkheden een goede, doelmatige keuze uit behandelingen te maken, dan een patiënt met een minder ernstige klacht die zijn huisarts bezoekt.

3.1 Patiëntengedrag voorafgaand aan huisartsbezoek

Sommige mensen gaan met bepaalde klachten wel en andere gaan met dezelfde klachten niet naar de dokter. De klachten alleen verklaren in dat geval het doktersbezoek onvoldoende. Met andere woorden: naast de medische noodzaak voor een doktersconsult spelen andere zaken mee (Mootz, 1991). Ook uit andere onderzoeken blijkt dat het bezoek aan de huisarts niet in de eerste plaats bepaald wordt door de klacht die een patiënt heeft (Pendleton, 1984) (Freeling, 1984). Individuen hebben vaak bepaalde klachten, waar ze goed mee kunnen leven, meestal door zelfmedicatie. Wanneer ze uiteindelijk naar een dokter gaan, dit is bij één op de tien klachten het geval, is het niet zozeer dat deze klachten erger zijn geworden, maar zijn de omstandigheden voor de patiënt meestal veranderd (Pendleton, 1984). Hij kan door zijn klachten bijvoorbeeld zijn betaalde werk niet meer uitvoeren of is via de media attent gemaakt op een andere behandeling van zijn klachten. In het algemeen is het doel van het bezoek aan de huisarts hulp krijgen bij het zoeken naar een oplossing voor de klachten. Hiernaast kan een bezoek aan de huisarts ook een algemener doel hebben. Wanneer een probleem door een deskundige het etiket van ziekte krijgt, kan de patiënt ontslagen worden van bepaalde verantwoordelijkheden; het is een excuus voor zijn gedrag (Pendleton, 1984). Naast een veranderde situatie, spelen factoren als tijd, geld, beschikbaarheid en bereikbaarheid van voorzieningen een rol in de zorgconsumptie van de patiënt. Bovendien is belangrijk hoe de patiënt zelf zijn situatie beoordeelt, zijn verwachtingen formuleert, zijn kansen inschat. Deze inschatting is per persoon verschillend, afhankelijk van zijn eigen kenmerken. Ook wordt deze voor een deel door cultuurkenmerken bepaald, hoewel deze van minder groot belang zijn (Mootz, 1991). Of iemand een beroep doet op de gezondheidszorg wordt immers in de eerste plaats bepaald door meer objectieve kenmerken, zoals ziekte- en demografische ontwikkelingen en door mogelijkheden, die de zorg zelf te bieden heeft. Toch vindt men het belangrijk aandacht aan deze zogeheten culturele determinanten te schenken, omdat ze in tegenstelling tot de andere factoren beter te beïnvloeden zijn (Mootz, 1991).

In het onderzoek van Mootz (Mootz, 1991) wordt een aantal aspecten onderscheiden die verband houden met culturele determinanten van medische consumptie.

In de eerste plaats spelen psychische achtergronden, met name gevoelens van onbehagen een belangrijke rol. Mensen beoordelen hun gezondheid negatief, voelen zich soms eenzaam of nutteloos of maken zich zorgen over hun gezondheid. Deze gevoelens gaan vaak samen met lichamelijke klachten. De oorzaak legt men vaak bij de maatschappij. De ingeschatte mogelijkheid zelf de problemen op te lossen, is klein. Als gevolg hiervan neemt de vraag naar professionele hulp toe.

In de tweede plaats gelden in de maatschappij enkele waarden en normen die samenhangen met medische consumptie. De meeste mensen hechten groot belang aan een goede gezondheid, het is de centrale waarde in het leven. Deze gerichtheid op gezond zijn, zal het gebruik van medische voorzieningen bevorderen.

De neiging bestaat gezondheidsproblemen te definiëren als technische problemen, waarvoor een technische oplossing gezocht moet worden. Deze 'medicalisering' heeft tot gevolg dat er vaker een beroep gedaan wordt op de gezondheidszorg, ook voor problemen die vroeger vanzelf moesten overgaan. De patiënt hoeft geen pijn te lijden of af te wachten.

Een laatste tendens die in de maatschappij valt te constateren en de medische consumptie bevordert, is de protoprofessionalisering. Patiënten hebben meer kennis van medische basisbegrippen en willen hierover met artsen en hulpverleners over spreken (zie ook Cense, 1991). Verder worden in het onderzoek van Mootz verschillende omstandigheden, genoemd waardoor het

gebruik gestimuleerd wordt. De media zijn bijvoorbeeld erg belangrijk, wanneer gekeken wordt naar de positie die gezondheid en gezondheidszorg in de samenleving inneemt. Er bestaan veel naslagwerken, voorlichtingsbrochures en boeken over de meest uiteenlopende ziekten. Hiernaast dragen ook televisie en radioprogramma's bij aan kennis van patiënten en daarmee aan de behoefte naar medische consumptie (Gezondheidsraad, 1991).

Het onderzoek van Mootz is verschenen in de stroom van achtergrondstudies en publicaties bij het advies "Kiezen en delen" over de voorgestelde wijzigingen en maatregelen in de gezondheidszorg. In veel van deze publicaties wordt gesproken over dé belangen van de patiënt. Want hoewel deze partij een ondergeschikte positie inneemt door gebrek aan kennis en financiële middelen, is de gezondheidszorg uiteindelijk toch in het belang van de bevolking (Ankoné, 1992). Ook de Commissie Keuzen in de zorg zelf, vindt het belangrijk dat er een soort publieke discussie op gang komt over de belangen en keuzen van de patiënt. Een probleem echter wanneer gesproken wordt over 'het belang' van de patiënt is dat in iedere persoon als het ware drie verschillende zielen huizen; hij is een burger, een consument en soms een patiënt. Oudkerk schrijft hierover:

"Op de vraag of alles in onze gezondheidszorg moet kunnen en iedereen altijd met elke klacht bij professionele hulp terecht moet kunnen, zal de burger zeggen: nee. Hij denkt daarbij aan zijn eigen portemonnee en ziet premieverhoging niet zitten. Als consument twijfelt hij. Hij wil wel kunnen kiezen uit een groot aanbod van zorg en zal bereid zijn informatie te zoeken. Het moet alleen niet te duur zijn. Als patiënt zegt hij: ja, alles moet kunnen. Dan wil hij iedere behandeling die de moderne geneeskunde hem kan bieden, omdat hij denkt dat hij daar beter van wordt." (Oudkerk, 1993). In deze laatste rol van de patiënt is het ook van belang er rekening mee te houden dat een patiënt niet op zoek is naar adequate medische zorg, maar dat hij gezond wil zijn. De patiënt is in dit geval wel degene die het best kan beoordelen of hij dat doel behaald heeft, maar hij is vaak niet deskundig genoeg de kwaliteit van de geleverde zorg te kunnen beoordelen (Leavey e.a., 1989).

De patiënt die de hulp inschakelt van professionele dienstverleners, zal bij zijn vraag altijd meer of minder met de hierboven genoemde belangen rekening houden. Het is daarom moeilijk te spreken over de belangen van de patiënt; deze kunnen erg verschillen. En in hoeverre de patiënt zijn belangen als rationele burger, die kostenbewust kiest en weinig betalen wil laat prevaleren, blijft een belangrijke vraag wanneer gesproken wordt over de verantwoordelijkheid van patiënten in de kostenbeheersing.

Aangezien de patiënt die besloten heeft gebruik te maken van professionele hulp aanzienlijk minder mogelijkheden heeft zich kostenbewust op te stellen, is het van belang het gedrag van mensen al in de eerste fase van hulpzoeken te beïnvloeden. Patiënten zouden bijvoorbeeld via een eigen bijdrage die ze voor de zorgvoorzieningen moeten betalen gedwongen kunnen worden bewuster een keuze uit het aanbod te maken. Al in de plannen van de Commissie-Dekker wordt aandacht besteed aan de mogelijkheid van eigen bijdragen door patiënten (Commissie Structuur en financiering gezondheidszorg, 1987). De Commissie meent dat eigen bijdragen kunnen leiden tot een besparing van kosten. Anders gezegd: daar waar keuzemogelijkheden aanwezig zijn kan een eigen bijdrage voorkomen dat de patiënt kiest voor een duurdere vorm van hulp dan beslist noodzakelijk. Bovendien blijkt dat mensen in geval van minder ernstige klachten minder snel naar hun huisarts gaan wanneer ze een eigen bijdrage moeten betalen (Shapiro, 1986). Uit dit onderzoek blijkt echter ook dat mensen uit een lagere sociale economische klasse minder snel naar de huisarts gaan met serieuze klachten, wanneer een eigen bijdrage vereist is, terwijl de zorgvraag van patiënten uit de hoge sociale klasse in dit geval niet verschilt. Mensen uit lagere klassen worden dus meer en op een andere manier beïnvloed dan die uit een hogere klasse, hetgeen het solidariteitsprincipe zou kunnen aantasten. Juist door dit verschillende effect op verschillende groepen in de bevolking bestaat er weerstand tegen de invoering van eigen bijdragen. Daarnaast is niet iedereen er even zeker van dat eigen bijdragen een beter gebruik van

zorg garanderen. Onderzoek onder patiënten toont aan dat deze er in het algemeen weinig heil in zien (Tijmstra en Andela, 1992). Slechts weinigen zien bijvoorbeeld in het moeten betalen van een eigen bijdrage voor doorverwijzing naar de specialist, een reden om minder vaak aan de huisarts om een doorverwijskaart te vragen (Schep, 1988). Ook in het onderzoek van Van der Doef wordt het heffen van eigen bijdragen voor het gebruik van zorgvoorzieningen door de meeste patiënten van de hand gewezen (Van der Doef, 1988).

3.2 Patiënt en huisartsenzorg

Wanneer de patiënt uiteindelijk de beslissing neemt met zijn klacht naar een deskundige te gaan komt hij meestal terecht bij zijn huisarts. Uit gegevens van de Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (Foets en Visser, 1991) blijkt ook weer deze belangrijke positie van de huisarts. Vrijwel iedereen in Nederland staat bij een huisarts ingeschreven, driekwart van de mensen bezoekt hem tenminste één keer per jaar. In de meeste gevallen handelt de huisarts de klachten zelf af, maar soms moet diagnostiek worden uitbesteed aan een laboratorium. Toch is het zeker niet zo dat huisartsen maar 'raak aanvragen', zoals soms beweerd wordt. Het bezoek kan ook afgesloten worden met een verwijzing naar de specialist. Ook hiervoor geldt dat artsen er niet veelvuldig gebruik van maken (Foets en Visser, 1991). Per 1000 contacten verwijst de huisarts gemiddeld 60,3 keer een patiënt door. Binnen de eerste lijn verwijzen huisartsen voornamelijk door naar fysiotherapeuten. Voor de overige eerstelijnsdisciplines geldt dat ze voor het merendeel vrij toegankelijk zijn voor de patiënt en dus niet noodzakelijk een verwijzing behoeven.

Als iemand bij de huisarts komt, zal deze in de meeste gevallen het consult beginnen met een gesprek, waarin hij passief luistert, actief zoekt naar oplossingen, de patiënt voorlichting geeft over de klacht en over meer algemene zaken. Vaak stelt hij de patiënt gerust en geeft hem advies over hoe de patiënt zelf de klacht kan verminderen (Martin, 1991). Huisartsen, zo stelt Martin, proberen patiënten zo lang mogelijk uit het medische circuit te houden. Patiënten daarentegen, zo is volgens Foets en Visser het beeld, zouden heel anders tegen de door huisartsen geleverde zorg aankijken (Foets en Visser, 1991). De patiënt zou van de huisarts vooral een recept voor medicijnen en een verwijskaart naar een deskundig geachte medisch specialist verlangen. In werkelijkheid, zo blijkt uit verschillende onderzoeken, denken patiënten heel wat genuanceerder over hun huisarts (Donaldson, 1991) (Meyboom, 1988). Een huisarts die veel contact met zijn patiënten heeft, daar de tijd voor neemt, veel aan lichamelijk onderzoek doet, vaak voorlichting geeft over de klacht, het dikwijls nog even aankijkt en leefregels of vrij verkrijgbare medicijnen voorschrijft, wordt meer gewaardeerd dan de veel voorschrijvende en verwijzende huisarts. Patiënten geven vaak aan het op prijs te stellen toelichting op hun klacht te krijgen en betrokken te worden bij het zoeken naar een oplossing (Bensing, 1991). Toch kent de patiënt zichzelf volgens Martin bij het genezingsproces een passieve rol toe. Dit blijkt uit het feit dat patiënten na afloop van een consult nog steeds de oorzaak van hun klacht bij externe factoren leggen, hoewel de huisarts hen heeft gewezen op interne oorzaken, zoals leefstijl of alcoholgebruik (Martin, 1991).

Over de manieren waarop een gepast gebruik van de zorg gestimuleerd kan worden, wanneer de patiënt eenmaal bij zijn huisarts gekomen is, bestaan verschillende ideeën. Oudkerk richt zich voornamelijk op de beroepsbeoefenaars wanneer hij betoogt, dat huisartsen en specialisten een lijst moeten opstellen van medische handelingen die niet noodzakelijk of effectief zijn. De politiek moet deze voorzieningen uit het pakket schrappen. Verder zouden artsen moeten behandelen met

bijsluiters, waarin ze de patiënt duidelijk maken wat de voor- en nadelen van een behandeling zijn. Want pas dan zou de patiënt een verantwoorde keuze kunnen maken. Huisartsen zouden volgens hem moeten weigeren keuringen uit te voeren die burgers in staat stellen subsidies et cetera te kunnen ontvangen. Als laatste moeten artsen de burgers en de politiek er van te overtuigen dat veel vormen van medische handelen leiden tot niets of in elk geval niet tot gezondheid (Oudkerk, 1993). Ook in andere onderzoeken wijst men op overbodig medische handelen en de kosten die daardoor genereerd worden. In een onderzoek onder beroepsbeoefenaars en patiënten over het rapport Keuzen in de zorg (Tijmstra en Andela, 1992) wordt bijvoorbeeld nagegaan welke factoren volgens de respondenten een rol spelen bij de kostenstijging in de gezondheidszorg. De consumptiegeneigdheid van het publiek wordt door consumenten en artsen als een belangrijke oorzaak van de kostenstijging beschouwd. Verspilling en inefficiëntie, medische handelingen die het leven slechts korte tijd verlengen en routine-onderzoek worden verder als belangrijke oorzaken gezien. Besparingen zijn volgens patiënten mogelijk op het terrein van geneesmiddelenverbruik en verwijzingen. Ook op het gebied van fysiotherapie zou bespaard kunnen worden.

3.3 Samenvatting

Zoals uit hetgeen hierboven beschreven is al duidelijk wordt, spelen er nogal wat zaken een rol, voor en tijdens het bezoek van de patiënt aan zijn huisarts. Er bestaan factoren die in het algemeen de vraag naar professionele zorg bevorderen of juist belemmeren, de patiënt zelf heeft verschillende belangen en ook zijn verwachtingen en houding zijn belangrijk voor het verloop van een consult. Voorafgaand aan zijn bezoek aan de huisarts kan hij vele manieren van zorg gebruikmaken, zoals zelfzorg of informele zorg. Pas nadat patiënten op informele manier niet meer geholpen kunnen worden, bestaat de kans dat ze een beroep doen op professionele hulp. Zelfs als ze zichzelf niet meer kunnen redden, bestaan er nog factoren die belemmeren dat een patiënt naar zijn huisarts stapt. Het blijkt namelijk dat niet alleen de klacht bepalend is voor de zorgvraag, maar ook de mogelijkheden die de zorg biedt, de beoordeling van de situatie door de patiënt, persoonskenmerken en cultuurkenmerken. De kosten blijken zijdelings wel van belang te zijn, maar spelen in de praktijk een ondergeschikte rol. Dit hangt samen met de verschillende belangen van patiënten. Zij zijn namelijk tegelijkertijd burger, consument en patiënt en in deze laatste rol wordt vaak weinig waarde toegekend aan belangen als lage premie, zo goedkoop mogelijke behandeling en solidariteit met en verantwoordelijkheid voor anderen in de samenleving.

Heeft een patiënt de beslissing genomen naar zijn huisarts te gaan, dan heeft hij veel minder mogelijkheden om zich kostenbewust en kritisch op te stellen. Tijdens het consult maakt de huisarts vaak afspraken over het verdere gebruik van zorgvoorzieningen. Patiënten worden bijvoorbeeld verwezen of krijgen medicijnen voorgeschreven. Of de patiënt zich inderdaad kostenbewust kan opstellen, hangt van verschillende factoren af. De patiënt is vaak niet op de hoogte van de verschillende mogelijkheden waarop zijn klachten opgelost kunnen worden en al helemaal niet van de kosten van verschillende behandelingen of medicijnen.

Met behulp van de enquête in gezondheidscentrum "De Weide" wordt geprobeerd een beter inzicht te krijgen in het gedrag van patiënten die bij hun huisarts komen. Er wordt aandacht besteed aan wat ze eventueel zelf aan hun probleem kunnen doen en er wordt gevraagd wat ze eventueel zelf al gedaan hebben. Patiënten kunnen hierdoor hun bezoek aan de huisarts voorkomen en hoeven geen verder beroep te doen op de gezondheidszorg. Met het oog op de kennis die patiënten hebben van de kosten van voorzieningen wordt in de enquête gevraagd of de patiënt een schatting kan geven van de kosten. Tevens wordt zijn mening gevraagd over maatregelen die genomen worden met betrekking tot gepast gebruik in de gezondheidszorg in het algemeen en in het bijzonder in "De Weide".

4. PATIËNT EN GEPAST GEBRUIK

In het vorige hoofdstuk is een begin gemaakt met het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag, namelijk in hoeverre patiënten gepast gebruik maken van zorg. Naast het literatuuronderzoek dat in hoofdstuk 3 gehouden is, is ook een enquête gehouden in gezondheidscentrum De Weide in Hoogeveen. De resultaten van deze enquête vormen een goede aanvulling; ze geven een indruk van het gedrag en opvattingen van patiënten wat betreft hun rol in het gepast gebruik maken van zorg.

In hoofdstuk 3 is een onderscheid gemaakt in twee stadia bij het gebruik van zorg door de patiënt. Patiënten kunnen, wanneer zij klachten ervaren, op verschillende manieren proberen hier iets aan te doen. In het eerste stadium kunnen patiënten tal van oplossingen toepassen die ze zelf in de hand hebben. Eén van de oplossingen is het inschakelen van professionele hulp door hun huisarts te raadplegen. Heeft de patiënt hiervoor gekozen, dan belandt hij in het tweede stadium waarin hij zorg gebruikt. In dit stadium komt het gebruik van zorg tot stand op advies van de huisarts. Het eerste stadium, waarin de patiënt zoekt naar oplossingen voor zijn klachten, biedt goede mogelijkheden om gepast gebruik te maken van zorg. Een voorwaarde is dan wel dat de patiënt zich bewust is van de kosten die gemaakt worden, wanneer hij gebruik maakt van de diensten van de huisarts, en op de hoogte is van alternatieve oplossingen. Om inzicht te krijgen in het gedrag van patiënten, is gevraagd naar de oplossingen die ze eerst zelf gezocht hebben. Hiermee wordt in paragraaf 4.2 geprobeerd de eerste deelvraag van de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden:

- In hoeverre proberen mensen eerst zelf hun klachten te verhelpen
alvorens hiermee naar de huisarts te gaan?
alvorens de huisarts een recept uitschreef?
alvorens de huisarts hen naar de fysiotherapeut verwees?

Voordat van patiënten verwacht mag worden dat ze proberen door zelfhulp hun problemen op te lossen, moeten deze wel eerst weten wat ze zelf kunnen doen. Patiënten moeten op dit punt goed voorgelicht worden; wat kunnen ze zelf oplossen, maar ook wanneer moeten ze wel naar hun huisarts. Als onderdeel van de publieksdiscussie naar aanleiding van het rapport 'Keuzen in de Zorg', kwam een voorlichtingsboekje tot stand, waarin aan patiënten advies gegeven wordt, wat ze bij veel voorkomende klachten zelf kunnen doen en wanneer ze naar hun huisarts moeten. In gezondheidscentrum De Weide is men van plan dit boekje te gaan verspreiden onder de patiënten. Een deel van de vragen in de enquête is gericht op dit boekje. Er wordt gevraagd hoe patiënten in het algemeen reageren als ze aan diarree, rugpijn of keelpijn lijden. Met deze vragen wordt ook inzicht verkregen in het gedrag van patiënten alvorens deze bij hun huisarts komen.

Als de patiënt eenmaal de beslissing heeft genomen naar de huisarts toe te gaan, neemt voor hem het aantal mogelijkheden om gepast gebruik van zorg te maken af, omdat hij in grote mate afhankelijk is van de beslissing van de huisarts. Toch wordt van de patiënt verwacht dat deze ook nu weer, in een overleg met de huisarts, zoekt naar oplossingen die 'gepast' zijn. Zoals al eerder ter sprake kwam, zouden patiënten in een soort onderhandeling met de huisarts tot de beste oplossing moeten komen. Om inzicht te krijgen in de rol die patiënten daadwerkelijk denken te spelen, wanneer ze de beslissing hebben genomen professionele hulp te zoeken, zijn de volgende deelvragen geformuleerd. Deze vragen worden in paragraaf 4.3 behandeld.

- Hoe maakt de patiënt gebruik van professionele hulp, wat verwacht hij?
Is de patiënt op de hoogte van de verschillende oplossingen?

Een patiënt die eerst zelf en eventueel later samen met de huisarts probeert om gepast gebruik van zorg te maken, kan een belangrijke bijdrage leveren aan het beheersen van de kosten in de gezondheidszorg. Patiënten kunnen door de manier waarop ze zich opstellen bij hun gebruik van zorg, voorkomen dat er onnodige kosten gemaakt worden. Hoe patiënten in werkelijkheid over de kosten denken, of ze weten wat voorzieningen in de gezondheidszorg kosten en of ze zelf verantwoordelijkheid voelen voor deze kosten, wordt ook beantwoord met behulp van de enquête. Paragraaf 4.4 geeft weer hoe patiënten denken over de kosten van de gezondheidszorg, het eerste deel van de laatste onderzoeksvraag wordt hiermee beantwoord.

In hoeverre voelt de patiënt zich verantwoordelijk voor de kosten die voor hem gemaakt worden?

In paragraaf 4.5 wordt een overzicht gegeven van de verbanden die bestaan tussen de kenmerken van de respondenten en hun mening over de kosten en het gebruik van de gezondheidszorg. Tevens wordt een vooruitblik gegeven op hoofdstuk 5, waarin een verdere analyse van het gedrag van de patiënt centraal staat.

Paragraaf 4.6 geeft een samenvatting van dit resultatenhoofdstuk.

In hoofdstuk 6 wordt in het bijzonder ingegaan op de gang van zaken in het gezondheidscentrum De Weide waar de enquêtes afgenomen worden. Er is een aantal concrete maatregelen voorgesteld, waarmee men het gepaste gebruik door de patiënt wil stimuleren. Het gezondheidscentrum geeft haar patiënten informatie via de al eerder genoemde voorlichtingsbrochure "Wat doe ik?". Er staan onder andere situaties in beschreven wanneer patiënten bij bepaalde veel voorkomende klachten niet naar de huisarts moeten gaan. Ook wanneer de patiënt uiteindelijk besloten heeft wel naar de huisarts te gaan, probeert men vanuit het gezondheidscentrum zo te handelen dat er zoveel mogelijk gepast gebruik van zorg gemaakt wordt. Hoe patiënten tegenover deze maatregelen staan, wordt in dit laatste deel bekeken.

Wat is het oordeel van de patiënt over de maatregelen die gepast gebruik moeten bevorderen?

4.1 Verzameling van gegevens

Gedurende twee weken (1-15 juli 1994) zijn enquêtes afgenomen onder de mensen die gebruik maakten van het gezondheidcentrum "De Weide" en de bezoekers van de naastgelegen apotheek. De eerste week werd gewerkt vanuit de wachtkamer in het centrum zelf, waar onderzoek gehouden werd onder patiënten van de huisartsen en de fysiotherapeut. De vragenlijst voor beide groepen bestond voor een deel uit dezelfde 'algemene vragen' en voor een deel uit groepsspecifieke vragen. Ook voor de apotheekbezoekers, onder wie het onderzoek de tweede week gehouden werd, bestond de vragenlijst uit een gelijk algemeen deel en een groepsspecifiek deel.

De patiënten in het gezondheidscentrum werden bij binnenkomst benaderd of ze een vragenlijst in wilden vullen. Wanneer men met meerdere personen de huisarts of fysiotherapeut bezocht, werd slechts één vragenlijst gegeven. De patiënten kwamen op afspraak, maar moesten over het algemeen enige tijd wachten, voor zij geholpen konden worden. Tijdens het wachten vulde een

groot deel van de mensen een vragenlijst in. Wanneer de patiënt voortijdig geholpen werd, rondde hij de vragenlijst na afloop van het consult af. Een enkeling vroeg de lijst mee naar huis en leverde deze in de loop van de week in. Gegevens over het aantal respondenten en de kenmerken van de onderzoeksgroep zijn te vinden in tabel 4.1.

Tabel 4.1 Samenstelling van de onderzoeksgroep

	Huisarts	Fysiotherapeut	Apotheek
Geslacht			
man	56 (35,2)	13 (35,1)	36 (34,6)
vrouw	103 (64,8)	24 (64,9)	68 (65,4)
Leeftijd			
25	22 (13,8)	6 (16,2)	13 (12,5)
26 - 35	43 (27,0)	6 (16,2)	23 (22,1)
36 - 45	48 (30,2)	14 (37,8)	29 (27,9)
46 - 55	15 (9,4)	2 (5,4)	17 (16,3)
56 - 65	10 (6,3)	1 (2,7)	9 (8,7)
66 - 75	14 (8,8)	6 (16,2)	9 (8,7)
> 75	7 (4,4)	2 (5,4)	4 (3,8)
Opleiding			
geen opleiding	12 (7,5)	2 (5,4)	11 (10,7)
uitgebreid lager	77 (48,4)	23 (62,2)	43 (41,7)
middelbaar	36 (22,6)	8 (21,6)	27 (26,2)
hoger (beroeps)	26 (16,4)	4 (10,8)	18 (17,5)
universitair	5 (3,2)	0 (0,0)	4 (3,9)
niet bekend	3 (18,9)		
Verzekeringsvorm			
ziekenfonds	92 (57,9)	21 (56,8)	64 (61,5)
particulier	65 (40,9)	15 (40,5)	39 (37,5)
anders	2 (1,3)	1 (2,7)	1 (2,7)
Totaal	159	37	104

De mensen die de vragenlijst invulden, waren voor ruim 40% particulier verzekerd, de rest was ziekenfonds verzekerd. De twee respondenten die anders verzekerd waren, vielen onder een ambtenarenregeling. Deze resultaten komen overeen met de gegevens van de gehele huisartsen-praktijk uit het jaarverslag 1993 van "De Weide", waarin het aandeel van de ziekenfondspatiënten iets groter is, dan dat van de particulieren.

De respons was zeer hoog, 172 mensen werden benaderd mee te doen aan de huisarts-enquête, slechts 13 hiervan weigerden (93% respons). Vijf vragenlijsten bleken niet bruikbaar doordat deze grotendeels onvolledig ingevuld waren.

De fysiotherapeut-enquête werd door een kleinere groep mensen ingevuld. Het aantal patiënten per dag was veel minder en veel mensen kwamen vaker dan één keer bij de fysiotherapeut.

Vanwege dit kleiner aantal mensen, is aan de patiënten voor de fysiotherapeut gedurende twee weken gevraagd de vragenlijst in te vullen. Niemand weigerde mee te doen, dit leverde 37 bruikbare lijsten op.

In de tweede week werd gewerkt vanuit de apotheek. Mensen die met een recept van de huisarts of specialist kwamen, dit inleverden en bleven wachten op hun medicijn, werden gevraagd een enquête in te vullen. Wanneer patiënten gebruik maakten van de receptenservice, waarbij recepten 's morgens ingeleverd worden en 's middags afgehaald konden worden, hoefde men slechts de klaarliggende medicijnen mee te nemen. Deze mensen zijn niet benaderd mee te werken aan het onderzoek. Ook mensen die om een andere reden, bijvoorbeeld voor een advies, of voor vrij verkrijgbare medicijnen de apotheek bezochten zijn niet benaderd. Ook hier bleek de respons aanzienlijk. 133 mensen werden benaderd, 29 weigerden (82%).

Zowel in de wachtkamer als in de apotheek werden de gegevens ter plekke ingevoerd in de computer met behulp van het statistisch programma SPSS.

4.2 Patiënten en zelfzorg

Wanneer het gaat om gepast gebruik, hebben patiënten hierop de meeste invloed alvorens ze naar de huisarts gaan. Wanneer ze eenmaal bij hun huisarts komen, zijn hun mogelijkheden tot gepast gebruik veel kleiner. Daarom is het van belang te weten wat patiënten doen voordat ze naar hun huisarts gaan en wanneer ze naar hun huisarts stappen.

De vraag 'Wat heeft u gedaan voor u nu met uw klacht bij uw huisarts komt?' werd aan alle drie groepen patiënten gesteld. Bij de huisarts ging het hierbij alleen om de mensen die voor zich zelf kwamen en bij de apotheek om mensen die met een recept voor zichzelf kwamen. Bij de apotheek en de fysiotherapeut ging het om de vraag of patiënten eerst zelf iets gedaan hadden voor hun huisarts hen verwees, of een recept voorschreef.

Uit tabel 4.2 blijkt dat ongeveer een derde van de mensen zegt niet eerst zelf iets te proberen, voordat ze hulp zoeken bij de huisarts. Een aantal patiënten maakte hierbij de opmerking dat ze deze vraag eigenlijk niet van toepassing vond op hun specifieke klacht. Ongeveer 65% van de patiënten heeft dus wel iets ondernomen. Er bestaat weinig vergelijkend, Nederlands onderzoek over wat patiënten zelf doen. In een onderzoek in Groot-Brittannië van Martin (1991) onder 500 patiënten die hun huisarts bezoeken, zegt slechts 25% dat ze eerst zelf een oplossing gezocht hebben. Tegen deze achtergrond kan dus geconcludeerd worden, dat respondenten in De Weide veel zelfhulp zoeken.

In elke groep geeft een groot aantal mensen aan dat ze rust gehouden hebben, maar met name patiënten van de fysiotherapeut hebben dit vaak gedaan. Waarschijnlijk hangt dit samen met het soort klachten, waarmee men bij de fysiotherapeut komt. Patiënten wachten met vage chronische klachten misschien langer voor ze bij hun huisarts komen, dan wanneer ze acute klachten hebben.

Het gedrag dat patiënten met betrekking tot het vinden van een oplossing voor hun klacht vertonen, zal voor een groot deel afhankelijk zijn geweest van de aard van de klacht die ze hadden op het moment dat ze hun huisarts bezochten. Wellicht hadden patiënten niet de mogelijkheid eerst zelf een oplossing te zoeken, omdat zij hun klacht niet zonder professionele hulp konden verhelpen.

Tabel 4.2 Patiënten oplossingen alvorens ze met hun klacht bij de huisarts komen

	huisarts	fysiotherapeut	apotheek
oplossing (meerdere mogelijk)			
niets gedaan	35 (30,7)	8 (24,4)	18 (38,3)
rust gehouden	15 (13,2)	18 (54,5)	9 (19,1)
informatie gezocht	15 (13,2)	5 (15,2)	4 (8,5)
informatie gezocht in De Weide	1 (2,6)	3 (9,1)	1 (2,1)
informatie bij anderen gezocht	16 (14,0)	2 (6,1)	3 (6,4)
huismiddeltjes gebruikt	28 (24,6)	5 (15,2)	14 (29,8)
medicatie zonder recept gebruikt	18 (15,8)	-	6 (12,8)
op een andere manier	10 (8,8)	4 (12,1)	2 (4,3)
niet geantwoord	10	4	11
 totaal aantal mensen aan wie vraag gesteld is	 116	 37	 46

Zoals gezegd gaven enkele patiënten zelf al aan dat de vraag niet van toepassing was op hun specifieke klacht. Om inzicht te krijgen in het gedrag dat de patiënten in het algemeen bij minder ernstige klachten vertonen, is patiënten van de huisarts en bezoekers van de apotheek een drietal situaties voorgelegd, waarin sprake was van een klacht die vaak goed door patiënten zelf verholpen kan worden. In het boekje "Wat doe ik?" wordt voor elk van deze klachten een aantal mogelijke oplossingen aangedragen. Ook wordt aangegeven wanneer patiënten wél naar hun huisarts moeten gaan. De respondenten konden bij elke situatie aangeven hoe zijzelf meestal reageren en aankruisen welke oplossingen ze meestal toepassen, meerdere antwoorden zijn dus mogelijk. Zes respondenten geven geen antwoord op de vraag hoe ze in de drie situaties reageren, 257 mensen beantwoorden de vraag wel.

Uit de tabellen 4.3a, 4.3b en 34.c blijkt dat in elk van de drie situaties het aantal mensen dat zegt naar de huisarts te gaan om een recept of een verwijzing, gering is (respectievelijk 1,2%, 4,7% en 2,0%). Vaak vindt men de tijdsduur die geadviseerd wordt in de brochure zelfs te kort, men zegt met deze klachten langer te wachten voordat men de huisarts bezoekt. Een groot deel van de mensen stapt niet zonder meer naar de huisarts, maar wacht een tijdje of is bekend met een manier van zelfhulp. Vergelijkende onderzoeken over het handelen van patiënten in geval van minder ernstige klachten is niet voor handen.

Bij diarreeklachten geven veel respondenten aan of hun eetgewoonten aan te passen, of stoppende middelen of medicijnen te gebruiken (respectievelijk 27,7%, 41,0% en 25,0%). Opvallend is het grote aantal mensen (28,2%) dat zegt niets te doen, maar gewoon af te wachten totdat de klachten verdwijnen. In de brochure wordt geadviseerd na een aantal dagen diarree de huisarts in te schakelen, 94 mensen (36,7%) kruisen deze antwoordcategorie aan. Vaak maken ze de opmerking dat ze de tijdsduur van twee tot drie dagen kort vinden, pas wanneer hun klachten langer aanhouden, zouden ze contact opnemen met de huisarts.

DIARREE

Het belangrijkste dat u zelf kunt doen is het aanvullen van het verloren vocht. Drink geen koolzuurhoudende dranken en vermijd zoete melkprodukten. Drink slappe thee of bouillon. U kunt het zoutverlies aanvullen door ORS (een zoutoplossing verkrijgbaar bij apotheek of drogist) te gebruiken.

Als de diarree minder wordt kunt u geraspte appel, gekookte vis en geroosterd brood nemen.

Heeft u ook last van koorts en zijn de klachten na twee dagen niet over, raadpleeg dan uw huisarts.

RUGPIJN

Neem bedrust en ontzie uw rug. Een warme kruik op de pijnlijke plaats is vaak aangenaam. U kunt ook een pijnstiller gebruiken. Als u de indruk hebt dat geestelijke spanningen van invloed zijn, kunt u overwegen om ontspanningsoefeningen, bijvoorbeeld yoga, te doen. Sportbeoefening, vooral zwemmen, versterkt de buik- en rugspieren.

Wanneer de pijn uitstraalt naar armen of benen, u regelmatig rugpijn heeft zonder aanwijsbare oorzaak, of de pijn langer dan een week aanhoudt, neem dan contact op met uw huisarts.

KEELPIJN

Keelpijn die samengaat met verkoudheid, spierpijn en hoesten, wordt meestal veroorzaakt door een virus. Tegen het virus bestaat geen medicijn. Door weerstand van de zieke gaat de keelpijn vanzelf over. U kunt een pijnstiller nemen, of de pijn verminderen door koude dranken te drinken. Wanneer de keelpijn gepaard gaat met slikproblemen en hoge koorts, kan er sprake zijn van een infectie. Deze infectie is met antibiotica te bestrijden. Raadpleeg uw huisarts als het slikken moeilijk wordt en de klachten langer dan drie dagen aanhouden.

Bron: Wat doe ik? Ga ik naar de huisarts?

Van der Does en Metz,
Informatieboekje zelfhulp

Een aantal respondenten zegt in dit geval de doktersassistente te bellen voor advies. Als andere oplossingen worden bijvoorbeeld homeopathische middelen genoemd. Ook bij rugpijklachten zegt een groot deel van de mensen af te wachten tot de klachten over zouden gaan (21,6%) maar ook veel mensen geven aan wel bewust hun rug te ontzien (18,4%) of oefeningen/massage te (laten) doen (25,1%). Ruim 40% van de respondenten gaat, zoals in het boekje "Wat doe ik?" geadviseerd wordt, na een week onverminderde klachten naar de huisarts. Ook hier geeft een aantal mensen aan de tijdsduur te kort te vinden, pas na een aantal weken nemen zij contact op met de huisarts. Bij andere oplossingen die mensen hebben voor hun klachten, wordt een bezoek aan andere hulpverleners genoemd, zoals bijvoorbeeld de chiropractor, de homeopaat of een alternatief genezer. Eén maal wordt een behandeling met acupunctuur genoemd. Een andere respondent gebruikt een brace die de klachten moet verhelpen. In geval van keelpijn zegt meer dan de helft van de mensen drop of zuigtabletten te gebruiken. Ook het gorgelen is een oplossing die mensen vaak proberen. Een groot deel van de mensen gebruikt medicijnen die zonder recept te koop zijn (22,4%).

Tabel 4.3 Wat doen patiënten voordat ze bij hun huisarts komen?

Oplossingen voor klachten

In geval van een dag diarree	
Niet van toepassing, ik heb nooit diarree	32 (12,5)
Ik doe niets, maar wacht af	72 (28,2)
Ik pas mijn eetgewoonten aan	71 (27,7)
Ik ben ziek en kruip in bed	7 (2,7)
Ik gebruik stoppende huismiddeltjes	105 (41,0)
Ik gebruik stoppende medicijnen	64 (25,0)
Ik gebruik medicijnen om zouttekort aan te vullen	5 (2,0)
Ik vraag mijn huisarts om een recept	3 (1,2)
Na 2-3 dagen ga ik naar mijn huisarts	94 (36,7)
Andere oplossing	4 (1,6)
 In geval van een paar dagen rugpijn	
Niet van toepassing, ik heb nooit rugpijn	39 (15,3)
Ik doe niets, maar wacht af	55 (21,6)
Ik neem bedrust en ontzie mijn rug	47 (18,4)
Ik doe oefeningen of laat me masseren	64 (25,1)
Ik gebruik medicijnen zonder recept	30 (11,8)
Ik gebruik pijnstillers	47 (18,4)
Ik vraag mijn huisarts om een recept	12 (4,7)
Na een week ga ik naar mijn huisarts	105 (41,2)
Andere oplossing	12 (4,7)
 In geval van een paar dagen keelpijn	
Niet van toepassing, ik heb nooit keelpijn	12 (15,3)
Ik doe niets, maar wacht af	57 (22,4)
Ik blijf thuis en kruip in bed	10 (3,9)
Ik zuig drop of zuigtabletten	140 (54,9)
Ik gorgel met zout of koud water	72 (28,2)
Ik gebruik medicijnen zonder recept	57 (22,4)
Ik neem pijnstillers	24 (9,4)
Ik vraag de huisarts om een recept	5 (2,0)
Na drie dagen ga ik naar de huisarts	74 (29,0)
Andere oplossing	9 (3,5)

4.3 Patiënten en gebruik van professionele hulp

Uit de antwoorden op bovenstaande vragen die betrekking hebben op zelfhulp door de patiënt, blijkt dat de respondenten over het algemeen hun klacht eerst zelf proberen op te lossen, en bij de veel voorkomende klachten verschillende vormen van zelfhulp toe te passen. Patiënten gaan niet zomaar met minder ernstige klachten naar hun huisarts, ze zeggen vaak vooraf wel iets ondernomen te hebben.

Dit blijkt ook uit de antwoorden van de vraag in hoeverre respondenten zichzelf zien als snelle gebruikers van de diensten van de huisarts. Deze vraag is gesteld aan de mensen die voor zichzelf met een specifieke klacht/vraag bij de huisarts kwamen. De meeste mensen zeggen wel eerst zelf

een oplossing te zoeken, bijna 40% (84 van de 222) zegt zelfs lange tijd zelf oplossingen voor de klacht te zoeken (zie tabel 4.4).

Tabel 4.4 'Beweerde' gedrag van patiënten

Ik ga snel naar mijn huisarts	10 (4,0)
Nadat ik meestal zelf wat geprobeerd heb, ga ik naar mijn huisarts	128 (58,0)
Ik blijf lang proberen van mijn klachten af te komen	84 (38,0)
Totaal	222

Een andere vraag uit de enquête die inzicht geeft in de manier waarop patiënten gebruik maken van professionele hulp is de vraag die meet hoe patiënten tegenover gebruik van zorg staan. Door middel van het beoordelen van een aantal stellingen kunnen respondenten aangeven wat zij vinden van het gebruik door patiënten in het algemeen van zorgvoorzieningen. Veel mensen geven overigens juist bij deze stellingen aan dat ze het moeilijk vinden om te oordelen over het gedrag van andere mensen. Ze vinden bijvoorbeeld niet dat zij zelf te snel om medicijnen vragen, maar weten niet of dat ook voor anderen geldt. De antwoordcategorie niet eens/niet oneens werd misschien daarom vaak gekozen. In tabel 4.5 zijn de stellingen en de beoordelingen weergegeven. Voor de overzichtelijkheid is de vijf puntsschaal omgezet in een driepuntsschaal, waarbij de categorieën 'mee eens' en 'grotendeels mee eens' samengevoegd zijn, evenals de categorieën 'grotendeels mee oneens' en 'mee oneens'. Tevens wordt de gemiddelde score op de oorspronkelijke vijf puntsschaal gegeven. Een score van 1 betekent 'helemaal eens met de stelling', een score van 5 betekent 'helemaal oneens met de stelling'.

Het is ook belangrijk iets te weten over de houding die de patiënt heeft, op het moment dat hij een beroep doet op professionele hulp en hij een bezoek aan zijn huisarts brengt. Patiënten worden geacht tijdens het bezoek aan hun huisarts zich zodanig opstellen, dat een gepast gebruik van zorg gemaakt wordt. Vaak hebben patiënten hiertoe echter weinig mogelijkheden, doordat ze niet goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden, eventuele bijwerkingen en de kosten. Dat veel respondenten inderdaad vinden dat ze weinig invloed hebben, blijkt uit het grote percentage (49,5%) dat het geheel of gedeeltelijk eens is met de stelling "Patiënten hebben geen mogelijkheden een goede keuze te maken tussen verschillende behandelingen of medicijnen". Toch zouden patiënten door zich mondiger op te stellen wel een bijdrage kunnen leveren aan het vinden van een passende oplossing. Het grootste deel van de respondenten erkent deze rol van de patiënt en vindt het belangrijk dat deze hier rekening mee houdt, in het bezoek aan de huisarts. Meer dan 95% vindt dat patiënten die twijfelen over een behandeling of medicijn dit met hun huisarts moeten bespreken. Met de stelling "Patiënten leggen zich te makkelijk neer bij de mening van hun huisarts, ze moeten op hun strepen blijven staan", is 56,1% van de respondenten het in meer of mindere mate eens. Dit duidt er ook op dat patiënten het belang inzien van hun eigen inbreng en de rol die ze kunnen spelen in het consult.

Tabel 4.5 Oordeel van patiënten over het gebruik van zorg

	mee eens	neutraal	mee oneens	gem. score (1-5)
Patiënten doen te snel een beroep op professionele hulp	29,0% (83)	40,4% (116)	30,7% (44)	3,06
Ook als je je gezond voelt, is het verstandig regelmatig je huisarts te bezoeken	30,5% (89)	19,2% (56)	50,2% (146)	3,31
Patiënten vragen hun huisarts te snel om medicijnen	36,3% (104)	34,6% (99)	29,0% (83)	2,47
Patiënten willen te snel door hun huisarts verwezen worden	24,1% (70)	37,5% (109)	38,5% (112)	3,23
Patiënten hebben geen mogelijkheden een goede keuze te maken tussen verschillende behandelingen of medicijnen	49,5% (142)	20,9% (60)	29,6% (85)	2,72
Patiënten leggen zich te makkelijk neer bij de mening aan hun huisarts, ze moeten op hun strepen staan	57,1% (165)	23,9% (69)	19,1% (55)	2,47
Wanneer patiënten twijfelen over het nut van een behandeling of medicijn, moeten ze hun huisarts hierop aanspreken	96,5% (280)	0,0% (0)	1,7% (5)	1,33

Uit andere vragen die in de enquête opgenomen zijn, lijkt echter dat de patiënt in de praktijk weinig inbrengt. In tabel 4.6 wordt een overzicht gegeven van enkele verwachtingen van patiënten die professionele hulp vragen. Er is gevraagd naar de verwachtingen die mensen hebben voordat ze door hun huisarts geholpen worden. Hieruit blijkt dat een kwart van de mensen die bij de huisarts komt, heeft geen idee hoe hun klacht opgelost kan worden. Van de respondenten bij de fysiotherapeut, hebben slechts twee mensen hier zelf om een verwijzing gevraagd, bijna 90% is verwezen op initiatief van de huisarts of de specialist. Bij respondenten in de apotheek is een iets hoger percentage dat zelf gevraagd heeft om een recept (20%), de rest kreeg dit op initiatief van de huisarts of de specialist. Bij het uitschrijven van een recept is ook vaker gesproken over een alternatieve behandeling (52,1%), dan bij de verwijzingen naar de fysiotherapeut (37,1%). In 50% van de gevallen waarin een recept uitgeschreven is, werd gesproken over de voor- en nadelen van het medicijn.

Tabel 4.6 Verwachtingen van patiënten

bij de huisarts

Mijn klachten kunnen opgelost worden door:	
ik heb geen idee	28 (24.8)
door rust te houden	11 (9.7)
door mijn eetgewoonten te veranderen	6 (5.3)
door mijn leefstijl te veranderen	11 (9.7)
door medicijnen te gebruiken	47 (41.6)
door de behandeling van een specialist	25 (22.1)
door de behandeling van een fysiotherapeut	11 (9.7)
op een andere manier	12 (10.6)

bij de fysiotherapeut

	verwacht ik zeker	verwacht ik beetje	verwacht ik niet
ik krijg uitleg over mijn klachten	10 (50.0)	10 (50.0)	
ik krijg advies	16 (88.9)	2 (11.1)	-
ik leer oefeningen	14 (73.7)	5 (26.3)	-
ik wordt gemasseerd	4 (25.0)	8 (50.0)	4 (25.0)
ik moet oefeningen doen	14 (73.7)	5 (26.3)	-
ik wordt behandeld	3 (18.8)	5 (31.3)	8 (50.1)

het initiatief tot verwijzing of recept

genomen door:

	verwijzing	recept
patiënt zelf	2 (5.6)	10 (20.8)
huisarts	30 (83.3)	33 (68.8)
specialist	4 (11.1)	5 (10.4)

4.4 Patiënten en de kosten van gezondheidszorg

Gepast gebruik van zorg door patiënten, is pas mogelijk wanneer zij zich ervan bewust zijn, dat gebruik van zorgvoorzieningen geld kost. Over de kosten van de gezondheidszorg is in de enquête een aantal stellingen opgenomen, waarover het oordeel van de respondent gevraagd wordt. De resultaten staan in tabel 4.7.

Een meerderheid van de respondenten vindt dat de kosten niet verder mogen stijgen (82%), maar tegelijkertijd mag geld geen beperkende factor gaan spelen volgens meer dan 80% van de respondenten. Een aanzienlijk deel vindt het niet acceptabel meer eigen bijdragen te heffen (51,9%). Deze paradox, namelijk 'geen verdere stijging van de kosten' en tevens 'geen beperkingen aan de zorg omdat deze te duur is', is te verklaren door de verschillende rollen die de patiënt heeft. Als consument of verzekerde wil hij zo min mogelijk betalen voor het produkt of de diensten die hij ontvangt. Als patiënt echter vindt hij dat hij zo goed mogelijke zorg moet ontvangen en dat hieraan geen beperkingen mogen zitten.

Tabel 4.7 Oordeel van patiënten over het gebruik van zorg

	mee eens	neutraal	mee oneens	gem. score
De kosten in de gezondheidszorg mogen niet verder stijgen	81,4% (237)	40,4% (116)	7,9% (23)	1,84
Geld mag geen beperkende rol spelen in de gezondheidszorg	82,0% (238)	19,2% (56)	8,6% (25)	1,80
Patiënten moeten weten wat de kosten zijn van de voorzieningen die zij gebruiken	89,8% (263)	5,1% (15)	5,1% (15)	1,45
Patiënten kunnen zelf weinig invloed uitoefenen op de kosten van de gezondheidszorg	57,8% (166)	16,7% (48)	25,4% (73)	2,47
Patiënten moeten zelf meer bijdragen in de kosten van gezondheidszorg die zij gebruiken	20,8% (60)	27,3% (79)	51,9% (150)	3,57

Bijna 90% van de patiënten is het geheel of gedeeltelijk eens met de stelling "Patiënten moeten weten wat de kosten zijn van de voorzieningen die ze gebruiken". Toch is bijvoorbeeld bij de apotheek een minderheid op de hoogte van de prijs van de medicijnen waarvoor ze op dat moment komen (slechts 21 van de 104 bezoekers zeggen de prijs te weten). Ruim 26% van de respondenten in de apotheek zegt zelfs 'absoluut niet te willen praten over kosten als het om je gezondheid gaat', 26% van de mensen zegt dat de kosten van het geneesmiddel hen niet interesseert (tabel 4.8). Over de eigen bijdrage die men eventueel bij moet betalen bij het medicijn bestaat bij een derde van de mensen onduidelijkheid, zij weten niet of ze wel of geen eigen bijdrage moeten betalen (33).

Tabel 4.8 Patiënt en kosten van medicijnen

ik wil absoluut niet over kosten praten als het om mijn gezondheid gaat	26 (26.8)
ik stel het op prijs als ik vooraf op de hoogte te zijn van de kosten	28 (28.9)
ik wil vooraf de kosten weten voor zover ik ze zelf moet betalen	18 (18.6)
de kosten van medicijnen interesseren me niet	25 (25.8)
ik ben op de hoogte van de kosten van het medicijn waarvoor ik kom	21 (20.8)
ik ben er van op de hoogte dat ik al dan niet een eigen bijdrage betalen moet	65 (67.0)

Hoewel de meeste mensen het eens zijn met de stelling dat patiënten op de hoogte zouden moeten zijn van de kosten van de zorg die ze gebruiken, hadden veel mensen moeite het geven

van een schatting van de werkelijke kosten van respectievelijk een bezoek aan de huisarts, de specialist en de fysiotherapeut. In tabel 4.9 wordt een overzicht gegeven van het werkelijke tarief en de schattingen.

80 van de 300 respondenten (26,7%) gaven geen antwoord op de vraag naar de kosten van de huisarts. Een consult bedraagt in werkelijkheid voor particulieren f 34,50, voor ziekenfondspatiënten wordt jaarlijks een vast bedrag betaald, dat overeenkomt met de gemiddelde jaarlijkse kosten van een particuliere patiënt. Het gemiddelde dat de respondenten schatten was f49,60 met een maximum van f200 en een minimum van f5. Binnen een range van f30 - f40 schatten 109 respondenten (49,5%) het bedrag goed.

108 van de 300 respondenten (36%) bleven het antwoord schuldig op de vraag naar de kosten van een verwijzing naar de specialist. Met deze vraag werd een verwijskaart naar de specialist bedoeld, maar een aantal respondenten gaf de kosten van een verwijzing door de huisarts naar de specialist. Deze bedragen een half consult, dat wil zeggen f17,50. De kosten van een verwijskaart is per specialisme verschillend en varieert van f25 voor oogheelkunde tot f156 voor allergologie. De meeste verwijskaarten echter kosten tussen de f40 en f100. Wanneer deze bedragen aangehouden worden, schatte 49,5% van de respondenten de kosten juist in. Het gemiddelde was f96 , met een minimum van f5 en een maximum van f500.

108 van de 300 respondenten (36%) gaf geen schatting van de kosten van de fysiotherapeut. De overige respondenten gaven een gemiddeld bedrag van f76,11 met maximum van f500 en een minimum van f10. De werkelijke kosten van de fysiotherapeut zijn verschillend voor particuliere en ziekenfondsverzekerden. Een behandeling kost voor deze laatste groep standaard f33, particulier verzekerden betalen een bedrag van f28 , aangevuld met kosten per behandeling verschillend, in totaal ongeveer f35. Wanneer een grens van f25-f40 gehanteerd wordt, schatte 27,6% het bedrag juist, bijna 70% zat te hoog met de schatting.

Bij de schatting van de werkelijke kosten, bestaan verschillen tussen particulier en ziekenfondsverzekerden. Particulier verzekerden schatten vaker de werkelijke kosten juist, ziekenfondsverzekerden zitten vaker te hoog met hun schatting. Hun gemiddelde schatting van het consult bij de huisarts is bijvoorbeeld f 55,15, terwijl particulier verzekerden f 41,85 schatten. Bij het schatten van de kosten van een verwijskaart zitten ziekenfondspatiënten zelfs f 43 hoger dan particulieren.

Op de vraag hoeveel winst de apotheek maakt, geeft bijna 60% van de bezoekers van de apotheek geen antwoord, 11,5% denkt dat de apotheek een percentage van de kosten van het medicijn ontvangt. Dit varieert van 10% tot 50% van de kosten.

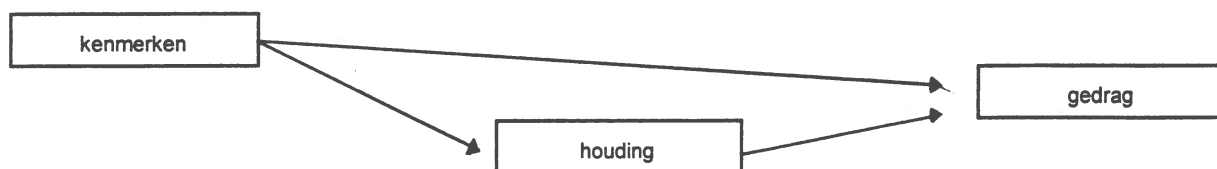
In werkelijkheid verdient de apotheek per recept, ongeacht de werkelijke kosten van het medicijn f10. Gemiddeld gaven de respondenten een winst van f14,50. 20 respondenten schatten de winst tussen de f5 en f15.

Tabel 4.9 Kennis van de kosten

	werkelijke	gemid. schatting	min./max.	% goed
consult aan de huisarts aantal respondenten: 220	f 34,50	f 49,60	f 5,00 f200,00	49,5
verwijskaart voor de specialist aantal respondenten: 192	f 40 - f100	f 96,00	f 5,00 f500,00	49,5
behandeling door fysiotherapeut aantal respondenten: 192	f 33 - f35	f 76,11	f 10,00 f500,00	27,6
winst van apotheek op recept aantal respondenten: 41 (waarvan 12 een % winst geven)	f 10,00	f 14,50		32,3

4.5 Gedragsbepaling van patiënten

Het vermoeden bestaat dat de houding die mensen hebben ten aanzien van de kosten en het gebruik van de gezondheidszorg voor een deel bepaald wordt door de kenmerken van personen. De houding van patiënten zal weer voor een deel kunnen bepalen hoe mensen gebruik maken van de gezondheidszorg. Deze verbanden zijn schematisch weergegeven in figuur 4.1. Het is belangrijk meer inzicht te krijgen in het gebruik van zorg, wanneer men het gepast gebruik van zorg door patiënten wil stimuleren. Het kan zijn dat het gebruik in hoge mate bepaald wordt door opvattingen die mensen hebben ten aanzien van de kosten en het gebruik van de gezondheidszorg of dat bepaalde kenmerken het gebruik beïnvloeden.

Figuur 4.1 Gedragsbepaling van patiënten


In hoofdstuk 5 wordt nader onderzocht hoe de houding en de kenmerken van patiënten samenhangen met het gebruik van zorg. In deze paragraaf 4.5 wordt onderzocht in hoeverre er een relatie bestaat tussen de houding van patiënten en hun kenmerken. Voor de kenmerken geslacht en verzekeringsvorm is berekend of er op basis van kruistabellen en de chikwadraat toets geconcludeerd mag worden dat er samenhang bestaat. Voor de kenmerken opleiding en leeftijd is dit getoetst met behulp van een correlatiecoëfficiënt. De resultaten van deze bivariate analyses staan in tabel 4.10.

Tabel 4.10 Overzicht bivariate analyse kenmerken en houdingitems

	correlatiecoëfficiënt (met bijbehorende kans)		chikwadraat (met bijbehorende kans)	
	leeftijd	opleiding	geslacht	verzekeringsvorm
De kosten van de gezondheidszorg mogen niet verder stijgen	-.08 (.02)	.21 (.00)	.65 (.72)	.30 (.86)
Geld mag geen beperkende rol spelen in de gezondheidszorg	.03 (.57)	.14 (.01)	1.67 (.43)	.09 (.96)
Patiënten moeten weten wat de kosten zijn van de voorzieningen die ze gebruiken	.03 (.67)	-.03 (.31)	1.49 (.47)	1.44 (.49)
Patiënten kunnen zelf weinig invloed uitoefenen op de kosten van de gezondheidszorg	-.14 (.01)	.31 (.00)	1.39 (.50)	5.36 (.07)
Patiënten moeten zelf meer bij- dragen in de kosten van de gezondheidszorg die zij gebruiken	-.05 (.18)	-.13 (.01)	1.25 (.54)	1.06 (.59)
Patiënten doen te snel een beroep op professionele hulp	-.15 (.01)	.07 (.11)	8.22 (.02)	1.46 (.48)
Ook als je je gezond voelt, is het verstandig toch regelmatig je huisarts te bezoeken	-.16 (.01)	.19 (.00)	4.77 (.09)	.53 (.77)
Patiënten hebben geen mogelijk- heden een goede keuze te maken tussen verschillende behandelingen of medicijnen	-.11 (.07)	-.02 (.36)	1.89 (.39)	.13 (.94)
Patiënten vragen hun huisarts te snel om medicijnen	-.01 (.12)	.05 (.23)	.47 (.79)	.14 (.93)
Patiënten willen te snel door hun huisarts verwezen worden naar een specialist	-.08 (.18)	-.04 (.26)	4.11 (.13)	.48 (.79)
Patiënten leggen zich te makkelijk neer bij de mening van hun huisarts, ze moeten op hun strepen staan	.04 (.55)	.09 (.08)	2.23 (.33)	.74 (.69)
Wanneer patiënten twijfelen over het nut van een behandeling of medicijn, moeten ze hun huisarts hierop aanspreken	.00 (.94)	-.08 (.09)	5.16 (.16)	4.19 (.12)

De eerste vijf stellingen zeggen iets over hoe patiënten denken over de kosten in de gezondheidszorg. Naarmate patiënten het meer eens zijn met de stellingen 'de kosten mogen niet stijgen', 'patiënten moeten weten wat de kosten zijn' en 'patiënten moeten meer bijdragen in de kosten', zijn ze zich meer bewust van de kosten. De laatste zeven stellingen zeggen iets over hoe patiënten aankijken tegen het gebruik van de gezondheidszorg. Naarmate patiënten het meer eens zijn met stellingen als 'patiënten doen te snel een beroep op de zorg', 'patiënten willen te snel medicijnen of een verwijzing' en 'patiënten moeten op hun strepen staan en het nut van een behandeling bespreken', wijst dit erop dat patiënten zich meer bewust zijn van de eigen rol die ze kunnen spelen en de eigen verantwoordelijkheden die ze hebben bij het gepast gebruik maken van zorg.

Alleen de kenmerken opleiding en leeftijd blijken significant samen te hangen met enkele stellingen die meten hoe de houding is van de patiënt ten aanzien van de kosten van de gezondheidszorg. Naarmate de respondent hoger opgeleid is, is hij het vaker oneens met de stelling dat de kosten niet mogen stijgen ($r=0.21$ $p=0.00$), dat geld geen beperkende rol mag spelen ($r=0.13$ $p=0.013$) en dat patiënten zelf weinig invloed hebben op de kosten ($r=0.31$ $p=0.00$). Ze zijn het vaker eens met de stelling dat patiënten zelf meer moeten bijdragen ($r=-0.13$ $p=0.01$).

De leeftijd van de patiënt vertoont significante samenhang met de stelling dat patiënten zelf weinig invloed hebben. Oudere mensen zijn het vaker eens met deze stelling ($r=-0.13$ $p=0.01$).

Het opleidingsniveau blijkt positief samen te hangen met de stelling 'ook als je je gezond voelt is het verstandig je huisarts te bezoeken'. Hoe hoger opgeleid, hoe vaker men het oneens is met deze stelling. Bij leeftijd valt echter een tegengesteld verband waar te nemen ($r=-0.19$ $p=0.00$). Oudere mensen zijn het vaker eens met deze stelling. Verder vinden oudere mensen minder vaak dat patiënten in het algemeen te snel een beroep doen op de gezondheidszorg ($r=-0.15$ $p=0.01$). Ook mannen vinden vaker dat patiënten te snel een beroep doen op professionele hulp ($\chi^2=8.22$, $p=0.02$). Een totaal overzicht van de kruistabellen die bij tabel 4.10 horen is te vinden in bijlage I.

4.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de resultaten besproken van de enquête in het gezondheidscentrum De Weide. Met behulp van deze resultaten is geprobeerd de vragen die in het begin van dit onderzoek geformuleerd zijn te beantwoorden. Voor een antwoord op de vraag in hoeverre patiënten zelf iets proberen te doen aan hun klachten alvorens ze professionele hulp inschakelen, is een aantal vragen opgenomen in de enquête, die betrekking hadden op zelfhulpactiviteiten van patiënten. Heel concreet is gevraagd wat mensen hadden gedaan aan hun klacht voordat ze nu, op het moment van de enquête bij hun huisarts waren gekomen. Verder is gevraagd of patiënten in het algemeen snel bij hun huisarts komen. Als laatste is de patiënten een hypothetische situatie voorgelegd, waarin een minder ernstige klacht genoemd werd en gevraagd wat de patiënt in zo'n geval zou doen. Het blijkt dat een groot deel van de patiënten aangeeft eerst zelf wat te doen voor ze naar hun huisarts gaan. Dit betekent niet altijd dat ze eigen huismiddeltjes of vrij verkrijgbare medicijnen gebruiken, het kan ook zijn dat ze eerst een tijdje rust houden. Slechts weinig patiënten zeggen meteen naar hun huisarts te gaan. Hoewel het waarschijnlijk sociaal wenselijk is te zeggen dat je als patiënt eerst zelf naar oplossingen hebt gezocht, mag toch geconcludeerd worden dat patiënten over het algemeen zich bewust zijn van de mogelijkheden die ze hebben om zelf hun klachten proberen te verhelpen.

Wanneer met behulp van een aantal stellingen aan de patiënten gevraagd wordt, hoe ze tegenover het gebruik van de gezondheidszorg in het algemeen aankijken, blijkt ook duidelijk dat patiënten onderkennen dat ze hier zelf een belangrijke rol inspelen. Een meerderheid erkent dat de patiënt een eigen verantwoordelijkheid heeft, wanneer er beslissingen over het gebruik genomen worden. Tegelijkertijd blijkt echter dat de helft van de patiënten vindt, dat ze te weinig mogelijkheden hebben om zelf goede keuzen te maken. Ook met betrekking tot de kosten van de gezondheidszorg blijkt een 'dubbele houding' van patiënten. Een meerderheid vindt dat patiënten moeten weten wat de zorg kost, maar tegelijkertijd vindt ruim de helft van de respondenten dat patiënten zelf geen invloed hebben op de kosten. In werkelijkheid weet de minderheid van de respondenten hoeveel een consult of een verwijzing kost. Geconcludeerd kan worden dat patiënten wat betreft het **gebruik** van de gezondheidszorg duidelijker vinden dat ze ook zelf een verantwoordelijkheid hebben, dan bij de **kosten** van de gezondheidszorg.

5. ANALYSE HULPZOEKGEDRAG PATIËNTEN

In dit hoofdstuk wordt nader onderzocht welke factoren het gedrag van patiënten bepalen, wanneer het gaat om het toepassen van zelfhulp of het inschakelen van professionele hulp. Wanneer het gepast gebruik van zorg door patiënten gestimuleerd moet worden is het van belang te weten, waardoor het hulpzoekgedrag van patiënten beïnvloed wordt. Het vermoeden bestaat dat dit samenhangt met kenmerken en houdingen die mensen hebben.

Patiënten die klachten ervaren, kunnen op verschillende manieren proberen hier iets aan te doen. Hierbij kan een scheiding gemaakt worden tussen oplossingen die de patiënt ter beschikking staan zonder een beroep op professionele hulp te moeten doen en oplossingen die wel via een hulpverlener geboden worden. In het laatste geval gaat het vaak om een behandeling, een recept of een verwijzing van de huisarts.

Wanneer het gaat om gepast gebruik van zorg is het belangrijk dat patiënten bij minder ernstige klachten niet klakkeloos naar hun huisarts stappen, maar zoveel mogelijk zelf proberen hun klachten op te lossen. Hierbij moet natuurlijk opgemerkt worden, dat het zelf oplossen van minder ernstige klachten lang niet altijd mogelijk is. Ook bij acute ernstige gevallen zoals botbreuken heeft de patiënt geen andere keuze dan professionele hulp in te schakelen. Dit neemt niet weg dat patiënten zich wel bewust moeten zijn van het feit dat het beroep dat ze doen op hun huisarts geld kan kosten. In geval van minder ernstige klachten hadden deze kosten misschien niet gemaakt hoeven worden, wanneer patiënten zelf een oplossing hadden gezocht. Om inzicht te krijgen in de mate waarin patiënten zelf oplossingen zoeken voor hun klachten alvorens bij hun huisarts te komen, is in de enquête een aantal vragen opgenomen met betrekking tot het zelfhulpgedrag van patiënten. De antwoorden op deze vragen zijn ook in hoofdstuk 4 aan bod gekomen. Het gaat hier om de vragen die gesteld zijn naar aanleiding van het boekje "Wat doe ik?", waarin duidelijk wordt wat patiënten zelf kunnen doen aan minder ernstige klachten.

Ook de antwoorden op vragen uit de enquête die betrekking hebben op het bezoek van de patiënt aan de huisarts, - speciaal voor de klacht op dit moment en bezoekgedrag in het algemeen - geven inzicht in het gedrag van patiënten.

Het gedrag van patiënten met betrekking tot zelfhulp is van groot belang wanneer geprobeerd wordt gepast gebruik van zorg te bewerkstelligen. Zoals gezegd zal het hulpzoekgedrag in eerste instantie samenhangen met de aard van de klacht. Patiënten kunnen in bepaalde situaties zelf weinig invloed hebben op hun hulpvraag. Ze zullen dan direct naar de huisarts gaan en niet eerst zelf een oplossing zoeken. Naast situationele factoren, die gerelateerd zijn aan de klacht, kunnen andere factoren van invloed zijn op het gedrag van patiënten. Deze factoren zijn wellicht wél te beïnvloeden door de patiënt zelf of door hulpverleners. Daarom is het de moeite waard te onderzoeken welke factoren dit zijn. Bovendien kan op deze manier een beter beeld gegeven worden van de hulpvragers, wanneer duidelijk is waarmee hun gedrag samenhangt.

De onderzoeksvraag die in dit hoofdstuk centraal staat is de vraag *welke factoren het hulpzoekgedrag van patiënten beïnvloeden*. Er wordt bekeken of kenmerken van patiënten en hun mening over de kosten van de gezondheidszorg en hun mening over het gebruik van gezondheidszorg samenhangen met de manier waarop de patiënten proberen hun eigen klachten op te lossen, dat wil zeggen met behulp van zelfhulp of door professionele hulp in te schakelen. Paragraaf 5.1 beschrijft de manier waarop een antwoord gezocht wordt op deze vraag. Hierin wordt uitgelegd hoe

de factoren die mogelijk het gedrag beïnvloeden en het gedrag zelf geoperationaliseerd zijn. Verder worden de analyses die toetsen of er een relatie bestaat tussen het gedrag en de factoren toegelicht. In deze paragraaf wordt tevens een conceptueel model beschreven, waarin verwachte causale relaties weergegeven zijn. In paragraaf 5.2 worden de resultaten gegeven van de factoranalyse. In paragraaf 5.3 worden de resultaten gegeven van de regressie-analyse. Paragraaf 5.4 geeft een samenvatting van dit hoofdstuk.

5.1 Methode van onderzoek

Centraal staat in dit hoofdstuk hoe het gedrag van patiënten wat betreft het zoeken van hulp beïnvloed wordt. Dit gedrag van patiënten kan afgelezen worden uit de resultaten van de enquête. In de enquête zijn verschillende vragen opgenomen die inzicht geven in het zelfhulpgedrag en het hulpzoekgedrag van patiënten. Bij het operationaliseren van het gedrag van patiënten worden de volgende vragen meegenomen.

A. Heeft u voorafgaand aan het bezoek dat u nu aan de huisarts brengt geprobeerd zelf iets te doen om uw probleem op te lossen?

De respondent kan bij de beantwoording van deze vraag kiezen tussen de categorie 'ik heb niets gedaan' en allerlei mogelijke zelfhulpoplossingen variërend van rust nemen tot medicatie zonder recept gebruiken. Op basis van deze vraag worden twee groepen patiënten onderscheiden, namelijk de groep patiënten die eerst zelf iets heeft ondernomen voordat de huisarts bezocht wordt, en zij die niets ondernomen hebben, maar meteen naar hun huisarts stappen. Bij deze twee groepen staat centraal welk gedrag daadwerkelijk vertoond is.

B. Als u klachten heeft, gaat u daar dan in vergelijking met andere mensen snel mee naar de huisarts of vindt u dat u zo lang mogelijk moet proberen er zelf iets aan te doen?

Patiënten kunnen bij deze vraag kiezen tussen de antwoordcategorieën 'sneller dan anderen', 'even snel als anderen' en 'minder snel dan anderen'. Bij de beantwoording wordt patiënten in feite gevraagd zichzelf te beoordelen in vergelijking met andere patiënten. Dit kan een rol spelen bij de betrouwbaarheid van de antwoorden, evenals de sociale wenselijkheid van het antwoord 'minder snel'. Toch wordt deze vraag gebruikt om een onderscheid aan te brengen in de groep patiënten; zij die zeggen normaliter snel naar een huisarts gaan en zij die beweren hiermee lang te wachten. Bij deze twee groepen staat centraal welk gedrag patiënten zeggen te hebben.

C. Stel u heeft last van een minder ernstige klacht; diarree, rugpijn en keelpijn. Wat doet u?

Patiënten kunnen hier kiezen uit een groot aantal oplossingen, waaronder dat wat ze eerst zelf kunnen doen, gebaseerd op het boekje "Wanneer ga ik naar de huisarts?", en de oplossing 'meteen naar de huisarts gaan'. Op basis van de antwoorden hierop kan een onderverdeling gemaakt worden in patiënten die in geval van een minder ernstige klacht eerst zelf iets doen en zij die meteen naar hun huisarts stappen. Patiënten die aangeven nooit last te hebben van deze klachten, worden niet meegenomen bij de verdere analyse van deze vraag. Deze categorieën zijn evenals bij B gebaseerd op gedrag dat de patiënten zeggen te vertonen.

In de tabel 5.1 staan de frequentieverdelingen van de bovenstaande variabelen.

Het hulpzoekgedrag dat patiënten zeggen te vertonen, in het vervolg aangeduid als 'beweerd gedrag', zoals geoperationaliseerd onder C, is niet bruikbaar bij verdere analyses, omdat het aantal mensen dat aangeeft meteen professionele hulp in te schakelen klein is (9). Hierdoor is het niet bij alle factoren mogelijk te onderzoeken of ze de verdeling van respondenten over de twee

gedragscategorieën beïnvloeden. Wanneer het verband tussen gedrag en kenmerk weergegeven wordt in een kruistabel, bevatten sommige cellen namelijk te weinig waarnemingen, om de verdeling te kunnen toetsen met een chi-kwadraattoets. Ook bij de operationalisatie onder B bevat de categorie 'sneller professionele hulp' weinig respondenten. Dit probleem van te weinig waarnemingen kan ondervangen worden door de eerste twee categorieën (sneller en even snel professionele hulp) samen te voegen. Wanneer in verdere analyses gesproken wordt over 'het beweerde gedrag' wordt hiermee variabele B na hercodering bedoeld. Dit is een dichotome variabele met de mogelijkheden 'naar de huisarts gaan' en 'eerst zelfhulp toepassen'.

In de analyses wordt het gedrag van patiënten bekeken aan de hand van het beweerde gedrag (hercodering B), dat wil zeggen of mensen zeggen meteen hun huisarts in te schakelen of eerst zelfhulp te zoeken, en aan de hand van het werkelijke gedrag (A), namelijk of mensen eerst zelf hebben geprobeerd hun probleem op te lossen alvorens ze naar de huisarts zijn gegaan.

Tabel 5.1 Feitelijk en beweerd hulpzoekgedrag patiënten

A. Feitelijk hulpzoekgedrag patiënten

meteen professionele hulp	61 (31.4)
eerst zelfhulp	133 (68.6)
Totaal	194

B. Beweerd hulpzoekgedrag patiënten,

sneller professionele hulp	10 (4.5)
even snel professionele hulp	128 (57,7)
langer zelfhulp	84 (37.8)
Totaal	222

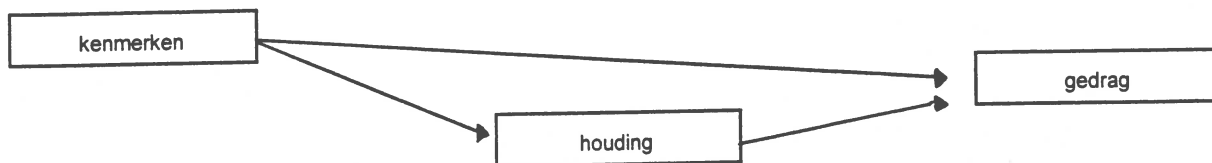
C. Beweerd hulpzoekgedrag patiënten

in geval minder ernstige klacht	
afwachten, geen zelfhulp	
en geen professionele hulp	91 (40.6)
zelfhulp	124 (55.4)
professionele hulp	9 (4.0)
Totaal	224

Eerst wordt onderzocht in hoeverre het beweerde gedrag overeenkomt met het werkelijke gedrag. Als blijkt dat het gedrag dat mensen nu vertonen, over het algemeen hetzelfde is van dat wat ze zeggen in het algemeen te vertonen, wordt gedrag opgevat als één variabele. Verschillen de gedragingen dan worden ze afzonderlijk bekeken.

Het vermoeden bestaat dat het gebruik van zorg beïnvloed wordt door bepaalde kenmerken die mensen hebben en de opvattingen die ze hebben ten aanzien van de kosten en het gebruik van de gezondheidszorg (zie ook hoofdstuk 4 en figuur 5.1).

Figuur 5.1 Gedragsbepaling van patiënten



Eén van de vragen is of het gedrag van de patiënt, samenhangt met **kenmerken** als geslacht, leeftijd, opleiding en verzekeringsvorm. Het gedrag, het geslacht en de verzekeringsvorm zijn nominaal geschaalde variabelen, dit wil zeggen dat de antwoordcategorieën niet op één schaal gerangschikt kunnen worden; de categorie 'man' is bijvoorbeeld niet twee keer meer dan de categorie 'vrouw'.

Van de verschillende manieren waarop men verzekerd is, is de laatste mogelijkheid niet meegenomen in de analyse, omdat slechts drie respondenten aangaven op een andere manier dan ziekenfonds of particulier verzekerd te zijn.

Met behulp van een kruistabel wordt het verband berekend tussen de kenmerken geslacht en verzekeringsvorm en het zoekgedrag. Met de chikwadraattoets wordt onderzocht of de verdeling in de kruistabel op grond van het toeval tot stand kwam, of doordat er werkelijk verband tussen de variabelen bestaat. In het laatste geval is de p-waarde < 0.05 .

De laatste categorie van het kenmerk 'opleiding', universitair niveau, bevat slechts 10 personen. Vanwege dit kleine aantal waarnemingen is deze categorie samengevoegd met de categorie HBO-niveau. De variabele opleiding wordt opgevat als een interval variabele. De relatie tussen de kenmerken leeftijd en opleidingsniveau en het gedrag van patiënten wordt onderzocht door het berekenen van een correlatiecoëfficiënt. Voor het berekenen van een correlatiecoëfficiënt is een interval meetniveau vereist. Leeftijd en opleidingsniveau zijn gemeten op een intervalschaal. Gedrag (feitelijk en beweerd) een variabele van ordinaal niveau, indien het gezien wordt als geneigdheid tot het inschakelen van professionele hulp. De ene categorie patiënten ('meteen naar de huisarts') is sterker geneigd professionele hulp in te schakelen dan de categorie die eerst zelf hulp zoekt. Aangezien het gaat om dichotome variabelen bestaande uit slechts één interval, kan gedrag opgevat kan worden als interval geschaald.

Naast de kenmerken die hiervoor genoemd zijn, kunnen andere factoren samenhangen met het hulpzoekgedrag van patiënten. De manier waarop zij staan tegenover de kosten van de gezondheidszorg in het algemeen en de **houding** die ze in het algemeen hebben ten aanzien van het gebruik van de gezondheidszorg, kan samenhangen met het eigen gedrag. Deze relatie wordt onderzocht door het uitvoeren van een regressieanalyse. De houding van patiënten is gemeten met behulp van een aantal stellingen waarmee men het in meer of mindere mate mee eens kan zijn. Het is de vraag of deze stellingen allemaal een eigen houdingsaspect meten, of dat sommige stellingen hetzelfde meten. Wanneer dit het geval is en een aantal stellingen eigenlijk hetzelfde aspect meten, kan met behulp van deze stellingen een nieuwe variabele onderscheiden worden. Hierdoor wordt het oorspronkelijke aantal variabelen kleiner. Deze datareductie kan tot stand gebracht worden door een factoranalyse toe te passen op de stellingen die de houding van de respondenten meten. Bij het uitvoeren van de factoranalyse is gewerkt op de volgende manier.

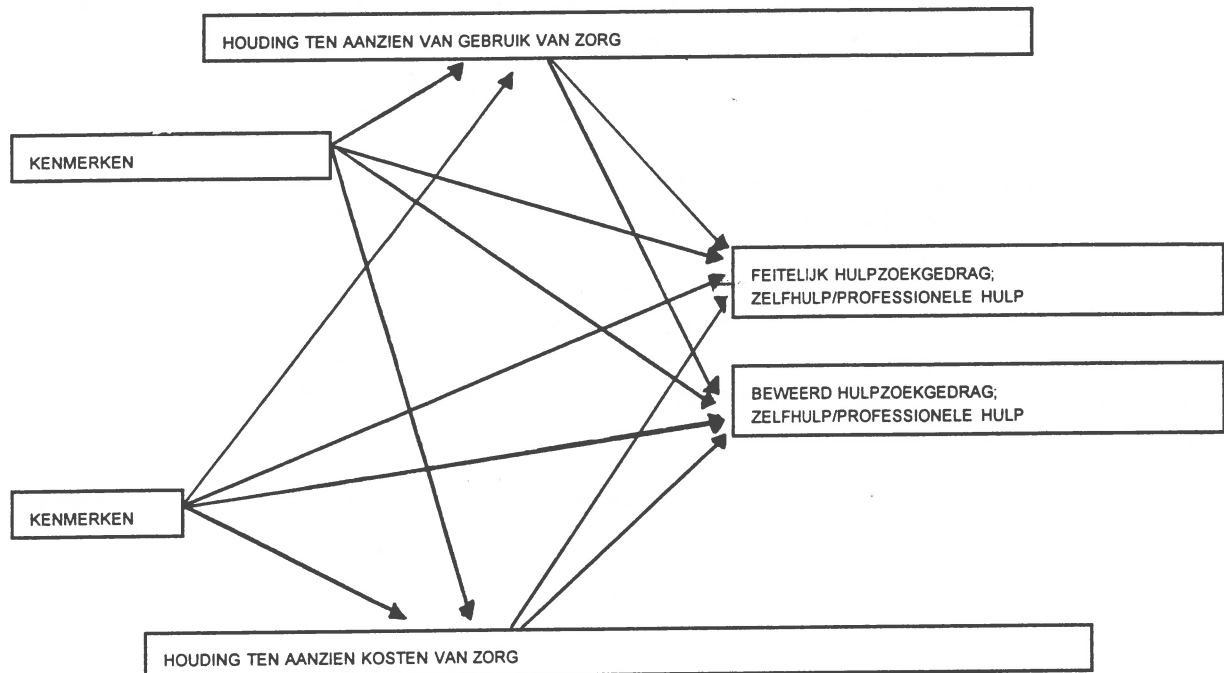
De stellingen zijn gemeten op een vijfpuntsschaal, variërend van 'helemaal mee eens' tot 'helemaal mee oneens'. Op basis van de verdeling van de rechte tellingen zijn de items geselecteerd die mee genomen kunnen worden in de factoranalyse, dat wil zeggen die items die voldoende discriminerend vermogen hebben. Hiertoe zijnde twee uiterste antwoordcategorieën bij elkaar opgeteld.

Wanneer bij een item één antwoordcategorie meer dan 75% van de waarneming bevat, kunnen de respondenten niet op basis van dit item van elkaar onderscheiden worden. Deze items zijn niet gebruikt in de factoranalyse.

Als laatste wordt onderzocht op welke manier het gedrag bepaald wordt door de voorgenoemde factoren en in hoeverre deze gedragsbepalers onderling met elkaar samenhangen. Hiertoe wordt een het model zoals dat al eerder beschreven is ingevuld en de relaties worden met behulp van (logistische)regressie-analyse getoetst. In figuur 5.1 is dit model nog eens weergegeven.

Met regressieanalyse wordt het verband tussen de kenmerken onderling, de gebruiksopvattingen en het oordeel over de eigen bijdrage in de kosten getoetst. De gedragsvariabele (zowel feitelijk gedrag als beweerd gedrag) is een dichotome variabele, met twee mogelijke antwoordcategorieën, vandaar dat bij toetsing van het verband tussen de kenmerken en de oordelen de logistische regressieanalyse gebruikt wordt.

Figuur 5.1 Conceptueel model bepalende factoren



5.2 Resultaten analyses

Het gedrag van patiënten is verdeeld in het gedrag dat ze werkelijk vertoond hebben voordat ze bij hun huisarts kwamen en het gedrag dat ze zeggen normaal te vertonen. In de volgende tabel wordt weergegeven hoe deze twee variabelen samenhangen.

Tabel 5.2 Samenhang feitelijke en beweerd hulpzoekgedrag

B. Beweerd hulpzoekgedrag	sneller	even snel prof.hulp	langer prof.hulp	zelfhulp
A. Feitelijk hulpzoekgedrag patiënten				
meteen professionele hulp	3 (5.9)	33 (64.7)	15 (29.4)	
eerst zelfhulp	5 (4.7)	54 (50.5)	48 (44.9)	
$\chi^2 = 3,43$, $p = .179$				

Uit tabel 5.2 blijkt dat het gedrag dat patiënten zeggen te vertonen, het beweerde gedrag niet altijd in overeenstemming is met het gedrag dat ze vertonen. Wanneer patiënten zeggen normaliter langer zelfhulp te zoeken (laatste kolom tabel 5.2), ligt het niet voor de hand dat hun werkelijke gedrag op het moment dat de enquête afgenomen wordt, 'meteen professionele hulp zoeken' is. Toch is dit bij 15 patiënten het geval.

Ook wanneer patiënten beweren sneller professionele hulp te zoeken, blijkt niet zonder meer verband te bestaan tussen het werkelijke gedrag en het beweerde gedrag; patiënten die zeggen sneller dan anderen professionele hulp te zoeken (eerste kolom tabel 5.2), vertonen in werkelijkheid niet altijd het gedrag 'meteen professionele hulp'. Vijf patiënten zeggen eerst zelfhulp toe te passen.

Het beweerde en feitelijke gedrag komen niet altijd met elkaar overeen, vandaar dat deze in verdere analyses afzonderlijk onderzocht worden.

Het verband tussen de kenmerken **geslacht** en **verzekeringsvorm** en het gedrag (beweerd en werkelijk) wordt door middel van een kruistabel weergegeven en het verband getoetst met behulp van de chikwadraattoets. Dit verband is niet significant (zie tabel 5.3 en 5.4).

Dit betekent dat het gedrag niet in belangrijke mate samenhangt met het geslacht of de verzekeringsvorm.

Tabel 5.3 Kruistabel geslacht met feitelijk en beweerd zoekgedrag patiënten

	Count Col Pct	Geslacht		Row Total
		man	vrouw	
		1	2	
Werkelijk gedrag				
prof.hulp	.00	27 34.6	34 29.3	61 31.4
zelfhulp	1.00	51 65.4	82 70.7	133 68.6
Column Total		78 40.2	116 59.8	194 100.0

$$\chi^2 = .61, p = .44$$

	Count Col Pct	Geslacht		Row Total
		man	vrouw	
		1	2	
Beweerd gedrag				
prof.hulp	1.00	53 62.4	85 62.0	138 62.2
zelfhulp	2.00	32 37.6	52 38.0	84 37.8
Column Total		85 38.3	137 61.7	222 100.0

$$\chi^2 = .002, p = .96$$

Tabel 5.4 Kruistabel verzekeringsvorm met feitelijk en beweerd zoekgedrag patiënten

	Count Col Pct	Verzekeringsvorm		Row Total
		ziekenf.	particulier	
		1.00	2.00	
Werkelijk gedrag				
prof.hulp	.00	31 27.2	30 38.5	61 31.8
zelfhulp	1.00	83 72.8	48 61.5	131 68.2
Column		114	78	192
Total		59.4	40.6	100.0

$$\chi^2=2.71, p=.099$$

	Count Col Pct	Verzekeringsvorm		Row Total
		ziekenf.	particul.	
		1.00	2.00	
Beweerd gedrag				
prof.hulp	1.00	82 60.3	55 65.5	137 62.3
zelfhulp	2.00	54 39.7	29 34.5	83 37.7
Column		136	84	220
Total		61.8	38.2	100.0

$$\chi^2=.59354, p=.44$$

Het verband tussen de **leeftijd** en het gedrag wordt met een correlatiecoëfficiënt berekend. Deze is in bij het werkelijke en het beweerd gedrag positief, maar in beide gevallen niet significant. Bij het werkelijk gedrag $r=0.07$ ($p=0.16$) en bij het beweerd gedrag $r=0.03$ ($p=0.49$). Er is dus nagenoeg geen verband tussen leeftijd en het zelf zoeken naar oplossingen voor een klacht.

Het laatste kenmerk dat bekeken wordt, is **opleidingsniveau**. De correlatiecoëfficiënt met het werkelijke gedrag is 0.07 ($p=0.18$) en met het beweerd gedrag 0.08 ($p=0.13$). Het positieve verband is dus niet significant, maar betekent wel dat mensen die hoger opgeleid zijn over het algemeen zeggen dat ze eerst zelfhulp zoeken voordat ze professionele hulp inschakelen.

Kort samengevat blijkt dus geen van de kenmerken van patiënten significant samen te hangen met het hulpzoekgedrag, zowel het feitelijke als het beweerd gedrag, dat patiënten vertonen wanneer ze klachten ervaren.

Uit 4.5 waarin allerlei bivariate analyses uitgevoerd zijn, blijkt dat alleen de kenmerken opleiding en leeftijd significant samenhangen met een aantal stellingen die meten hoe de houding is van de patiënt ten aanzien van de kosten van de gezondheidszorg en het gebruik van zorg. De kenmerken geslacht en verzekeringsvorm lijken niet van belang bij het verklaren van de houding die patiënten hebben. Vandaar dat in verdere analyses waarin het verband tussen houding, gedrag en kenmerk getoetst wordt, alleen de kenmerken opleidingsniveau en leeftijd meegenomen worden.

Voor deze verdere analyses wordt geprobeerd de houdingsitems samen te voegen tot één variabele. Met behulp van een factoranalyse worden in 5.3 eventuele achterliggende dimensies onderscheiden.

5.3 Resultaten factoranalyse

Het aantal stellingen dat weergeeft hoe de respondenten staan tegenover kosten van de gezondheidszorg en het gebruik van gezondheidszorg wordt gereduceerd met behulp van een factoranalyse. Na selectie volgens de criteria genoemd in paragraaf 5.2, blijkt dat bij '**houding ten aanzien van kosten**' slechts twee stellingen een dergelijk onderscheidend vermogen hebben dat verdere analyse zinvol is. Bij deze stellingen 'Patiënten kunnen zelf weinig invloed uitoefenen op de kosten van de gezondheidszorg' en 'Patiënten moeten zelf meer bijdragen in de kosten van de gezondheidszorg die zij gebruiken' bestaat geen zelfde uitgesproken mening onder de respondenten. Wanneer echter Cronbach's alpha berekend wordt blijken deze twee items niet hetzelfde te meten ($\alpha = .15$). Het uitvoeren van een factoranalyse is niet zinvol.

Bij de stellingen die de **houding meten ten aanzien van het gebruik van de gezondheidszorg** in het algemeen, valt één stelling af omdat de verdeling van de antwoorden erg scheef is. In de factoranalyse over de gebruiksstelling vervalt dit item 'Wanneer patiënten twifelen aan het nut van een behandeling moeten ze hun huisarts hierop aanspreken'.

Bij de overige stellingen die de houding van patiënten ten aanzien van het gebruik van de gezondheidszorg is het interessant te onderzoeken of er stellingen zijn die dezelfde aspecten meten. Wanneer namelijk de correlatiematrix van deze stellingen berekend wordt, blijken de meeste significant ($p < 0.05$) met elkaar samen te hangen (zie tabel 5.5).

Tabel 5.5 Correlatiematrix stellingen tav gebruik van zorg

	GEBRA	GEGBB	GEGBRC	GEGBRD	GEGBRE	GEGBRF
GEBRA	1.0000 -	.1142 P= .029	.1439 P= .008	.4402 P= .000	.4303 P= .000	.1249 P= .019
GEGBB	.1142 P= .029	1.0000 -	.1639 P= .003	.1980 P= .000	.1919 P= .001	.2092 P= .000
GEGBRC	.1439 P= .008	.1639 P= .003	1.0000 -	.0585 P= .167	.0699 P= .124	.2423 P= .000
GEGBRD	.4402 P= .000	.1980 P= .000	.0585 P= .167	1.0000 -	.4821 P= .000	.3556 P= .000
GEGBRE	.4303 P= .000	.1919 P= .001	.0699 P= .124	.4821 P= .000	1.0000 -	.1889 P= .001
GEGBRF	.1249 P= .019	.2092 P= .000	.2423 P= .000	.3556 P= .000	.1889 P= .001	1.0000 -

Met de stellingen over het gebruik wordt een factoranalyse uitgevoerd. Op deze manier kan duidelijk worden of bepaalde stellingen dezelfde aspecten meten. De resultaten van de factoranalyse zijn in tabel 5.6 weergegeven.

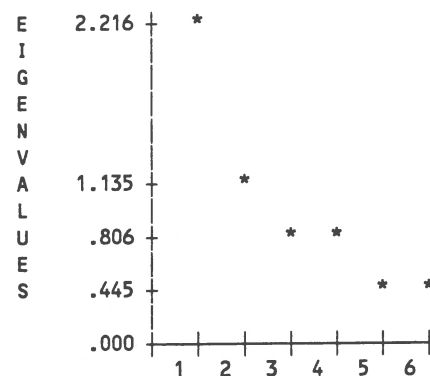
Tabel 5.6 Factoranalyse

Variable	Communality	* *	Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
GEBRA	.27158	*	1	2.21622	36.9	36.9
GEBRB	.08628	*	2	1.13529	18.9	55.9
GEBRC	.09284	*	3	.85416	14.2	70.1
GEBRD	.37351	*	4	.80614	13.4	83.5
GEBRE	.29994	*	5	.54355	9.1	92.6
GEBRF	.19209	*	6	.44465	7.4	100.0

Deze tabel geeft de zes variabelen die meegenomen worden in de factoranalyse, de mogelijke factoren die onderscheiden kunnen worden en hun bijbehorende verklaringskracht. Factor 1 bijvoorbeeld verklaart 36.9% van de totale variantie, de tweede factor verklaart 18%, een derde factor verklaart 14,2% etc. Elke nieuwe factor verklaart steeds minder van de totale variantie. Bij het selecteren van het aantal factoren kan als criterium de Eigenwaarde gebruikt worden, deze moet hoger zijn dan 1. In figuur 5.2 is te zien dat dit geldt voor de eerste twee factoren.

Per item wordt vervolgens bekeken of verband bestaat met de twee factoren die berekend zijn. Het blijkt dat een aantal items samenhangt met de eerste factor, een aantal met de tweede en één item 'laadt' op beide factoren. Over de factoren wordt een varimaxrotatie uitgevoerd, met als doel een sterker onderscheid tussen de factorladingen van de items te bewerkstelligen. Het resultaat staat in tabel 5.5.

Figuur 5.2 Overzicht Eigenwaarden bij factoren



Tabel 5.5 Geroteerde factor matrix

	FACTOR 1	FACTOR 2
GEBRE	.67485	
GEBRD	.66109	
GEBRA	.63003	
GEBRB	-	
GEBRF		.99490
GEBRC		-

Nadat deze rotatie uitgevoerd is, blijken drie variabelen met de eerste en drie variabelen met de tweede factor samen te hangen. De stellingen 'Patiënten doen te snel een beroep op professionele hulp', 'Patiënten vragen hun huisarts te snel om medicijnen' en 'Patiënten willen te snel door hun huisarts verwezen worden', hangen samen met de eerste factor. Een overeenkomst tussen de variabelen is dat ze allemaal meten in hoeverre mensen vinden dat patiënten 'te snel' aanspraak maken op de gezondheidszorg. De eerste factor kan geïnterpreteerd worden als een nieuw item die deze achterliggende dimensie 'te snel gebruik' meet. De tweede factor lijkt niet te interpreteren, wanneer bekeken wordt welke items hierop hoog laden, namelijk 'Patiënten leggen zich te makkelijk neer bij de mening van hun huisarts, ze moeten op hun strepen blijven staan' en 'Patiënten hebben geen mogelijkheden een goede keuze te maken tussen verschillende behandelingen of medicijnen'.

Voor de items die samenhangen met de factor 'te snel gebruik', wordt een Cronbach's alpha berekend. Een hoge Cronbach's alpha betekent dat de betrouwbaarheid dat de drie items hetzelfde meten hoog is. De alpha is 0.71, dit is voldoende om een nieuwe variabele te construeren voor de factor 'te snel gebruik'. Hiertoe worden de scores op de drie stellingen opgeteld en door drie gedeeld.

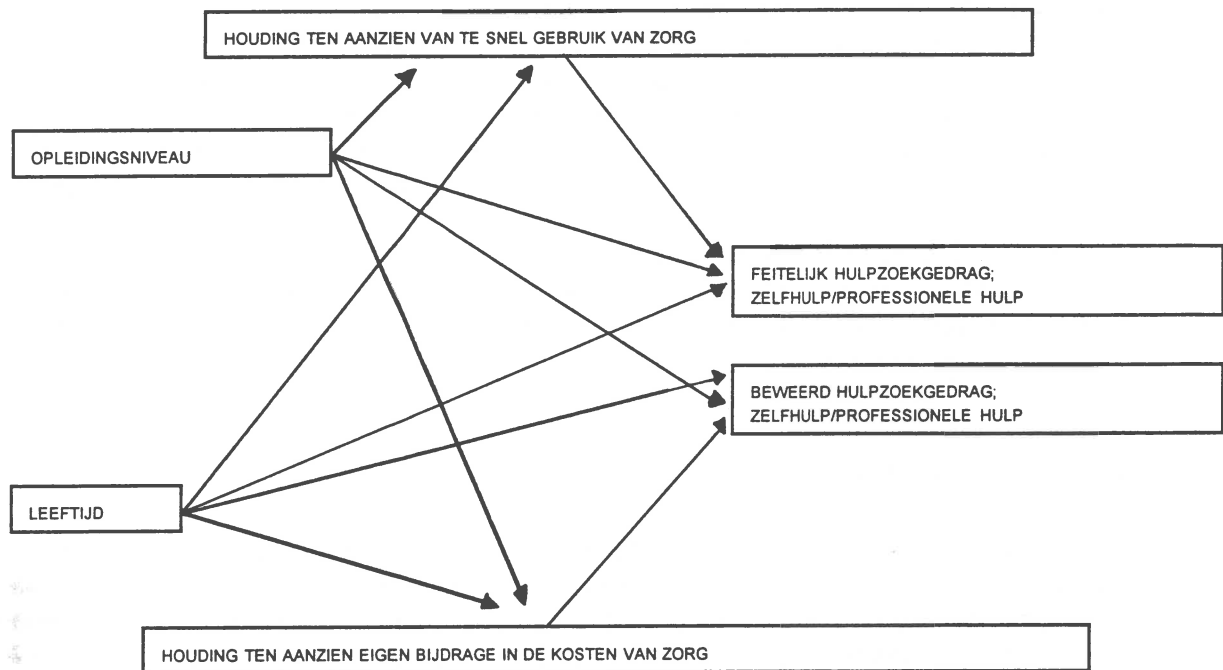
Met behulp van de correlatiecoëfficiënt wordt onderzocht of er verband bestaat tussen de scores van patiënten op deze nieuwe variabele 'te snel gebruik' en hun gedrag. Dit is een negatief significant verband $r = -0.14$ ($p = 0.02$), dat wil zeggen dat patiënten naarmate ze het minder eens zijn met de stelling dat mensen te snel iets willen in de gezondheidszorg, ze vaker meteen naar hun huisarts gaan of zeggen te gaan.

5.4 Resultaten regressie-analyse

Het verband tussen de kenmerken van patiënten en hun oordeel over de kosten en het gebruik van zorg en in hoeverre die beide factoren samen bepalend zijn voor het gedrag, wordt onderzocht aan de hand van het model dat beschreven is in paragraaf 5.2.

Op basis van de voorgaande analyses kan het model als volgt ingevuld worden. Alleen de kenmerken opleidingsniveau en leeftijd blijken van invloed te zijn op een aantal 'houdingitems'. Leeftijd en opleiding worden bij toetsing van het model meegenomen als kenmerken van patiënten. Bij de houding ten aanzien van gebruik van zorg blijkt een drietal stellingen eenzelfde achterliggende dimensie te meten, namelijk het 'te snel gebruik maken van zorg'. Deze nieuw geconstrueerde variabele wordt in het model gebruikt. Bij de kostenstellingen wordt daarom alleen de stelling 'Patiënten zouden meer eigen bijdrage moeten betalen' meegenomen, omdat deze stelling in elk geval samenhang vertoont met kenmerken van patiënten, en hun houding meet ten aanzien van een concrete maatregel, die gepast gebruik van zorg zou moeten bevorderen. Het model dat getoetst wordt, is weergegeven in onderstaande figuur 5.3.

Figuur 5.3 Conceptueel model gedragsbepaling



De relatie kenmerken-kosten wordt onderzocht door een regressie-analyse toe te passen. Het verband tussen kenmerken en kosten en gedrag wordt getoetst met een logistische regressiecoëfficiënt. Een odds ratio ($\exp(B)$) >1 betekent een positieve relatie en een odds ratio < 1 een negatieve relatie. De resultaten zijn genoemd in bijlage I.

Alleen wanneer een relatie significant is, is deze in figuur 5.4 weergegeven. Vervolgens is getoetst of de gevonden relaties in het model blijven bestaan, wanneer de variabelen die geen invloed lijken te hebben weggelaten worden.

De padcoëfficiënt (beta) tussen leeftijd en houding ten aanzien van gebruik is in het oorspronkelijke model (met opleiding) $-.1227$. In het vereenvoudigde model (5.4) is deze coëfficiënt $-.1271$. Dit verschil is te verwaarlozen. De padcoëfficiënt (beta) tussen opleiding en houding ten aanzien van de eigen bijdrage is in het oorspronkelijke model (met leeftijd) $-.1341$. In het getrimde model is deze coëfficiënt $-.1224$. Ook dit verschil is te verwaarlozen, het gereduceerde model is aannemelijk.

Er is geen significant verband te vinden met het werkelijke gedrag van patiënten. Het bezoek dat de patiënt op het moment van de enquête aflegt, wordt waarschijnlijk in hoge mate bepaald door de omstandigheden, de situationele factoren waarop de patiënt eigenlijk geen invloed heeft. Het beweerde gedrag is in de analyses van groter belang dan het werkelijke gedrag, omdat dit over het hulpzoekgedrag in het algemeen gaat.

Het enige rechtstreekse verband met het beweerde gedrag bestaat in dit model tussen de houding van mensen ten aanzien van het te snel gebruik maken van zorg ($\exp(B)=0.77$, $p=0.03$). Toch kan niet gezegd worden dat andere factoren niet van belang zouden zijn voor het gedrag. Dat ook leeftijd en opleidingsniveau het gedrag beïnvloeden blijkt uit de relatie die bestaat tussen leeftijd en de opvatting over het te snel gebruiken maken van zorg ($\beta = -0.123$, $p=0.04$) en de sterke correlatie die bestaat tussen leeftijd en opleidingsniveau ($r=-0.17$, $p=0.02$). De mening die patiënten hebben over het te snel gebruik maken van zorg voor een deel afhankelijk is van de leeftijd. Oudere mensen zijn het vaker eens met de stelling dat er te snel gebruik gemaakt wordt van de gezond-

heidszorg. Het opleidingsniveau vertoont met deze stelling geen significante samenhang. De mening die patiënten hebben over meer eigen bijdrage in de kosten van voorzieningen waarvan men gebruik maakt, hangt wel in hoge mate samen met het opleidingsniveau ($\beta = -0.13$, $p=0.03$). Hoger opgeleide mensen zijn het vaker eens met de stelling dat patiënten meer moeten bijdragen. Leeftijd hangt niet direct samen met deze stelling, maar hierbij moet opgemerkt worden dat het opleidingsniveau wel samenhangt met leeftijd. Oudere mensen zijn minder hoog opgeleid.

Kort samengevat komt het erop neer, dat de leeftijd voor een deel het opleidingsniveau bepaalt, dat het opleidingsniveau voor een deel bepaalt hoe patiënten staan tegenover het te snelle gebruik maken van zorg. Dit oordeel is mede bepalend is voor het gedrag dat patiënten zeggen te vertonen, als ze hulpzoeken.

5.5 Samenvatting

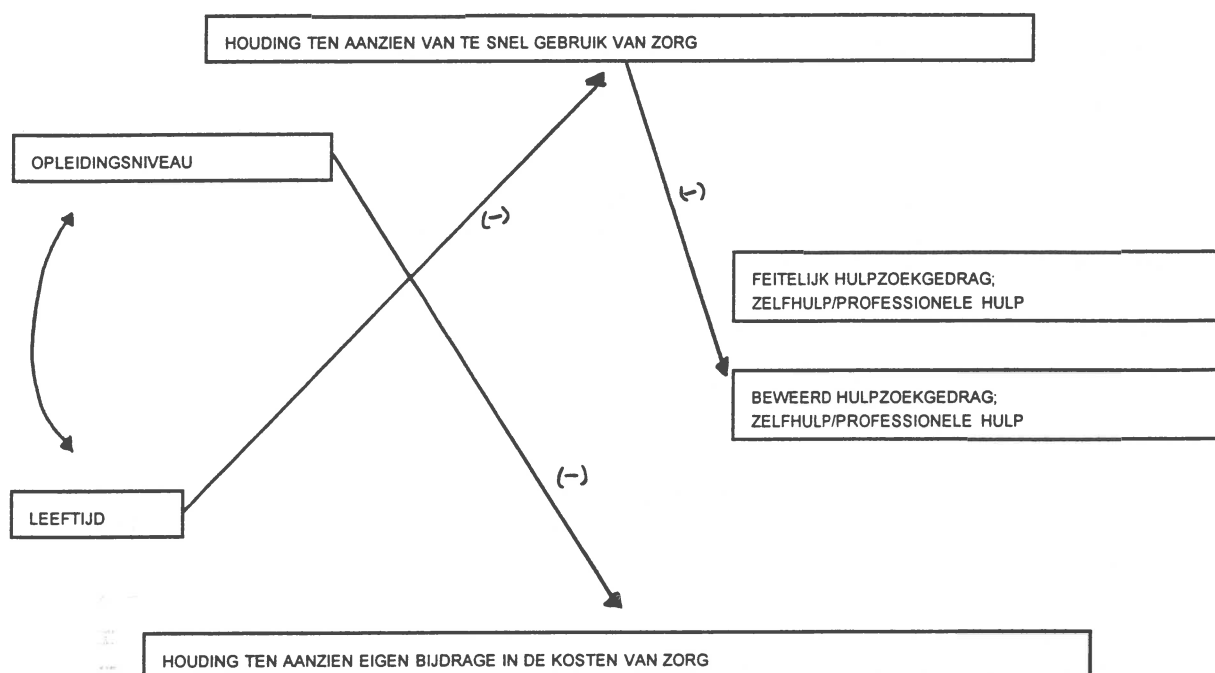
In dit hoofdstuk is onderzocht welke factoren van invloed zijn op het hulpzoekgedrag van patiënten wanneer deze klachten ervaren. Het gedrag is hiervoor verdeeld in twee soorten; mensen kunnen zelfhulpgedrag vertonen, dat wil zeggen dat ze eerst zelf een oplossing voor hun klachten proberen te vinden of het gedrag is gericht op professionele hulp, dat wil zeggen dat ze meteen naar hun huisarts stappen. Een tweede onderscheid dat gemaakt wordt, is het werkelijke gedrag dat patiënten vertoont hebben voordat ze op het moment van de enquête hun huisarts raadplegen en het gedrag dat patiënten zeggen normaal te vertonen, het beweerde gedrag.

De relatie tussen objectieve kenmerken zoals geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en verzekeringsvorm en het gedrag is onderzocht. Geen van deze relaties is significant.

Naast de invloed die de kenmerken van patiënten kunnen hebben, is het denkbaar dat andere factoren het hulpzoekgedrag beïnvloeden. De houding die patiënten hebben ten aanzien van de kosten van de gezondheidszorg en hun mening over het gebruik van de gezondheidszorg in het algemeen, kan het gedrag beïnvloeden. Wanneer patiënten kostenbewust zijn en zich realiseren dat de gezondheidszorg geld kost, maken ze wellicht minder snel gebruik van professionele zorg en zullen vaker proberen zelf oplossingen voor hun klachten te vinden. Ook wanneer ze van mening zijn dat patiënten op een verantwoorde manier gebruik dienen te maken van zorg, zullen ze zelf een overeenkomstig gedrag vertonen. De stellingen die de houding van de respondenten meten, worden hiervoor eerst geselecteerd op bruikbaarheid bij het onderscheiden van groepen patiënten. Wanneer de meeste patiënten het eens zijn met een stelling, is het moeilijk patiënten op grond van deze stelling in te delen. Bij de stellingen die de mening over het gebruik van zorg meten, wordt op grond van een factoranalyse een nieuw item geconstrueerd, dat meet in hoeverre patiënten het eens zijn met de stelling dat patiënten 'te snel gebruik maken van zorg'. Het blijkt dat alleen deze nieuwe stelling significant verband vertoont met het beweerde gedrag (en niet met het werkelijke gedrag). Patiënten die aangeven het eens te zijn met de stelling dat patiënten over het algemeen te snel gebruik maken van zorg, beweren dat ze zelf eerst zelfhulp toepassen.

In paragraaf 5.4 wordt gekeken of er verband bestaat tussen de kenmerken van patiënten en hun oordeel over de kosten en het gebruik van zorg en in hoeverre die beide factoren samen bepalend zijn voor het gedrag. Het blijkt dat de mening die patiënten hebben over het te snel gebruik maken van zorg voor een deel afhankelijk is van de leeftijd. Oudere mensen zijn het vaker eens met de stelling dat er te snel gebruik gemaakt wordt van de gezondheidszorg. Het opleidingsniveau vertoont met deze stelling geen significante samenhang.

Figuur 5.4 Conceptueel model, getoetst



Bij de stellingen die de houding van patiënten meten ten aanzien van de kosten in de gezondheidszorg, blijkt alleen de stelling 'Patiënten zouden meer zelf moeten bijdragen in de kosten van de gezondheidszorg' van belang te zijn voor verdere analyses. De mening die patiënten hebben over meer eigen bijdrage in de kosten van voorzieningen waarvan men gebruik maakt, hangt in hoge mate samen met het opleidingsniveau. Hoger opgeleide mensen zijn het vaker eens met de stelling dat patiënten meer moeten bijdragen. Leeftijd hangt niet direct samen met deze stelling, maar hierbij moet opgemerkt worden dat het opleidingsniveau wel samenhangt met de leeftijd. Oudere mensen zijn over het algemeen minder hoog opgeleid. Met behulp van een logistische regressie-analyse is onderzocht in hoeverre het hulpzoekgedrag afhangt van de kenmerken leeftijd en opleidingsniveau en de oordelen ten aanzien van het te snel gebruik maken van zorg en ten aanzien van meer eigen bijdrage in de kosten van de zorg. Hieruit blijkt dat het voor het beweerde gedrag van direct belang is hoe patiënten aankijken tegen het te snel gebruik maken van zorg. Zijn ze het vaker met de stelling eens dat patiënten te snel gebruik maken van zorg, dat wordt hun gedrag positief beïnvloed, dat wil zeggen zichzelf zeggen dan vaker zelf oplossingen zoeken in geval van klachten. Leeftijd is indirect van belang, omdat het voor een deel bepaalt hoe patiënten tegenover de voorgaande stelling aankijken. Ouderen zijn het vaker eens met deze stelling.

6. ANALYSE GEZONDHEIDSCENTRUM "DE WEIDE"

In dit hoofdstuk wordt in het bijzonder ingegaan op de gang van zaken in het gezondheidscentrum De Weide waar de enquêtes afgenomen worden. Patiënten worden geconfronteerd met een aantal concrete voorbeelden van maatregelen die het gepast gebruik van zorg moeten bevorderen. Patiënten blijken over het algemeen weinig bezwaar te hebben tegen deze maatregelen, hoewel enkele duidelijk minder positief beoordeeld worden. De maatregelen hebben betrekking op de rol van de assistentes en op de rol van de huisarts. Patiënten blijken zelf ook ideeën te hebben over de manier waarop kosten beheerst zouden kunnen worden. Vaak echter blijken de oplossingen voor problemen met de kosten wel van toepassing op hun eigen situatie, maar zijn ze op grotere schaal niet toe te passen.

In dit centrum is een aantal concrete maatregelen voorgesteld, waarmee men het gepaste gebruik door de patiënt wil stimuleren. Het gezondheidscentrum geeft haar patiënten informatie via de eerder genoemde voorlichtingsbrochure "Wat doe ik?". Er staan onder andere situaties in beschreven wanneer patiënten bij bepaalde veel voorkomende klachten niet naar de huisarts moeten gaan.

Ook wanneer de patiënt uiteindelijk besloten heeft wel naar de huisarts te gaan, probeert men vanuit het gezondheidscentrum zo te handelen dat er zoveel mogelijk gepast gebruik van zorg gemaakt wordt. Hoe patiënten tegenover deze maatregelen staan, wordt in paragraaf 2 bekeken.

Het oordeel dat patiënten geven is tevens antwoord op het tweede deel van de laatste vraagstelling, zoals geformuleerd in hoofdstuk 1:

Wat is het oordeel van de patiënt over de maatregelen die gepast gebruik moeten bevorderen?

In de enquête is de patiënten de mogelijkheid geboden opmerkingen te maken of eigen ideeën toe te lichten. In paragraaf 6.3 zal hieraan aandacht besteed worden. Hoofdstuk 6 eindigt met aanbevelingen voor het gezondheidscentrum.

6.1 Patiënten en maatregelen in De Weide

In het gezondheidscentrum probeert men de kosten in de hand te houden onder andere door gerichte hulpverlening. Dit kan ook voor de patiënt consequenties met zich mee brengen. In de enquête is de mening van de patiënt over een aantal (mogelijke) gevolgen gevraagd. Van de patiënten die de apotheek bezochten, waren er 17 niet ingeschreven bij een huisarts van De Weide. Het totale aantal respondenten voor het gedeelte dat over de gang van zaken in De Weide gaat, komt hierdoor op 283.

Grofweg zijn de patiënten op basis van de mate van instemming met een maatregel in te delen in twee groepen, namelijk zij die geen bezwaar hebben op de maatregel en zij die wel bezwaar maken tegen de maatregel. Het is interessant te weten wie de patiënten zijn die zeggen een bepaalde maatregel slecht te vinden. Daarom zijn per stelling analyses uitgevoerd, waarin het verband getoetst wordt tussen kenmerken van respondenten en hun mening over maatregelen in het gezondheidscentrum. Per stelling is gekeken naar het verband met leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en verzekeringsvorm. Zo kan bijvoorbeeld onderzocht worden of juist oudere mensen tegen de maatregelen zijn of dat juist vrouwen bepaalde maatregelen slecht vinden.

De groep patiënten die zegt 'geen bezwaar' te hebben bevat alle mensen die aangegeven hebben een maatregel goed danwel redelijk danwel niet goed/niet slecht te vinden, de groep 'bezwaar' bestaat uit de mensen die een maatregel matig of slecht vonden. De belangrijkste resultaten worden in de tekst genoemd, de kruistabellen zijn in bijlage 2 opgenomen. Per analyse is de χ^2 -waarde vermeld en de bijbehorende kans (p) vermeld. Bij het kenmerk leeftijd van de patiënt is een t-toets uitgevoerd om te kijken op de gemiddelde leeftijd van de mensen uit de groep die wel bezwaar maakt verschilt van de leeftijd van de patiënten uit de groep die geen bezwaar heeft tegen een maatregel. Wanneer de $p < 0.05$ is, zijn de uitkomsten significant, verschillen tussen beide groepen berusten niet alleen op toeval.

6.1.1 Rol van de assistente

Een aantal maatregelen waar patiënten direct mee te maken krijgen, hebben betrekking op de rol van de assistente. Zij heeft als eerste contact met de patiënt, wanneer deze besluit zijn huisarts te raadplegen; bij haar wordt de afspraak gemaakt. De assistente weet vaak niet waarom de patiënt de huisarts wil spreken. Hoewel de privacy van de patiënt in het geding komt, wil men in De Weide toch dat de assistente in de toekomst naar de reden van het bezoek vraagt, wanneer een afspraak gemaakt wordt. Zij zou misschien zelf de patiënt al een advies kunnen geven en zo als een eerste zeef kunnen werken, voor niet-noodzakelijk huisartsbezoek. Bovendien kan de assistente rekening houden met de duur van het consult bij het plannen van de afspraken, de ene klacht zal minder tijd in beslag nemen dan de andere. Uit de opmerkingen aan het eind van de enquête blijkt ook dat patiënten het een goed idee vinden voor sommige klachten langere afspraken in te plannen. Het is fijn als een arts veel tijd voor zijn patiënt heeft, maar wanneer afspraken hierdoor uitlopen en andere patiënten lang moeten wachten, roept dit irritaties op.

De eerste stelling waarover de mening van de respondenten gevraagd wordt, luidt: "De assistent(e) vraagt u naar de reden van uw bezoek wanneer u een afspraak maakt". In de tweede stelling wordt gevraagd hoe men het zou vinden als de assistent(e) niet alleen de reden vraagt, maar deze ook gaat beoordelen op noodzakelijkheid. Tenslotte wordt gevraagd wat men ervan vindt dat assistentes routine-onderzoeken uitvoeren, zoals bloeddruk opmeten. De resultaten zijn weergegeven in tabel 6.1.

Een groot deel van de patiënten zou er weinig moeite mee hebben als bij het maken van een afspraak aan de assistente verteld moet worden wat de reden van het bezoek is (63,1%). De groep van mensen die aangeven (enigszins) bezwaar te hebben tegen deze maatregel verschilt op geen enkel kenmerk significant van de groep die dit niet heeft (zie bijlage II). Wat betreft de leeftijd valt op dat de mensen die bezwaar hebben gemiddeld iets jonger zijn, maar het verschil is te verwaarlozen. Ook zijn er geen belangrijke verschillen tussen de samenstelling qua geslacht, wel valt op dat er in vergelijking tot het aandeel vrouwen in de hele groep, een groter gedeelte vrouwen bezwaar heeft; in de hele groep zit 64,3% vrouwen, in de 'bezwaargroep' is dat 70,5%. Deze zelfde oververtegenwoordiging valt te constateren bij de hogere opleidingscategorieën. Hoe hoger opgeleid, hoe meer vertegenwoordigd in de 'bezwaargroep'. Overigens geldt voor deze tendensen dat ze niet significant zijn.

De beoordeling van de noodzakelijkheid van het bezoek wordt door een groot deel van de mensen liever niet aan de assistente overgelaten (48,4%). Een aantal van hen vindt het ronduit een slechte zaak, wanneer assistentes gaan oordelen over de noodzaak van een consult en bijvoorbeeld de afspraak uitstellen tot de volgende dag. Ook uit opmerkingen aan het eind van de enquête komt naar voren dat patiënten dit niet willen. Een enkeling merkt op dat de assistentes hiervoor een

goede opleiding zouden moeten krijgen. De groep die bezwaar heeft, is gemiddeld jonger en net als bij de eerste stelling lijkt ook bij de tweede stelling een verband met het opleidingsniveau te bestaan, hoewel dit niet significant is (zie bijlage 2). Lager opgeleiden zijn oververtegenwoordigd in de groep die geen of weinig bezwaar heeft, in vergelijking met het aandeel lager opgeleiden in de totale groep. De hoger opgeleiden zeggen vaker wel bezwaar te hebben. Ook bij deze stelling zijn er meer vrouwen, zij het niet significant, die bezwaar hebben.

Een groot deel van de respondenten, wil bij het maken van een afspraak niet beoordeeld worden door de assistente, maar tegen het uitvoeren van routine-onderzoeken blijkt weinig weerstand te bestaan (ruim 10%).

Tabel 6.1 Mening over de rol van de assistente

a) De assistente vraagt u naar de reden van uw bezoek, wanneer u een afspraak maakt.

goed	117	41,5%
redelijk	61	21,6%
niet goed/niet slecht	26	9,2%
matig	35	12,4%
slecht	43	15,2%
niet ingevuld	1	-
totaal	283	

b) De assistente beoordeelt de reden van uw bezoek op noodzakelijkheid.

goed	31	11,2%
redelijk	53	19,1%
niet goed/niet slecht	57	20,5%
matig	35	12,6%
slecht	102	36,7%
niet ingevuld	5	-
totaal	283	

c) Voor routine-onderzoek zoals bijvoorbeeld bloeddruk opmeten, kunt u alleen bij de assistente terecht

goed	198	71,0%
redelijk	48	17,2%
niet goed/niet slecht	19	6,8%
matig	8	2,9%
slecht	6	2,2%
niet ingevuld	4	-
totaal	283	

6.1.2 Bezoek aan de huisarts

Stellingen die meer te maken hebben met het feitelijke bezoek aan de huisarts zijn de volgende. "U kunt niet altijd bij uw eigen huisarts terecht op de door u gewenste tijd", "Voorafgaand aan uw bezoek is het handig om op te schrijven wat u vragen wilt" en "De huisarts schrijft u geen medicijnen voor voor klachten die ook vanzelf overgaan." De mening van de respondenten over deze stellingen is te vinden in tabel 6.2.

Een groot deel van de mensen (82,0%) vindt het niet erg dat ze niet altijd op de door hun gewenste tijd door hun eigen huisarts geholpen kunnen worden, is het eens met de stelling dat het handig is vooraf op te schrijven wat ze vragen willen (97,2%) en wil geen medicijnen als hun klacht ook vanzelf overgaat (96,5%). De groep 'bezwaar' en de groep 'geen bezwaar' wijken bij geen van de stellingen op bepaalde kenmerken significant van elkaar af (zie bijlage II). In tegenstelling tot de vorige stellingen is de gemiddelde leeftijd van de mensen die bezwaar hebben hier iets hoger. Het eenduidig positieve verband met het opleidingsniveau is bij deze stellingen minder duidelijk.

Tabel 6.2 Mening over bezoek aan de huisarts

a) U kunt niet altijd bij uw eigen huisarts terecht op de door uw gewenste tijd."

goed	72	25,9%
redelijk	106	38,1%
niet goed/niet slecht	49	17,6%
matig	31	11,2%
slecht	20	7,2%
niet ingevuld	5	-
totaal	283	100,0%

b) Voorafgaand aan uw bezoek is het handig om op te schrijven wat uw klachten zijn en wat u vragen wilt.

goed	220	78,9%
redelijk	37	13,3%
niet goed/niet slecht	14	5,0%
matig	5	1,7%
slecht	3	1,1%
niet ingevuld	4	-
totaal	283	100,0%

c) De huisarts schrijft u geen medicijnen voor voor klachten die ook vanzelf overgaan.

goed	219	79,1%
redelijk	34	12,3%
niet goed/niet slecht	14	5,1%
matig	3	1,1%
slecht	7	2,5%
niet ingevuld	6	-
totaal	283	

Een laatste stelling waarover de mening van de patiënten van De Weide is gevraagd, betreft de behandeling door de fysiotherapeut. In het algemeen stopt de fysiotherapeut de serie behandelingen eerder, wanneer na een aantal keer blijkt dat er van fysiotherapie geen verbetering te verwachten valt. Op deze vraag antwoorden de mensen die op dat moment de fysiotherapeut bezoeken vaker negatief dan de andere respondenten. Verder is geen significant verband te vinden met andere kenmerken van respondenten (zie bijlage II). Opvallend is wel dat in de groep die bezwaar heeft, de ziekenfondsverzekerden oververtegenwoordigd zijn, in vergelijking tot de totale groep (66,2% ten opzichte van 58,7% in de totale groep; het verschil is overigens niet significant). Zij vinden blijkbaar vaker dan particulier patiënten dat een behandeling afgemaakt moet worden, ook al levert het weinig op.

Tabel 6.3 Mening over fysiotherapeut

De fysiotherapeut stopt met de behandeling wanneer niet snel verbetering optreedt.

goed	89	32,8%
redelijk	58	21,4%
niet goed/niet slecht	56	20,7%
matig	25	9,2%
slecht	43	15,9%
niet ingevuld	12	-
totaal	283	

6.2 Suggesties over gezondheidscentrum

Over het algemeen zijn patiënten uit gezondheidscentrum "De Weide" positief over de gang van zaken in het centrum. Dit bleek uit het tevredenheidsonderzoek dat in mei 1993 gehouden werd. Patiënten waarderen vooral dat verschillende vormen van dienstverlening onder één dak te vinden zijn. Daarnaast zijn de meeste patiënten tevreden over de kwaliteit van de dienstverlening. Ook uit de enquête die gehouden werd voor dit onderzoek bleek dat patiënten over het algemeen weinig klachten hebben over het gezondheidscentrum.

Toch werd een aantal zaken genoemd waar het centrum meer aandacht aan zou kunnen besteden.

Over het maken van de afspraken werden veel opmerkingen gemaakt. Telefonisch blijkt het gezondheidscentrum niet altijd goed bereikbaar, vandaar dat gesuggereerd werd extra lijnen aan te schaffen. Verder bleek het voor een aantal mensen moeilijk een afspraak te maken, omdat ze full-time werken en er geen mogelijkheid is om op andere tijden langs te komen. Eén patiënt merkt op dat het vervelend is dat je alleen 's morgens een afspraak voor dezelfde dag kunt maken. Wanneer je in de loop van de dag toch besluit naar de huisarts te willen, kan je pas de volgende dag terecht. Voor mensen die rekening moeten houden met werktijden of pas later op de dag een afspraak maken, zouden flexibele afspraktijden en openingstijden (apotheek) een uitkomst zijn. Zoals al naar voren kwam bij het bespreken van de rol van de assistente, vraagt het plannen van de afspraken ook meer aandacht, met name de tijdsduur van een consult. Afspraken die uitlopen zijn een bron van ergernis. Door voor sommige afspraken langere tijd vrij te houden, zou dit voorkomen kunnen worden.

Andere opmerkingen die de respondenten maakten over "De Weide" gingen over het centrum zelf, bijvoorbeeld de beperkte variatie in tijdschriften in de wachtruimte, of het gebrek aan privacy voor de assistentes.

6.2 Suggesties gepast gebruik

De open vraag aan het eind van de enquête werd ook gebruikt door patiënten voor commentaar en suggesties ten aanzien van 'gepast gebruik' en kosten van zorg.

De mensen die iets schrijven over het gebruik van zorg, vinden meestal dat patiënten een eigen verantwoordelijkheid hebben, als het gaat om het bewust gebruik maken van zorg. Een aantal mensen merkt op dat patiënten eerst moeten proberen zelf wat aan hun klachten te doen, voor ze naar de huisarts stappen. Heb je niet echt klachten, dan moet je ook geen beroep doen op professionele hulp. Patiënten proberen hun klachten vaak op te lossen met eigen middeltjes, of

medicijnen die zonder recept te verkrijgen zijn.

Over de kosten van de gezondheidszorg in het algemeen en de tarieven van een consult maken de respondenten minder opmerkingen. Ze vinden het wel vaak moeilijk de werkelijke kosten te schatten. Verder vinden de meeste mensen het niet acceptabel meer zelf bij te moeten dragen in deze kosten. Patiënten betalen al verzekeringspremie en willen daarvoor hun zorg ontvangen, zonder zelf extra te moeten betalen.

Bij het schatten van de werkelijke kosten van consulten en verwijzingen blijkt inderdaad dat veel mensen geen idee hebben van de tarieven in de zorg (zie hoofdstuk 4: ruim eenderde weet het niet). Veel mensen zeggen hierover dat ze het niet interessant vinden om precies te weten wat alles kost. Toch zijn de meeste respondenten het wel eens met de stelling dat 'Patiënten op de hoogte moeten zijn van de kosten van de voorzieningen die zij gebruiken'. Eén respondent stelt voor patiënten te confronteren met de kosten, door ze een kostenlijstje voor te houden.

Een aantal mensen heeft ideeën over hoe de kosten verminderd zouden kunnen worden. Ze verwachten dat dit kan wanneer er meer samenwerking komt tussen de verschillende vormen van hulpverlening.

Met name een goed overleg tussen apotheek en huisarts is van belang. Vragen over gezondheidsklachten kunnen volgens patiënten ook rechtstreeks door de apotheker beantwoord worden, of deze kan deze de patiënt advies geven. De kosten van een bezoek aan de huisarts, en eventueel de kosten voor een recept worden dan niet gemaakt. Soms echter is dit echter niet mogelijk; voor herhaalrecepten bijvoorbeeld moet de patiënt toch de kosten van een half consult betalen.

Hoewel in enkele gevallen het overbodig lijkt dat patiënten een herhaalrecept moeten halen, voor medicijnen die ze al jaren gebruiken, is dit wel een goede manier om te controleren welke medicijnen patiënten gebruiken. Patiënten zullen wellicht minder snel herhaalrecepten aanvragen. Bovendien kan de hoeveelheid medicijnen op deze manier beter afgestemd worden op de gebruiksperiode; dit voorkomt dat patiënten te veel medicijnen krijgen die niet gebruikt worden. Het dwingende voorschrijven van medicijnen kan dus ook positief bijdragen aan het gepaste gebruik van zorg. Vandaar dat het niet reëel is herhaalrecepten niet meer via de huisarts af te geven. Hetzelfde geldt voor verwijzingen die de huisarts af moet geven voor behandeling door specialisten of opname in het ziekenhuis. Een patiënt merkte op dat deze poortwachtersrol die de huisarts heeft, in sommige gevallen overbodige kosten met zich meebrengt. Hij noemt hier het voorbeeld van sportblessures die pas na verwijzing door de huisarts in het ziekenhuis behandeld mogen worden. In dit geval gaf de patiënt aan dat hij zelf deskundig is op dit gebied. Over het algemeen is het toch noodzakelijk dat voordat specialistische hulp gegeven kan worden, een eerste selectie door de huisarts plaatsvindt. Evenals bij het uitschrijven van een recept zal dit een overbodig gebruik van zorg tegengaan en daarmee de kosten beter beheersbaar houden.

Een andere suggestie van patiënten, waardoor gepast gebruik van zorg bevorderd kan worden, is een betere samenwerking met andere hulpverleners. Sommige klachten van patiënten zouden misschien beter opgelost kunnen worden door een andere hulpverlener dan de huisarts. Een aantal mensen zegt meer baat te hebben bij een homeopathische behandeling, een chiropractor of een pedicure. Het lijkt inderdaad goed dat vanuit de 'reguliere geneeskunde' dit soort behandelingen meer erkenning krijgt, zodat voor elke patiënt een passende oplossing van zijn klacht gevonden kan worden. Voor een huisarts is het dus van belang dat hij op de hoogte is van andere 'behandelingen' dan alleen die behandelingen die hem ter beschikking staan.

Naast erkenning bestaat er nog een ander probleem met betrekking tot alternatieve oplossingen. In de meeste gevallen worden de kosten van deze hulpverlening namelijk niet vergoed door de

verzekering of het ziekenfonds en worden mensen gedwongen zich toch op de 'gangbare manier' te laten behandelen. Hetzelfde geldt overigens voor medicijnen. Voor sommige dure medicijnen vormt een goedkopere behandeling een goed alternatief, maar de behandeling wordt bijvoorbeeld niet vergoed en het medicijn wel. Patiënten worden op deze manier eigenlijk gedwongen 'ongepast gebruik' van zorg te maken. Ze weten hoe het goedkoper kan, maar maken geen aanspraak op vergoeding, dus kiezen ze een duurdere oplossing. Een duidelijk voorbeeld is een medicijn tegen migraine, immigran. De dure injecties vergoedt het ziekenfonds wel, terwijl veel goedkopere medicijnen net zo goed werken, maar niet vergoed worden.

De meeste van de ideeën die door patiënten genoemd zijn (zie ook hiervoor), zijn in individuele gevallen misschien een uitkomst, in het algemeen zijn ze vaak ongenueanceerd. Vaak gaan patiënten voorbij aan het feit dat bepaalde regeltjes over het algemeen wel positieve kanten hebben. Dit geldt met name bij het verwijzen en voorschrijven van medicijnen door een huisarts. Een bepaalde controle is nu eenmaal noodzakelijk om overbodig gebruik van zorg tegen te gaan. Dat deze selectie ook kosten met zich meebrengt kan in verschillende gevallen onnodig zijn.

Andere ideeën van patiënten kunnen misschien wel een bijdrage leveren aan een gepaster gebruik van zorg. De suggestie die patiënten aandragen betreffende de samenwerking met andere hulpverleners, lijkt een goede manier om passende zorg te bevorderen. Het is goed toe te passen door het gezondheidscentrum zelf. De medewerkers kunnen bijvoorbeeld beter op de hoogte gebracht worden van alternatieve behandelmethoden of proberen meer samen te werken met andere beroepsbeoefenaars zoals de chiropractor of acupuncturist.

Een erkenning uitgedrukt in geld, dat wil zeggen dat de behandeling vergoed wordt door het ziekenfonds is een politieke kwestie. Dit geldt ook voor het vaststellen van eigen bijdragen en het bepalen van welke medicijnen wel en welke niet vergoed worden. De ongewenste substitutie van goedkopere medicijnen door duurdere kan in dit geval alleen tegengegaan worden, als op landelijk niveau overeengekomen wordt dat deze goedkopere oplossingen ook vergoed worden.

7. CONCLUSIES OVER GEPAST GEBRUIK VAN ZORG

In dit hoofdstuk worden conclusies getrokken naar aanleiding van het onderzoek. Hiertoe worden de onderzoeksvragen herhaald en beantwoord, nadat eerst een korte schets gegeven is van de situatie zoals al eerder beschreven in het eerste hoofdstuk. Gepast gebruik blijkt een term te zijn die op verschillende manieren in de discussie rondom gebruik van gezondheidszorg en ook aan de vraag waarop patiënten gebruik maken van zorg, blijken verschillende kanten te zitten. Naar aanleiding van de enquête die in het gezondheidscentrum gehouden is, kunnen conclusies getrokken worden met betrekking tot het daadwerkelijke gebruik zorg door patiënten.

7.1 Gebruik van zorg

In een poging de kosten in de gezondheidszorg te beheersen, wordt vaak gesproken over 'gepast gebruik' van medische voorzieningen. Met name in het bezoek dat de patiënt aan zijn huisarts brengt, zou dit begrip centraal moeten staan, aangezien dit bezoek vaak de toegang vormt tot gebruik van andere zorgvoorzieningen. Niet alleen het gedrag van huisartsen is wat betreft 'gepast gebruik' van belang voor eventuele verwijzing naar andere vormen van zorg, of het uitschrijven van een recept, maar ook patiënten kunnen een belangrijke rol spelen. Er wordt van de patiënt verwacht dat hij zich kostenbewust opstelt en samen met zijn huisarts tot een gepast gebruik van zorg komt. Met name deze paradox in de rolopvatting van de patiënt - mondig en bewust -, wordt in dit onderzoek bekeken. Dit onderzoek geeft inzicht in de mate waarin de patiënt zijn eigen verantwoordelijkheid ziet, met betrekking tot 'gepast gebruik' van zorg.

Hoewel de term 'gepast gebruik' zoals gezegd regelmatig naar voren komt in de discussie rondom het beheersen van de kosten in de gezondheidszorg, bestaat onduidelijkheid over wat gepast gebruik precies inhoudt. Om tot een beter begrip van deze term te komen, is de eerste onderzoeksvraag geformuleerd.

1. Hoe wordt het begrip 'gepast gebruik' opgevat in de literatuur?

Bij het begrip 'gepast gebruik', ging het voorheen altijd om medische beslissingen over de toepassing van bepaalde zorg. Het besluit om een behandeling in te stellen bij een patiënt is in deze opvatting passend als de therapie naar verwachting een netto gezondheidswinst oplevert ten opzicht van andere eventueel in aanmerking komende behandelingen. Het begrip is van toepassing op medische handelingen, maar ook op care-achtige voorzieningen. Bij deze definitie van gepast gebruik spelen de kosten geen enkele rol.

Tegenwoordig echter heeft het begrip 'gepast gebruik' een andere lading gekregen. Naast de van oorsprong medisch-inhoudelijke betekenis, onderscheidt men nu ook aspecten van doelmatigheid en kostenbeheersing. Bij *doelmatigheid* kijkt men naar de kosteneffectiviteit van de zorg, bij *kostenbeheersing* gaat het om de mate waarin de financiële middelen die met de gezondheidszorg gemoeid zijn, beheerst kunnen worden. Kostenbeheersing door gepast gebruik is niet gemakkelijk of snel te realiseren, toch legt het kabinet de verbinding. De kosten van de gezondheidszorg in Nederland nemen toe, beheersing er van acht men noodzakelijk. De overheid heeft de beschikking heeft over plannings- en sturingsinstrumenten, waarmee ze probeert zorg en geld optimaal te benutten. Het bevorderen van gepast gebruik zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het beheersen van zorgvoorzieningen en de kosten die er mee gemoeid zijn.

Gepast gebruik wil in dit verband zeggen 'het besluit om een behandeling in te stellen bij een patiënt die naar verwachting een netto gezondheidswinst oplevert ten opzicht van andere eventueel

in aanmerking komende behandelingen, waarbij rekening gehouden wordt met de afweging tussen baten en kosten en de mogelijkheden de kosten te kunnen beheersen'.

Niet alleen beroepsbeoefenaren moeten zorgdragen voor gepast gebruik, ook patiënten spelen een belangrijke rol.

Met behulp van de tweede vraag die aan dit onderzoek ten grondslag ligt, is geprobeerd beter inzicht te krijgen in manier waarop patiënten gebruik maken van zorgvoorzieningen.

2. In hoeverre maken patiënten 'gepast gebruik' van de huisarts, geneesmiddelen en fysiotherapie?

Wanneer een patiënt gebruik maakt van zorg, doorloopt hij grofweg twee fasen. In de eerste fase, voorafgaand aan het bezoek aan de huisarts kan de patiënt eerst proberen door zelfzorg of informele zorg van zijn klachten af te komen. In deze fase is de invloed die de patiënt heeft op het gebruik van zorg nog betrekkelijk groot, hij is niet afhankelijk van beslissing die zijn huisarts neemt met betrekking tot het voorschrijven van medicijnen of een behandeling.

Uit de enquête blijkt dat patiënten over het algemeen deze fase bewust doorlopen hebben, eer ze professionele hulp gezocht hebben voor hun klachten. Bij minder ernstige, vaak voorkomende klachten zeggen de meeste respondenten af te wachten tot hun klachten over zijn, of zelf huismiddeltjes te gebruiken. In hun bezoek aan de huisarts, apotheek of fysiotherapeut geven ze meestal aan eerst zelf een oplossing gezocht te hebben. Ten aanzien van de zorgvraag van patiënten kan geconcludeerd worden, dat patiënten zich ervan bewust zijn dat ze niet 'zomaar' naar hun huisarts moeten stappen. Ze zeggen zelf over het algemeen dat ze 'gepast gebruik' maken van professionele hulp. Opvallend is de relatie die gevonden is tussen de mate waarin ze zelfhulp toepassen en hun houding ten aanzien van het te snel gebruik maken van zorg. Als patiënten vinden dat mensen over het algemeen te snel gebruik maken van zorg, te snel een verwijzing willen of te snel willen dat hun huisarts een recept uitschrijft, zeggen ze vaker dat ze eerst zelf iets doen voordat ze gebruik maken van zorg. De houding die patiënten hebben ten aanzien van het gebruik van zorg, bepaalt dus voor een belangrijk deel hoe patiënten gebruik maken van zorgvoorzieningen. Denken ze gebruiksbewust, dan zijn ze over het algemeen ook gebruiksbewust. Gezocht is naar een samenhang tussen de gebruiksbewuste houding van patiënten en kenmerken als het geslacht, de leeftijd, het opleidingsniveau en de verzekeringsvorm. Alleen leeftijd blijkt samen te hangen met de houding ten aanzien van het te snel gebruikmaken van zorg. Oudere mensen zijn het over het algemeen vaker eens met de stelling dat patiënten te snel gebruik maken van zorg.

Pas nadat patiënten op informele manier niet meer geholpen kunnen worden, bestaat de kans dat ze een beroep doen op professionele hulp, de tweede fase van hulpzoeken. Zelfs als ze zichzelf niet meer kunnen helpen, bestaan er nog factoren die belemmeren dat een patiënt naar zijn huisarts stapt. Niet alleen de klacht is bepalend voor de zorgvraag, maar ook de mogelijkheden die de zorg biedt, de beoordeling van de situatie door de patiënt, persoonskenmerken en cultuurkenmerken.

Heeft een patiënt de beslissing genomen naar zijn huisarts te gaan, dan heeft hij meestal minder mogelijkheden om gepast gebruik te maken van zorg. Hij is afhankelijk van de behandeling die de huisarts voorstelt, of de medicijnen die hij voorschrijft. Patiënten blijken vooraf weinig concrete verwachtingen te hebben van hun bezoek aan een professionele hulpverlener. Ze willen van hun klachten af, de manier waarop zal ze een zorg zijn. Wat betreft het gebruik van zorg in de tweede fase, wanneer de patiënt naar een professionele hulpverlener is gestapt, kan het volgende

geconcludeerd worden. Patiënten zijn zich wel bewust van hun rol als kritische consument, maar in praktijk hebben ze weinig invloed. In de enquête wordt patiënten gevraagd hun mening over een aantal stellingen te geven, die betrekking hebben op het gebruik van gezondheidszorg in het algemeen. Bij deze stellingen antwoordt een groot deel van de mensen 'gebruiksbewust'. Ze zijn het eens met stellingen als 'patiënten moeten zich niet zo makkelijk bij de mening van hun huisarts neerleggen' en 'patiënten die twijfelen over het nut van een behandeling moeten hun huisarts hierop aanspreken', en ze zijn het oneens met een stelling als 'Ook al ben je gezond, het is toch goed je huisarts te bezoeken'. Uit andere vragen van de enquête blijkt echter dat patiënten in hun bezoek aan de huisarts zich niet erg mondig of eisend zeggen op te stellen. De huisarts bepaalt in de meeste gevallen wat het beste is voor de patiënt. Dit wil overigens niet zeggen dat hij beslist buiten de patiënt om. Hij kan de patiënt informeren en voor hem een beslissing nemen.

7.2 Kosten van zorg

In het laatste deel van het onderzoek staat centraal in hoeverre de patiënt zich verantwoordelijk voelt voor de kosten in de gezondheidszorg. Hij wordt geconfronteerd met maatregelen die in het algemeen dan wel in zijn eigen gezondheidscentrum ingevoerd zouden kunnen worden, om de kosten te beheersen.

3. a. In hoeverre voelt de patiënt zich verantwoordelijk voor de kosten die voor hem gemaakt worden?
- b. Wat is het oordeel van de patiënt over de maatregelen die gepast gebruik moeten bevorderen?

De kosten blijken zijdelings wel van belang te zijn voor patiënten, maar spelen in de praktijk een ondergeschikte rol. Dit heeft onder ander te maken met de verschillende belangen van patiënten. Zij zijn namelijk tegelijk burger, consument en patiënt en in deze laatste rol wordt vaak weinig waarde toegekend aan belangen als lage premie, zo goedkoop mogelijke behandeling en solidariteit met en verantwoordelijkheid voor anderen in de samenleving. Deze paradox komt ook naar voren als patiënten naar hun mening ten aanzien van kosten in de gezondheidszorg gevraagd wordt. Het overgrote deel van de mensen vindt dat de kosten niet mogen stijgen, maar wil tegelijkertijd dat geld geen beperkende rol speelt. De consument/verzekerde wil niet meer hoeven te betalen voor de gezondheidszorg, de patiënt wil niet dat zijn genezing beperkt wordt doordat er geen geld beschikbaar is.

Hoewel patiënten het aan de ene kant wel belangrijk vinden dat ze geïnformeerd worden wat betreft de kosten van zorg, vinden ze aan de andere kant dat ze toch geen invloed hebben op deze kosten. Ook in de praktijk blijken veel mensen geen redelijke schatting te kunnen geven van de kosten van de voorzieningen die ze gebruiken. Een deel van hen geeft aan dat die kosten hen niet interesseren. De patiënt voelt zich wat betreft de kosten van de gezondheidszorg, in vergelijking met het gebruik van gezondheidszorg, duidelijk minder verantwoordelijk.

Een concrete maatregel om de patiënt meer te confronteren met de kosten van de gezondheidszorg, is het heffen van eigen bijdragen. Patiënten zouden op deze manier gedwongen worden bewuster een keuze uit het aanbod te maken. Uit verschillende onderzoeken echter blijkt dat het heffen van eigen bijdragen ook negatieve gevolgen met zich mee brengt en patiënten zouden zich in hun gebruik van zorg weinig laten sturen door de kosten (Tijmstra en Andela, 1992) (Schip, 1988). Ook in dit onderzoek lijkt er geen verband te bestaan tussen het gebruik van professionele zorg en het heffen van eigen bijdragen. Wanneer patiënten het eens zijn met de stelling dat patiënten meer eigen bijdrage zouden moeten betalen, houdt dit niet in dat ze vaker eerst zelf hulp

proberen te vinden, dan dat ze naar hun huisarts stappen. Wanneer onderzocht wordt welke kenmerken van patiënten samenhangen met de mate waarin patiënten het eens zijn met de maatregel van meer eigen bijdrage, blijkt dat het opleidingsniveau deze mening voor een deel verklaart. Mensen die hoger opgeleid zijn hebben er over het algemeen minder moeite mee dat patiënten meer zelf moeten bijdragen.

Andere maatregelen, zoals bijvoorbeeld voorgesteld in gezondheidscentrum "De Weide", hebben ook als doel 'gepast gebruik' van zorg te stimuleren, maar richten zich meer op het daadwerkelijke gebruik. Betrekkelijk eenvoudige maatregelen zouden een positieve invloed kunnen hebben op 'gepast gebruik'. Wanneer de assistente bijvoorbeeld bij het maken van een afspraak met de patiënt weet wat de reden van het bezoek is, kan een spreekuur beter gepland worden en kunnen bovendien overbodige bezoeken tegengegaan worden. Wanneer patiënten vooraf opschrijven welke vragen ze aan hun huisarts willen stellen, zal een bezoek wellicht sneller en effectiever zijn, dan wanneer de patiënt pas tijdens het bezoek bedenkt wat hij weten wil. Patiënten hebben over het algemeen weinig bezwaren tegen dit soort maatregelen.

7.3 Beschouwing gepast gebruik

In discussies die spelen op het terrein van de gezondheidszorg met betrekking tot kosten en beheersing ervan, duikt regelmatig het begrip 'gepast gebruik' van zorg op. 'Gepast' slaat dan niet langer alleen op de juiste medische behandeling bij een bepaalde kwaal, maar ook op het kostenaspect aan een mogelijke behandeling. Niet alleen hulpverleners hebben een verantwoording hebben in het zoeken naar de 'passende' behandeling, ook patiënten zullen zich actief moeten inzetten een goede oplossing voor hun klacht te vinden. Nu blijkt dat patiënten zich wel verantwoordelijk voelen voor het *gebruik*, maar veel minder voor de *kosten* van zorg. Ze erkennen dat ze zelf een verantwoordelijkheid hebben wanneer het gaat om het gebruik van professionele hulp, ze weten bijvoorbeeld dat ze mogelijkheden hebben in het zelf zoeken naar oplossingen voor hun klachten. Patiënten zien dat zij zelf wel invloed hebben op het gebruik van zorg. Zij beslissen naar de huisarts te gaan, zij kiezen ervoor eerst zelf een oplossing te zoeken, zij hebben wat dat betreft een eigen verantwoordelijkheid.

Het kostenaspect dat aan 'gepast gebruik' onderscheiden wordt, houdt patiënten veel minder bezig. Ze beseffen wel dat meer gebruik, meer kost, maar voor henzelf is dit minder belangrijk. De kosten gaan min of meer buiten hen om, ze hebben hier geen invloed op. Waarschijnlijk heeft het dus meer zin patiënten te stimuleren een bewuster gebruik te maken van zorg, dan ze te confronteren met de kosten van de zorg door bijvoorbeeld meer eigen bijdragen te heffen. Gepast gebruik van zorg kan dus in de eerste plaats gestimuleerd worden door maatregelen te treffen op het niveau van de individuele patiënt en de individuele hulpverlener. Bijvoorbeeld een efficiëntere planning van het spreekuur, een betere voorbereiding van de patiënt op zijn bezoek aan een hulpverlener en meer voorlichting aan de patiënt wat betreft de mogelijke oplossingen van zijn klachten. De patiënt, en dus ook de hulpverlener, moeten goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden die patiënten ter beschikking staan om zelf klachten op te lossen. Misschien kunnen ook andere hulpverleners dan de huisarts hun klachten verhelpen. Wanneer patiënten zelf door eenvoudige maatregelen hun klachten kunnen verhelpen, of beter geholpen worden door andere hulpverleners, hoeven ze geen beroep te doen op huisartsenhulp en daarmee op de gezondheidszorg. Patiënten moeten ook weten wanneer ze juist wel naar hun huisarts moeten en wanneer ze wel gebruik moeten maken van medicijnen of medische behandelingen. Een voorlichtingsbrochure als "Wat doe ik?",

uitgebracht als onderdeel van de publieksdiscussie naar welke keuzen er in de gezondheidszorg gemaakt moeten worden, kan patiënten helpen een goede keus te maken, en gepast gebruik stimuleren.

Om het 'gepaste gebruik' van zorg door patiënten te bevorderen, moet veel aandacht besteed worden aan het gebruik van voorzieningen. Dit kan bijvoorbeeld door maatregelen in te voeren, die duidelijk gerelateerd zijn aan het terugdringen van het gebruik, bijvoorbeeld het tegengaan van onnodig gebruik door drempels in te bouwen wanneer de patiënt zorg vraagt. Dit kan doordat de assistente als eerste 'zeef' fungeert, of door telefonisch advies te geven.

Maatregelen met betrekking tot de kosten van zorg, bijvoorbeeld heffing van eigen bijdragen kunnen misschien wel een positief effect hebben op het beheersbaar houden van de kosten, maar slaan bij patiënten minder aan. De link tussen het gebruik van zorg en de kosten van zorg is voor patiënten veel minder duidelijk dan het lijkt. Patiënten weten dat zorg geld kost, maar laten zich hierdoor niet zonder meer leiden in hun gebruik van zorg.

LITERATUUR

Ankoné, A. Belang patiënt strookt niet met belang consument. in: Medisch Contact jaargang 48/ 5 maart 1993.

Bereidheid tot Verandering. Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, Sdu Uitgeverij, 's-Gravenhage, 1987.

Boot, J.M. en M.H.J.M. Knapen, De Nederlandse gezondheidszorg. Het Spectrum BV, Utrecht, 1993.

Commissie Keuzen in de zorg, Kiezen en delen. Ministerie van WVC, 1991.

Commissie Keuzen in de zorg, Kiezen en delen. Rijswijk, 1991.

Crebolder, H.F.J.M., Budgettering van en door huisartspraktijken. in: Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 1992; 136 nr.33 p 1589.

Delnoij, D.M.J., Physician payment systems and cost control. Proefschrift Universiteit Utrecht, NIVEL, 1994.

Doef, M. van der, Consumenten over gezondheidscenten. in: Medisch Contact nr. 24 14 juni 1991.

Donaldson, C., Lloyd, P., Lupton, D., Primary Health care consumerism amongst elderly Australians. in Age and Ageing; 20, 1991, no.14 p. 280-286.

Financieel Overzicht Zorg 1994, Ministerie van WVC, 1993.

Flierman, H.A., Changing the paymentsystem of General Practitioners (dissertatie). NIVEL: Utrecht 1991.

Foets, M. en J. Visser, De huisarts in de praktijk. Resultaten van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1992.

Gepast gebruik, kabinetsstandpunt inzake rapporten Kiezen en delen en Medisch handelen op een tweesprong. Ministerie van WVC, 1992.

Gepast gebruik, kabinetsstandpunt op de rapporten Kiezen en delen van de commissie Keuzen in de zorg, en Medisch handelen op een tweesprong van de Gezondheidsraad, in: Modernisering zorgsector: weloverwogen verder, SDU, 's-Gravenhage, 1992, bijlage.

Gezondheidsraad, Medisch handelen op een tweesprong. Advies uitgebracht door de Beraadsgroep Geneeskunde van de gezondheidsraad. Den Haag, 1991.

Gezondheidsraad, Medisch handelen op een tweesprong. in: Medisch Contact. nr 1, 3 januari 1992.

Jong, B. de, R.M.J.Schepers en A.F. Casparie, Contractingmodellen tussen huisarts en particuliere ziektekosten-verzekeraar. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1994.

Kerssens, J.J., H.V. Kool van Langeberghe, J. Dekker en E. Chr. Curfs, Wat weten patiënten van de kosten van zorg? in: Fysiopraxis. nr 4 maart 1993.

Kerssens, J.J., Het geneesmiddelen vergoedingen systeem: materiële en immateriële gevolgen voor de consument. NIVEL/Consumentenbond, Consumentenpanel Gezondheidszorg. September 1992.

Knapen, M., Kostenbewustzijn van ziekenfondsverzekerden. Een onderzoek ten behoeve van het Regionaal Ziekenfonds BAZ Nijmegen e.o. naar effecten van experimentele informatieverstrekking over tarieven en kosten aan verzekerden. Instituut voor toegepaste sociale wetenschappen. Nijmegen, 1987.

Knottnerus, A., Democratisering in praktijk. in Tijdschrift voor gezondheid en politiek, december 1983, p.6-11.

Leavey, R., D. Wilkin, D.H.H. Metcalfe, Consumerism and general practice. in: BMJ 298, 18 maart 1989.

Lloyd, P., Lupton, D., Donaldson, C., Consumerism in health care setting: an exploratory study of factors underlying the selection and evaluation of primary medical services. in: Australian Journal of Public Health; 15, 1991, no.3, p.194-201.

Patiënten en consumentenbeleid in de zorgsector. Nota kabinet

Reijen, M. van, Eigen verantwoordelijkheid, hoe bedoelt u. Tijdschrift voor gezondheid en politiek, december 1983.

Rigter, H., Passend gebruik van het begrip 'gepast' in discussies over de gezondheidszorg. in: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 138e jaargang nr. 1 januari 1994.

Rigter, H., Passend gebruik van het begrip 'gepast' in discussies over de gezondheidszorg. in: Nederlands Tijdschrift Geneeskunde. 1994;138, nr.1.

Schrijvers, A.J.P., Een kathedraal van zorg: een inleiding over het functioneren van de zorgverlening. De Tijdstroom, Utrecht, 1993.

Van der Ven, R.C.J.A. en W.P.M.M. van Vliet, Consumptieverschillen tussen ziekenfonds en particulier verzekerden nader onderzocht. Gezondheid en Samenleving; 7, 1986, no. 2, pp 81-93.

Van der Velden, J., D.H. de Bakker, A. Claessens en F.G. Schellevis, Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.

Verandering Verzekerd: stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 1987-1988, 19945, nrs. 27-28.

Vrijland, E.L., Consumptiedwang en consumentenbelang. in: Medisch Contact, 27 september 1985 nr.39 p.1207-1208.

Williams, A., The role of health economics in clinical decision making: is it ethical? in: Respiratory Medicine; 85 1991, Suppl.B, p.3-5.

Ziekenfondsraad, Advies inzake gepast gebruik, 1993.

Bijlage I

Kruistabellen van de leeftijdscategorieën met de kostenstellingen en gebruikstellingen

Kosten mogen niet stijgen

	Leeftijdscategorie							
	<25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	>75+	
eens	30 75.0	58 82.9	70 79.5	29 87.9	17 89.5	23 79.3	10 83.3	237 81.4
niet eens/ niet oneens	8 20.0	7 10.0	9 10.2		2 10.5	4 13.8	1 8.3	31 10.7
oneens	2 5.0	5 7.1	9 10.2	4 12.1		2 6.9	1 8.3	23 7.9
Totaal	40 13.7	70 24.1	88 30.2	33 11.3	19 6.5	29 10.0	12 4.1	291 100.0

Geld mag geen beperkende rol spelen

	Leeftijdscategorie							
	<25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	>75+	
eens	34 85.0	62 87.3	72 80.0	25 78.1	15 78.9	20 74.1	10 90.9	237 82.1
niet eens/ niet oneens	4 10.0	5 7.0	7 7.8	2 6.3	2 10.5	6 22.2	1 9.1	27 9.3
oneens	2 5.0	4 5.6	11 12.2	5 15.6	2 10.5	1 3.7		25 8.6
Totaal	40 13.8	71 24.5	90 31.0	32 11.0	19 6.6	27 9.3	11 3.8	290 100.0

Patienten moeten weten wat de gezondheidszorg kost

	Leeftijdscategorie							
	<25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	>75+	
eens	35 87.5	69 95.8	77 85.6	27 78.1	19 95.0	25 89.3	11 91.7	263 89.9
niet eens/ niet oneens	2 5.0	2 2.8	4 4.4	3 9.7		3 10.7	1 8.3	15 5.1
oneens	3 7.5	1 1.4	9 10.0	1 3.2	1 5.0			15 5.1
Totaal	40 13.7	72 24.6	90 30.7	31 10.6	20 6.8	28 9.6	12 4.2	293 100.0

Patienten hebben weinig invloed

	Leeftijdscategorie							
	<25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	>75+	
eens	19 48.7	37 52.9	53 60.2	18 56.3	10 55.6	21 75.0	8 66.7	166 57.8
niet eens/ niet oneens	10 25.6	8 11.4	16 18.2	3 9.4	4 22.2	5 17.9	2 16.7	48 16.7
oneens	10 25.6	25 35.7	19 21.6	11 34.4	4 22.2	2 7.1	2 16.7	73 25.4
Totaal	39 13.6	70 24.4	88 30.7	32 11.1	18 6.3	28 9.8	12 4.2	287 100.0

Patienten moeten zelf meer bijdragen

	Leeftijdscategorie							
	<25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	>75+	
eens	6 15.4	14 19.7	18 20.2	8 25.8	9 47.4	2 7.1	3 25.0	60 20.8
niet eens/ niet oneens	13 33.3	17 23.9	26 29.2	3 9.7	4 21.1	11 39.3	5 41.7	79 27.3
oneens	20 51.3	40 56.3	45 50.6	20 64.5	6 31.6	15 53.6	4 33.3	150 51.9
Totaal	39 13.5	71 24.6	89 30.8	31 10.7	19 6.6	28 9.7	12 4.2	289 100.0

Kruistabellen van het opleidingsniveau

De kosten van de gezondheidszorg mogen niet stijgen

	opleidingsniveau				
	geen	lager	middelb.	hoger	Totaal
eens	23 92.0	119 85.0	55 80.9	36 66.7	233 81.2
niet eens/ niet oneens	1 4.0	13 9.3	9 13.2	8 14.8	31 10.8
oneens	1 4.0	8 5.7	4 5.9	10 18.5	23 8.0
Totaal	25 8.7	140 48.8	68 23.7	54 18.8	287 100.0

Geld mag geen beperkende rol spelen

	Opleidingsniveau				
	geen	lager	middelb.	hoger	Totaal
eens	21 95.5	116 82.9	54 79.4	43 76.8	234 81.8
niet eens/ niet oneens	1 4.5	13 9.3	10 14.7	3 5.4	27 9.4
oneens		11 7.9	4 5.9	10 17.9	25 8.7
Totaal	22 7.7	140 49.0	68 23.8	56 19.6	286 100.0

Patienten moet weten wat de gezondheidszorg kost

	Opleidingsniveau				
	geen	lager	middelb.	hoger	Totaal
eens	22 91.7	120 87.0	66 94.3	51 89.5	259 89.6
niet eens/ nietoneens	1 4.2	8 5.8	2 2.9	4 7.0	15 5.2
oneens	1 4.2	10 7.2	2 2.9	2 3.5	15 5.2
Totaal	24 8.3	138 47.8	70 24.2	57 19.7	289 100.0

Patienten hebben weinig invloed

	Opleidingsniveau				
	geen	lager	middelb.	hoger	Totaal
eens	17 73.9	90 66.2	43 62.3	16 28.6	166 58.5
niet eens/ nietoneens	5 21.7	23 16.9	6 8.7	11 19.6	45 15.8
oneens	1 4.3	23 16.9	20 29.0	29 51.8	73 25.7
Totaal	23 8.1	136 47.9	69 24.3	56 19.7	284 100.0

Patienten moeten zelf meer bijdragen

	Opleidingsniveau				
	geen	lager	middelb.	hoger	Totaal
eens	3 13.6	24 17.4	13 18.8	19 33.9	59 20.7
niet eens/ niet oneens	8 36.4	37 26.8	20 29.0	13 23.2	78 27.4
oneens	11 50.0	77 55.8	36 52.2	24 42.9	148 51.9
Totaal	22 7.7	138 48.4	69 24.2	56 19.6	285 100.0

Patienten te snel professionele hulp

	Opleidingsniveau				Totaal
	geen	lager	middelb.	hoger	
eens	10 47.6	37 27.2	21 30.4	15 26.3	83 29.3
niet eens/ niet oneens	7 33.3	55 40.4	29 42.0	21 36.8	112 39.6
oneens	4 19.0	44 32.4	19 27.5	21 36.8	88 31.1
Totaal	21 7.4	136 48.1	69 24.4	57 20.1	283 100.0

Ook als je je gezond voelt moet je toch naar je huisarts

	Opleidingsniveau				Totaal
	geen	lager	middelb.	hoger	
eens	11 44.0	50 36.8	20 28.6	7 12.5	88 30.7
niet eens/ niet oneens	3 12.0	25 18.4	18 25.7	9 16.1	55 19.2
oneens	11 44.0	61 44.9	32 45.7	40 71.4	144 50.2
Totaal	25 8.7	136 47.4	70 24.4	56 19.5	287 100.0

Patienten kunnen niet goed kiezen

	Opleidingsniveau				Totaal
	geen	lager	middelb.	hoger	
eens	11 50.0	67 49.6	34 49.3	28 49.1	140 49.5
niet eens/ nietoneens	6 27.3	23 17.0	15 21.7	14 24.6	58 20.5
oneens	5 22.7	45 33.3	20 29.0	15 26.3	85 30.0
Totaal	22 7.8	135 47.7	69 24.4	57 20.1	283 100.0

Patienten vragen te snel medicijnen

	Opleidingsniveau				
	geen	lager	middelb.	hoger	Totaal
eens	11 50.0	46 34.3	28 40.6	17 29.8	102 36.2
niet eens/ niet oneens	4 18.2	49 36.6	24 34.8	20 35.1	97 34.4
oneens	7 31.8	39 29.1	17 24.6	20 35.1	83 29.4
Totaal	22 7.8	134 47.5	69 24.5	57 20.2	282 100.0

Patienten willen te snel verwezen worden

	Opleidingsniveau				
	geen	lager	middelb.	hoger	Totaal
eens	7 30.4	31 22.6	21 30.0	11 19.3	70 24.4
niet eens/ niet oneens	5 21.7	47 34.3	32 45.7	21 36.8	105 36.6
oneens	11 47.8	59 43.1	17 24.3	25 43.9	112 39.0
Totaal	23 8.0	137 47.7	70 24.4	57 19.9	287 100.0

Patienten leggen zich te snel neer bij mening huisarts

	Opleidingsniveau				
	geen	lager	middelb.	hoger	Totaal
eens	16 69.6	82 59.9	40 58.8	26 45.6	164 57.5
niet eens/ niet oneens	3 13.0	29 21.2	16 23.5	18 31.6	66 23.2
oneens	4 17.4	26 19.0	12 17.6	13 22.8	55 19.3
Totaal	23 8.1	137 48.1	68 23.9	57 20.0	285 100.0

Patienten die twijfelen moeten huisarts aanspreken

	Opleidingsniveau				
	geen	lager	middelb.	hoger	Totaal
eens	22 100.0	129 93.5	69 100.0	56 98.2	276 96.5
niet eens/ niet oneens		4 2.9		1 1.8	5 1.7
oneens		5 3.6			5 1.7
	22	138	69	57	286

Kruistabellen met geslacht

Kosten mogen niet stijgen

	man	vrouw	Totaal
eens	83 82.2	154 81.1	237 81.4
niet eens/ niet oneens	9 8.9	22 11.6	31 10.7
oneens	9 8.9	14 7.4	23 7.9
Column Total	101 34.7	190 65.3	291 100.0

Geld mag geen beperkende rol spelen

	man	vrouw	Totaal
eens	81 81.0	157 82.6	238 82.1
niet eens/ niet oneens	12 12.0	15 7.9	27 9.3
oneens	7 7.0	18 9.5	25 8.6
Column Total	100 34.5	190 65.5	290 100.0

Patienten moet weten wat de gezondheidszorg kost

	man	vrouw	Totaal
eens	93 92.1	170 88.5	263 89.8
niet eens/ niet oneens	5 5.0	10 5.2	15 5.1
oneens	3 3.0	12 6.3	15 5.1
Column Total	101 34.5	192 65.5	293 100.0

Patienten hebben weinig invloed op de kosten

	man	vrouw	Totaal
eens	54 54.0	112 59.9	166 57.8
niet eens/ niet oneens	20 20.0	28 15.0	48 16.7
oneens	26 26.0	47 25.1	73 25.4
Column	100	187	287
Total	34.8	65.2	100.0

Patienten moeten zelf meer bijdragen

	man	vrouw	Totaal
eens	24 24.0	36 19.0	60 20.8
niet eens/ niet oneens	28 28.0	51 27.0	79 27.3
oneens	48 48.0	102 54.0	150 51.9
Column	100	189	289
Total	34.6	65.4	100.0

Patienten doen te snel beroep op professionele hulp

	man	vrouw	Totaal
eens	39 39.0	44 23.5	83 28.9
niet eens/ niet oneens	32 32.0	84 44.9	116 40.4
oneens	29 29.0	59 31.6	88 30.7
Column	100	187	287
Total	34.8	65.2	100.0

Gezond en toch naar huisarts

	man	vrouw	Totaal
eens	39 38.6	50 26.3	89 30.6
niet eens/ niet oneens	18 17.8	38 20.0	56 19.2
oneens	44 43.6	102 53.7	146 50.2
Column	101	190	291
Total	34.7	65.3	100.0

Patienten kunnen niet goed kiezen

	man	vrouw	Total
eens	55 55.0	87 46.5	142 49.5
niet eens/ nietoneens	19 19.0	41 21.9	60 20.9
oneens	26 26.0	59 31.6	85 29.6
Column	100	187	287
Total	34.8	65.2	100.0

Patienten vragen te snel medicijnen

	man	vrouw	Totaal
eens	38 38.2	66 35.5	104 46.4
niet eens/ niet oneens	32 32.0	67 36.0	99 34.6
oneens	30 30.0	53 28.5	83 29.0
Column	100	186	286
Total	35.0	65.0	100.0

Patienten willen te snel een verwijzing

	man	vrouw	Totaal
eens	31 31.0	39 20.4	70 24.1
niet eens/ niet oneens	33 33.0	76 39.8	109 37.5
oneens	36 36.0	76 39.8	112 38.5
Column	100	191	291
Total	34.4	65.6	100.0

Patienten leggen zich te snel neer bij mening huisarts

	man	vrouw	Totaal
eens	57 57.0	108 57.1	165 57.1
niet eens/ niet oneens	20 20.0	49 25.9	69 23.9
oneens	23 23.0	32 16.9	55 19.0
Column Total	100 34.6	189 65.4	289 100.0

Patienten die twijfelen moeten huisarts aanspreken

	man	vrouw	Totaal
eens	95 94.1	185 97.9	280 96.7
niet eens/ niet oneens	2 2.0	3 1.6	5 1.7
oneens	4 4.0	1 .5	5 1.7
Column Total	101 34.8	189 65.2	290 100.0

Kruistabellen met verzekeringvorm

Kosten mogen niet stijgen

	ziekenf.	particul	Totaal
eens	139 80.8	95 82.6	234 81.5
niet eens/ niet oneens	18 10.5	12 10.4	30 10.5
oneens	15 8.7	8 7.0	23 8.0
Column Total	172 59.9	115 40.1	287 100.0

Geld mag geen beperkende rol spelen

	ziekenf.	particul	Totaal
eens	138 81.7	97 82.9	235 82.2
niet eens/ niet oneens	16 9.5	10 8.5	26 9.1
oneens	15 8.9	10 8.5	25 8.7
Column Total	169 59.1	117 40.9	286 100.0

Patienten moet weten wat de gezondheidszorg kost

	ziekenf.	particul	Totaal
eens	150 88.2	110 92.4	260 90.0
niet eens/ niet oneens	10 5.9	5 4.2	15 5.2
oneens	10 5.9	4 3.4	14 4.8
Column Total	170 58.8	119 41.2	289 100.0

Patienten hebben weinig invloed

	ziekenf.	particul	Totaal
eens	98 58.7	65 56.0	163 57.6
niet eens/ niet oneens	33 19.8	14 12.1	47 16.6
oneens	36 21.6	37 31.9	73 25.8
Column Total	167 59.0	116 41.0	283 100.0

Patienten moeten zelf meer bijdragen

	ziekenf.	particul	Totaal
eens	31 18.3	27 23.3	58 20.4
niet eens/ niet oneens	48 28.4	30 25.9	78 27.4
oneens	90 53.3	59 50.9	149 52.3
Column Total	169 59.3	116 40.7	285 100.0

Patienten vragen te snel professionele hulp

	ziekenf.	particul	Totaal
eens	52 31.1	29 25.0	81 28.6
niet eens/ niet oneens	67 40.1	48 41.4	115 40.6
oneens	48 28.7	39 33.6	87 30.7
Column Total	167 59.0	116 41.0	283 100.0

Gezond en toch naar huisarts

	ziekenf.	particul	Total
eens	54 31.2	31 27.2	85 29.6
niet eens/ niet oneens	33 19.1	23 20.2	56 19.5
oneens	86 49.7	60 52.6	146 50.9
Column Total	173 60.3	114 39.7	287 100.0

Patienten kunnen niet goed kiezen

	ziekenf.	particul	Totaal
eens	85 50.3	55 48.2	140 49.5
niet eens/ niet oneens	35 20.7	24 21.1	59 20.8
oneens	49 29.0	35 30.7	84 29.7
Column Total	169 59.7	114 40.3	283 100.0

Patienten vragen te snel medicijnen

	ziekenf.	particul	Totaal
eens	62 37.1	41 35.7	103 36.5
niet eens/ niet oneens	56 33.5	41 35.7	97 34.4
oneens	49 29.3	33 28.7	82 29.1
Column Total	167 59.2	115 40.8	282 100.0

Patienten te snel verwijzing

	ziekenf.	particul	Totaal
eens	39 23.2	30 25.2	69 24.0
niet eens/ niet oneens	66 39.3	42 35.3	108 37.6
oneens	63 37.5	47 39.5	110 38.3
Column Total	168 58.5	119 41.5	287 100.0

Patienten leggen zich te snel neer bij de mening huisarts

	ziekenf.	particul	Totaal
eens	99 58.6	62 53.4	161 56.5
niet eens/ niet oneens	39 23.1	30 25.9	69 24.2
oneens	31 18.3	24 20.7	55 19.3
Column Total	169 59.3	116 40.7	285 100.0

Patienten twijfelen moeten huisarts aanspreken

	ziekenf.	particul	Totaal
eens	164 95.9	112 97.4	276 96.5
niet eens/ niet oneens	5 2.9		5 1.7
oneens	2 1.2	3 2.6	5 1.7
Column	171	115	286
Total	59.8	40.2	100.0

Bijlage II

a) De assistente vraagt u naar de reden van uw bezoek, wanneer u een afspraak maakt.

Group 1: GEEN BEZWAAR

Group 2: BEZWAAR

t-test for: LEEFTIJD

	Number of Cases	Mean	Standard Deviation	Standard Error
Group 1	205	42.6488	17.740	1.239
Group 2	78	40.0769	14.077	1.594
(t-value=1.15, p=0.251)				

Crosstables GESLACHT

Count Row Pct	man		Row Total
	1	2	
.00 geen bezwaar	78 38.0	127 62.0	205 72.4
1.00 bezwaar	23 29.5	55 70.5	78 27.6
Column Total	101 35.7	182 64.3	283 100.0

($\chi^2=1.804$, p=0.18)

Crosstables OPLEIDING

Count Row Pct	geen	uitgebre id lager ar	middelba	hoger be roeps	universi tair	Row Total
	1	2	3	4	5	
.00 geen bezwaar	17 8.4	101 50.0	47 23.3	32 15.8	5 2.5	202 72.4
1.00 bezwaar	6 7.8	36 46.8	19 24.7	13 16.9	3 3.9	77 27.6
Column Total	23 8.2	137 49.1	66 23.7	45 16.1	8 2.9	279 100.0

($\chi^2=0.623$, p=0.961)

Crosstabel VERZEKERINGSVORM

Count Row Pct	ziekenfo nds	particul ier	anders	Row Total
	1	2	3	
.00 geen bezwaar	119 58.0	84 41.0	2 1.0	205 72.4
1.00 bezwaar	47 60.3	29 37.2	2 2.6	78 27.6
Column Total	166 58.7	113 39.9	4 1.4	283 100.0

($\chi^2=1.23$, p=0.533)

b) De assistente beoordeelt de reden van uw bezoek, wanneer u een afspraak maakt.

Group 1: GEEN BEZWAAR

Group 2: BEZWAAR

t-test for: LEEFTIJD

	Number of Cases	Mean	Standard Deviation	Standard Error
Group 1	146	43.1918	18.710	1.548
Group 2	137	40.6058	14.503	1.239

(t-value=1.30, p=0.193)

crosstables GESLACHT

Count Row Pct	man	vrouw	Row Total
	1	2	
.00 geen bezwaar	56 38.4	90 61.6	146 51.6
1.00 bezwaar	45 32.8	92 67.2	137 48.4
Column Total	101 35.7	182 64.3	283 100.0

($\chi^2=0.935$, p=0.334)

Crosstables OPLEIDING

Count Row Pct	geen	uitgebreid id lager	middelba ar	hoger roeps	be universi tair	Row Total
	1	2	3	4	5	
.00 geen bezwaar	12 8.4	75 52.4	35 24.5	19 13.3	2 1.4	143 51.3
1.00 bezwaar	11 8.1	62 45.6	31 22.8	26 19.1	6 4.4	136 48.7
Column Total	23 8.2	137 49.1	66 23.7	45 16.1	8 2.9	279 100.0

($\chi^2=4.436$, p=0.350)

Crosstables VERZEKERINGSVORM

Count Row Pct	ziekenfor nds	particul ier	anders	Row Total
	1	2	3	
.00 geen bezwaar	90 61.6	54 37.0	2 1.4	146 51.6
1.00 bezwaar	76 55.5	59 43.1	2 1.5	137 48.4
Column Total	166 58.7	113 39.9	4 1.4	283 100.0

($\chi^2=1.117$, p=0.572)

c) U kunt niet altijd bij uw eigen huisarts terecht op de door uw gewenste tijd.

Group 1: GEEN BEZWAAR

Group 2: BEZWAAR

t-test for: LEEFTIJD

Number	Standard	Standard
--------	----------	----------

	of Cases	Mean	Deviation	Error
Group 1	232	42.2198	17.339	1.138
Group 2	51	40.6667	14.341	2.008

(t-value=0.67, p=0.503)

Crosstables GESLACHT

Count Row Pct	man		Row Total
	1	2	
geen bezwaar	85 36.6	147 63.4	232 82.0
bezwaar	16 31.4	35 68.6	51 18.0
Column Total	101 35.7	182 64.3	283 100.0

($\chi^2=0.505$, p=0.477)

Crosstables OPLEIDING

Count Row Pct	geen	uitgebreid id lager ar	middelba ar	hoger be roeps	universi tair	Row Total
	1	2	3	4	5	
geen bezwaar	21 9.1	114 49.6	53 23.0	36 15.7	6 2.6	230 82.4
bezwaar	2 4.1	23 46.9	13 26.5	9 18.4	2 4.1	49 17.6
Column Total	23 8.2	137 49.1	66 23.7	45 16.1	8 2.9	279 100.0

($\chi^2=2.004$, p=0.735)

Crosstables VERZEKERINGSVORM

Count Row Pct	ziekenfo nds	particul ier	anders	Row Total
	1	2	3	
geen bezwaar	140 60.3	89 38.4	3 1.3	232 82.0
bezwaar	26 51.0	24 47.1	1 2.0	51 18.0
Column Total	166 58.7	113 39.9	4 1.4	283 100.0

($\chi^2=1.549$, p=0.461)

d) Voor routine-onderzoeken zoals bijvoorbeeld bloeddruk opmeten kunt u alleen bij een assistente terecht.

Group 1: GEEN BEZWAAR

Group 2: BEZWAAR

t-test for: LEEFTIJD

	Number of Cases	Mean	Standard Deviation	Standard Error
Group 1	269	41.8773	16.638	1.014
Group 2	14	43.1429	20.799	5.559

(-value=0.67, p=0.503)

Crosstables GESLACHT

	Count Row Pct	man	vrouw	Row Total
		1	2	
geen bezwaar	.00	94 34.9	175 65.1	269 95.1
bezwaar	1.00	7 50.0	7 50.0	14 4.9
Column Total		101 35.7	182 64.3	283 100.0

 $(\chi^2=1.31, p=0.252)$

Crosstables OPLEIDING

	Count Row Pct	geen	uitgebreid lager	middelbaar	hoger beroeps	beuniversitytair	Row Total
		1	2	3	4	5	
geen bezwaar	.00	23 8.7	130 49.1	63 23.8	41 15.5	8 3.0	265 95.0
bezwaar	1.00		7 50.0	3 21.4	4 28.6		14 5.0
Column Total		23 8.2	137 49.1	66 23.7	45 16.1	8 2.9	279 100.0

 $(\chi^2=3.085, p=0.544)$

Crosstables VERZEKERINGSVORM

	Count Row Pct	ziekenfonds	particulier	anders	Row Total
		1	2	3	
geen bezwaar	.00	160 59.5	105 39.0	4 1.5	269 95.1
bezwaar	1.00	6 42.9	8 57.1		14 4.9
Column Total		166 58.7	113 39.9	4 1.4	283 100.0

 $(\chi^2=1.928, p=0.381)$

e) Voorafgaand aan uw bezoek aan de huisarts is het handig om op te schrijven wat uw klachten zijn en wat u vragen wil.

Group 1: GEEN BEZWAAR

Group 2: BEZWAAR

t-test for: LEEFTIJD

	Number of Cases	Mean	Standard Deviation	Standard Error
Group 1	275	41.8036	16.662	1.005
Group 2	8	46.6250	22.633	8.002

 $(t\text{-value}=-0.60, p=0.568)$

Crosstables GESLACHT

	Count Row Pct	man	vrouw	Row Total
		1	2	
geen bezwaar	.00	95 34.5	180 65.5	275 97.2
bezwaar	1.00	6 75.0	2 25.0	8 2.8
Column Total		101 35.7	182 64.3	283 100.0

($\chi^2=5.543$, $p=0.019$)

Crosstables OPLEIDING

	Count Row Pct	geen	uitgebreid lager	middelbaar	hogeropvoers	beuniversitytair	Row Total
		1	2	3	4	5	
geen bezwaar	.00	22 8.1	134 49.4	63 23.2	44 16.2	8 3.0	271 97.1
bezwaar	1.00	1 12.5	3 37.5	3 37.5	1 12.5		8 2.9
Column Total		23 8.2	137 49.1	66 23.7	45 16.1	8 2.9	279 100.0

($\chi^2=1.378$, $p=0.848$)

Crosstables VERZEKERINGSVORM

	Count Row Pct	ziekenfonds	particulier	anders	Row Total
		1	2	3	
geen bezwaar	.00	161 58.5	110 40.0	4 1.5	275 97.2
bezwaar	1.00	5 62.5	3 37.5		8 2.8
Column Total		166 58.7	113 39.9	4 1.4	283 100.0

($\chi^2=0.149$, $p=0.928$)

f) De huisarts schrijft u geen medicijnen voor voor klachten die ook vanzelf overgaan.

Group 1: GEEN BEZWAAR

Group 2: BEZWAAR

t-test for: LEEFTIJD

	Number of Cases	Mean	Standard Deviation	Standard Error
Group 1	273	41.9341	16.916	1.024
Group 2	10	42.1000	14.903	4.713

(t-value=-0.030, $p=0.973$)

Crosstables GESLACHT

Count Row Pct	man	vrouw	Row
------------------	-----	-------	-----

		1	2	Total
geen bezwaar	.00	95 34.8	178 65.2	273 96.5
	1.00	6 60.0	4 40.0	10 3.5
Column Total		101 35.7	182 64.3	283 100.0

($\chi^2=2.669$, $p=0.102$)

Crosstables OPLEIDING

Count Row Pct	geen	uitgebre id lager	middelba ar	hoger roeps	be universi tair	Row Total	
	1	2	3	4	5		
geen bezwaar	.00	22	132	64	43	8	269
	8.2	49.1	23.8	16.0	3.0	96.4	
bezwaar	1.00	1	5	2	2		10
	10.0	50.0	20.0	20.0		3.6	
Column Total	23	137	66	45	8	279	
	8.2	49.1	23.7	16.1	2.9	100.0	

($\chi^2=0.493$, $p=0.972$)

Crosstables VERZEKERINGSVORM

Count Row Pct		ziekenfor nds	particul ier	anders	Row Total
		1	2	3	
geen bezwaar	.00	160 58.6	109 39.9	4 1.5	273 96.5
	1.00	6 60.0	4 40.0		10 3.5
Column Total		166 58.7	113 39.9	4 1.4	283 100.0

($\chi^2=0.150$, $p=0.928$)

g) De fysiotherapeut stopt met de behandeling wanneer niet snel verbetering optreedt.

Group 1: GEEN BEZWAAR

Group 2: BEZWAAR

t-test for: LEEFTIJD

	Number of Cases	Mean	Standard Deviation	Standard Error
Group 1	215	42.8419	17.110	1.167
Group 2	68	39.0882	15.675	1.901

(t-value=1.68, p=0.095)

Crosstables GESLACHT

Count Row Pct	man		Row Total
	1	2	
.00 geen bezwaar	83 38.6	132 61.4	215 76.0
1.00 bezwaar	18 26.5	50 73.5	68 24.0
Column Total	101 35.7	182 64.3	283 100.0

($\chi^2=3.314$, p=0.069)

Crosstables OPLEIDING

Count Row Pct	geen	uitgebre id lager	middelba ar	hoger be roeps	universi tair	Row Total
	1	2	3	4	5	
.00 geen bezwaar	18 8.5	100 47.2	50 23.6	38 17.9	6 2.8	212 76.0
1.00 bezwaar	5 7.5	37 55.2	16 23.9	7 10.4	2 3.0	67 24.0
Column Total	23 8.2	137 49.1	66 23.7	45 16.1	8 2.9	279 100.0

($\chi^2=2.508$, p=0.643)

Crosstables VERZEKERINGSVORM

Count Row Pct	ziekenfo nds	particul ier	anders	Row Total
	1	2	3	
.00 geen bezwaar	121 56.3	90 41.9	4 1.9	215 76.0
1.00 bezwaar	45 66.2	23 33.8		68 24.0
Column Total	166 58.7	113 39.9	4 1.4	283 100.0

($\chi^2=2.964$, p=0.227)

Bijlage III

SPSS-commando:

regression /variables oplrec contlft gebrnew /dependent gebrnew /method enter.

* * * * MULTIPLE REGRESSION * * * *

Dependent Variable.. 'Houding ten aanzien van te snel gebruik'

Variable(s) Entered on Step Number

- 1.. Leeftijd
- 2.. Opleiding

Multiple R .12932
 R Square .01672
 Adjusted R Square .00952
 Standard Error 1.25221

Analysis of Variance

	DF	Sum of Squares	Mean Square
Regression	2	7.28071	3.64035
Residual	273	428.07517	1.56804

F = 2.32159 Signif F = .1001

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
CONTLFT	-.009599	.004743	<u>-.122764</u>	-2.024	.0440
OPLREC	.037287	.085189	.026551	.438	.6619
(Constant)	3.365870	.325659		10.336	.0000

SPSS-commando:

regression /variables oplrec contlft koste /dependent koste /method enter.

Dependent Variable.. 'Patiënten moeten zelf meer bijdragen'

Variable(s) Entered on Step Number

- 1.. Leeftijd
- 2.. Opleiding

Multiple R .14242
 R Square .02028
 Adjusted R Square .01331
 Standard Error 1.58047

Analysis of Variance

	DF	Sum of Squares	Mean Square
Regression	2	14.53187	7.26593
Residual	281	701.90475	2.49788

F = 2.90884 Signif F = .0562

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	SE B	Beta	T	Sig T
CONTLFT	-.007107	.005902	-.071908	-1.204	.2296
OPLREC	-.238922	.106337	<u>-.134185</u>	-2.247	.0254
(Constant)	4.538019	.406373		11.167	.0000

Logistische regressie-analyse

SPSS-commando:

logistic regression /variables gaanrec with contlft oplrec gebrnew koste/method enter.

Dependent Variable.. Beweerd gedrag

Variable(s) Entered on Step Number

1.. Leeftijd
Opleiding
Houding ten aanzien van te snel gebruik
Houding ten aanzien van meer bijdragen in kosten

Classification Table for Beweerd gedrag

Observed		Predicted		Percent Correct
		prof 1	zelf 2	
prof	1	121	7	94.53%
zelf	2	60	18	23.08%
Overall				67.48%

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
CONTLFT	.0016	.0093	.0282	1	.8666	.0000	1.0016
OPLREC	.1974	.1637	1.4544	1	.2278	.0000	1.2182
GEBRNEW	-.2665	.1184	5.0619	1	.0245	-.1058	.7661
KOSTE	-.1417	.0900	2.4796	1	.1153	-.0419	.8679
Constant	.2293	.8490	.0729	1	.7871		

SPSS-commando:

logistic regression /variables doen with contlft oplrec gebrnew koste
/method enter.

Number of selected cases: 300
Number rejected because of missing data: 123
Number of cases included in the analysis: 177

Dependent Variable Encoding:

Dependent Variable.. Werkelijk gedrag

Variable(s) Entered on Step Number

1.. Leeftijd
Opleiding
Houding ten aanzien van te snel gebruik
Houding ten aanzien van meer bijdragen in kosten

Classification Table for Feitelijk gedrag

Observed		Predicted		Percent Correct
		prof hulp n	zelf hulp i	
prof hulp		0	55	.00%
zelfhulp		0	122	100.00%
Overall				68.93%

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig	R	Exp(B)
CONTLFT	.0127	.0102	1.5535	1	.2126	.0000	1.0127
OPLREC	.0734	.1923	.1458	1	.7026	.0000	1.0762
GEBRNEW	.1320	.1351	.9554	1	.3284	.0000	1.1411
KOSTE	-.1671	.1062	2.4737	1	.1158	-.0465	.8461
Constant	.2874	.9356	.0944	1	.7587		

ENQUETE GEZONDHEIDSCENTRUM "DE WEIDE"

De kosten van gezondheidszorg vormen in Nederland een belangrijk aandachtspunt in de politiek. Niet alleen de overheid zoekt naar manieren om deze kosten in de hand te houden, ook de instanties die zorg aanbieden zoals ziekenhuizen en gezondheidscentra moeten proberen het geld steeds beter te verdelen. In Gezondheidscentrum "De Weide" probeert men dit onder andere door patiënten er op te wijzen dat de gezondheidszorg geld kost en dat ze daar bewust mee om moeten gaan.

Deze enquête wordt gehouden, om er achter te komen hoe u als patiënt gebruik maakt van de diensten van het gezondheidscentrum en wat uw mening is over de manieren waarop geprobeerd wordt de kosten te beperken.

Zoudt u deze vragenlijst willen invullen door bij iedere vraag een antwoord aan te kruisen. Bij een aantal vragen wordt uw mening gevraagd, wilt u in dat geval omcirkelen in hoeverre u het eens bent met de uitspraak die genoemd wordt?

Het invullen van de vragenlijst is geheel anoniem; u hoeft nergens uw naam te noemen. Uw antwoorden zullen vertrouwelijk behandeld worden.

Algemeen

1. Geslacht:

- ☐ man
- ☐ vrouw

2. Geboortejaar: _____

3. Wat is de hoogste opleiding die u na de lagere school hebt gevolgd en afgemaakt?

- ☐ geen verdere opleiding
- ☐ uitgebreid lager onderwijs (LTS, LHNO, MAVO, MULO e.d.)
- ☐ middelbaar onderwijs (HAVO, VWO, HBS, MTS e.d.)
- ☐ hoger (beroeps)onderwijs (HTS, Sociale academie e.d.)
- ☐ universitaire opleiding

4. Hoe bent u verzekerd voor uw ziektekosten?

- ☐ ziekenfonds
- ☐ particuliere verzekering
- ☐ anders, namelijk _____

6. De volgende uitspraken hebben betrekking over de manier waarop patiënten gebruik maken van de gezondheidszorg. Wilt u omcirkelen in hoeverre u het er mee eens bent?

	helemaal mee eens	grotendeels mee eens	niet mee eens/niet mee oneens	grotendeels mee oneens	helemaal mee oneens
a. Patiënten doen te snel een beroep op professionele hulp	1	2	3	4	5
b. Ook als je je gezond voelt is het verstandig toch regelmatig je huisarts te bezoeken	1	2	3	4	5
c. Patiënten hebben geen mogelijkheden een goede keuze te maken tussen verschillende behandelingen of medicijnen	1	2	3	4	5
d. Patiënten vragen hun huisarts te snel om medicijnen	1	2	3	4	5
e. Patiënten willen te snel door hun huisarts verwezen worden naar een specialist	1	2	3	4	5
f. Patiënten leggen zich te makkelijk neer bij de mening van hun huisarts, ze moeten op hun strepen blijven staan	1	2	3	4	5
g. Wanneer patiënten twijfelen over het nut van een behandeling of medicijn, moeten ze hun huisarts hierop aanspreken	1	2	3	4	5

7. Wat zijn volgens u de werkelijke kosten (afgerond op hele guldens) van:

- a. één bezoek aan de huisarts *f*
 b. een verwijzing naar de specialist *f*
 c. één behandeling door de fysiotherapeut *f*

Bezoek aan de huisarts

9. Waarom bezoekt u nu uw huisarts?

- ☐ ik heb zelf klachten/vragen
- ☐ ik kom voor de klachten van een ander (bijvoorbeeld ouders, kinderen) ➡ ga naar vraag 13
- ☐ ik kom voor een controlebezoek / ik heb afgesproken na een bepaalde tijd bij mijn huisarts terug te komen ➡ ga naar vraag 13
- ☐ anders, namelijk _____

10. Heeft u enig idee over de manier waarop uw klachten opgelost kunnen worden?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ nee
- ☐ ik moet rust houden
- ☐ ik moet mijn eetgewoonten aanpassen
- ☐ ik moet mijn leefstijl aanpassen
- ☐ de huisarts kan medicijnen voorschrijven
- ☐ de huisarts kan me doorverwijzen naar specialist
- ☐ de huisarts kan me doorverwijzen naar fysiotherapeut
- ☐ anders, _____

11. Als u klachten heeft, gaat u daar dan, in vergelijking met andere mensen snel mee naar de huisarts of vindt u dat u zo lang mogelijk moet proberen er zelf iets aan te doen?

- ☐ ik ga in de meeste gevallen snel naar mijn huisarts
- ☐ nadat ik meestal eerst een tijdje zelf geprobeerd heb mijn klachten op te lossen, ga ik naar mijn huisarts
- ☐ ik blijf meestal lang zelf proberen van mijn klachten af te komen, pas wanneer mijn oplossingen echt niet helpen ga ik naar mijn huisarts

B. Stel: u heeft een paar dagen last van rugpijn. Wat doet u? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ dit is niet van toepassing op mij, want ik heb nooit rugpijn
- ☐ ik doe niets, maar wacht af of het vanzelf overgaat
- ☐ ik neem bedrust en ontzie mijn rug
- ☐ ik doe oefeningen of laat iemand mijn rug masseren
- ☐ ik gebruik middelen die zonder recept te verkrijgen zijn (zoals zalf of een homeopatisch medicijn)
- ☐ ik gebruik pijnstillers
- ☐ ik vraag mijn huisarts om een recept of verwijzing naar de fysiotherapeut
- ☐ als mijn klachten na een week niet over zijn ga ik naar mijn huisarts
- ☐ ik doe wat anders, namelijk _____

C. Stel: u heeft een paar dagen last van keelpijn. Wat doet u? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ dit is niet van toepassing op mij, want ik heb nooit keelpijn
- ☐ ik doe niets, maar wacht af of het vanzelf overgaat
- ☐ ik blijf thuis en kruip in bed
- ☐ ik gebruik drop of zuigtabletten
- ☐ ik gorgel met zout water of koude drank
- ☐ ik gebruik medicijnen die zonder recept te verkrijgen zijn
- ☐ ik neem pijnstillers
- ☐ ik vraag mijn huisarts om een recept of een verwijzing naar de specialist
- ☐ als mijn klachten na drie dagen nog niet over zijn ga ik naar mijn huisarts
- ☐ ik doe wat anders, namelijk _____

Dit is het einde van de vragenlijst. Heeft u nog iets toe te voegen of heeft u op- of aanmerkingen en suggesties, dan is daar hieronder ruimte voor.

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Opmerkingen na afloop van de enquête

Bezuinigen op gezondheidszorg

Door bezuiniging op medicijnenverstrekking moet ik elke maand een nieuw recept halen, terwijl ik het al maanden gebruik. De kosten van een recept zijn elke keer een half consult.

Als je voor een herhalingsvraag komt, die wel bekend is moet je weer betalen, een half consult.

Gezien de vele bezuinigingen die veel te ver gaan voor alleenstaanden is het bitter noodzakelijk dat aan die bezuinigingen paal en perk gesteld wordt.

Een eigen bijdrage heffen is goed, maar dan wel naar het inkomen van de patiënt.

Ik ben zelf sportmasseur en vind het heel jammer dat je met een mijns inziens acute flinke blessure eerst naar een huisarts moet en niet direct naar het ziekenhuis; de meeste huisartsen zeggen dan "ga na een paar dagen naar je eigen arts als het niet over is". M.i. wordt er in de weekenddienst niet gemakkelijk genoeg doorverwezen.

Tegen veelvuldig medicijngebruik, vooral slaapmiddelen en valium enz. Andere middelen, therapie is beter.

Patiënten zullen moeten opgevoed worden en bij klachten niet te veel aan zichzelf denken. Bewust worden van kosten van de gezondheidszorg en een kostenlijstje voor houden (als men het zelf zou moeten betalen). Bij zelfmedicatie via drogist of apotheken niet klakkeloos door blijven slikken en het één na het andere gebruiken. Drogist en apotheker moeten aan cliënt vragen, wat er nog meer geslikt wordt, om klachten te voorkomen die dan meer medische hulp vereisen.

Een voorbeeld van hoe de kosten gedrukt kunnen worden. Een patiënt komt met een ingegroeide teennagel bij de huisarts en wordt doorverwezen naar de chirurg voor een operatie. Dit is duur en blijkt niet altijd een goede oplossing. De pedicure heeft een pijnloze afdoende spong (=beugel) als oplossing (f29,-). Meer samenwerking en erkenning van de beroepen is nodig.

Na een operatie krijg ik een verwijzing voor tien behandelingen van de fysiotherapeut. Na slecht vijf keer stopt de fysiotherapeut de behandeling. Worden de overige vijf ook gedeclareerd?

Er kan veel veranderen, maar dan is er meer communicatie nodig tussen alle partijen.

In veel buitenland is de gezondheidszorg gratis. Dit moet in een welvaartsland als Nederland ook kunnen. De bezuinigen die doorgevoerd worden binnen defensie zouden weer gebruikt kunnen worden voor de gezondheidszorg.

Klagen over kosten

Als ik toch nog bij moet betalen bij sommige medicijnen, wat heeft dat ziekenfonds dan nog voor zin. Ik betaal toch al premie.

Voor AOW-ers zijn de kosten van de gezondheidszorg veel te hoog.

Dit is voor beiden ons tweede huwelijk. Omdat we hiervoor alletwee gewerkt hebben, moeten we nu beiden ziekenfondspremie betalen, terwijl we nu gewoon getrouwd zijn.

We betalen al genoeg verzekeringspremie. Wij vinden dat alle kosten hiermee gedekt moeten kunnen worden.

Ik vind het onzin om nog bij te betalen voor medicijnen. Je betaalt al genoeg voor 't ziekenfonds.

Gezondheidscentrum

Meer telefoonlijnen aanschaffen voor afspraken, die is 's morgens overbezet.

Wachttijden soms erg lang. Het is fijn als de dokter tijd heeft voor je, maar maak dan langere afspraaktijd.

Gevarieerde lectuur in wachtkamer.

Als men werkt zijn tijden voor bezoek aan dokter niet altijd regelbaar. Telefonisch contact met de dokter is moeilijk.

Suggestie: probeer afspraken zoveel mogelijk dezelfde dag te maken, niet twee dagen later.

Bij mijn eigen huisarts moet je 's morgens vroeg bellen voor een afspraak voor dezelfde dag, terwijl je zelf liever de morgen wilt afwachten. Als je 's middags denkt "het is toch nodig om naar de dokter te gaan" is het te laat.

Ik vind het fijn dat het telefonisch spreekuur is opgeheven en dat de huisarts nu zelf terugbelt. Ik denk dat hij beter voorbereid is.

Het gezondheidscentrum kan naar mijn mening wat klantgerichter worden. Rekening houden met mensen die full-time werken in de sfeer van flexibeler openings- en afspraaktijden. Met name apotheken in het algemeen zijn erg klantvriendelijk, bij deze apotheek heb ik dat nog niet ervaren!

Assistentes

Wanneer je niet precies weet of je naar de huisarts moet, kun je heel goed telefonisch advies vragen bij de assistentes.

Ik vind het waardeloos dat assistenten bepalen of een patiënt wel of niet in aanmerking komt voor een bezoek aan de huisarts op dezelfde dag.

Het is wel belangrijk dat patiënten vriendelijk behandeld worden, ook door de assistentes met name wanneer iets niet duidelijk doorgegeven is of wanneer er iets fout is gegaan. Geïrriteerdheid komt patiëntonvriendelijk over.

De assistentes zitten te open, niet privé genoeg.

De assistentes moeten wel goed opgeleid zijn, wanneer ze bij het maken van een afspraak de reden moeten weten en beoordelen.

Het mag toch niet zo worden dat de assistente uitmaakt of je wel of niet geholpen wordt.

Huisartsen

De ene arts is anders dan de andere. Ikzelf heb de ervaring bij eigen arts dat hij vaak niet luistert naar de klachten en het antwoord is dan vaak "zet de boel maar eens op een rijtje".

Ik stel het op prijs dat 'mijn' huisarts mij kent en vanuit die positie gaat handelen, bijvoorbeeld als ik klachten heb, dan heb ik die klachten. Ik hoef dan niet uitgebreid gescreend te worden op de echtheid van die klachten.

Schat mensen goed in en neem klachten serieus. Meestal is er al tijd aan vooraf gegaan voor de huisarts wordt bezocht. Opmerkingen als "laat het lichaam het maar zelf oplossen" zijn makkelijk, maar daar kom je dan niet meer voor.

Tevredenheid

Ik ben goed tevreden.

Ik ben prima tevreden

Ik ben over het gezondheidscentrum zeer tevreden.

Ik vind de gezondheidszorg prima in ons land. De behandeling bij dokter en fysiotherapeut in de Weide is uitstekend.

Gezondheidscentrum is heel goed. Lekker alles onder één dak.

Ik vind dat ze hier belangstellend en vriendelijk zijn.

De behandeling van de artsen is voortreffelijk.

Vragenlijst

Die vraag over de kosten van consulten was niet makkelijk.

Leuk om mee te werken aan deze enquête, hopelijk kunnen jullie er iets mee.

Leuk dat er zoveel zorg wordt besteed aan de gezondheidszorg, vooral de moeite. De gezondheid gaat voor alles.

Goede manier om te bezuinigen.

Uit de algemene vragen kunnen geen conclusies getrokken worden omdat men de antwoorden op zichzelf gaat reflecteren.

De kostenschatting kan ik niet bedenken.

De vragenlijst is te ruim. Concrete antwoorden over de echte kosten is hierdoor moeilijk.

Het is anders of je voor jezelf bij de huisarts komt, of voor een ander. Met kinderen ben je sneller bezorgd, terwijl je zelf wel eens te lang ergens mee door loopt.

Bij de stelling over de fysiotherapeut die stopt als de behandeling niet helpt:
dit kan als er wel verder gezocht wordt naar een oplossing.
dit kan in gezamenlijk overleg.