



drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

21 DEC. 1987

BEWONERS OVER DE ALMEERSE GEZONDHEIDSZORG  
resultaten bevolkingsenquête 1985

H.J.M. Sixma  
juli 1986

Nederlands instituut voor onderzoek van de  
eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL  
Postbus 1568  
3500 BN UTRECHT  
Telefoon: 030-319946

## **NIVEL**

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) verzamelt en verspreidt kennis en inzicht over de structuur en het functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg, mede in relatie tot andere sectoren van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

Tot de activiteiten van het NIVEL behoren het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, registratie- en documentatieactiviteiten en het beheren van een (algemeen toegankelijke) bibliotheek.

Het NIVEL is voortgekomen uit het voormalige Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) en wordt grotendeels gesubsidieerd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

## **NZI**

Het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI) verricht toegepast wetenschappelijk onderzoek en verzorgt opleidingen ten behoeve van de gezondheidszorg in Nederland. Het NZI helpt het ziekenhuismanagement door ondersteuning van de beleidsontwikkeling van de Nationale Ziekenhuisraad (NZR) en door dienstverlening aan individuele instellingen die hierom vragen.

Bovendien werkt het NZI, in samenwerking met het veld, mee aan het samenhangend onderzoekprogramma van de rijksoverheid, dat is gericht op het onderbouwen van de beleidsontwikkeling ten aanzien van de gezondheidszorgvoorzieningen.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Sixma, H.J.M.

Bewoners over de Almeerse gezondheidszorg : resultaten bevolkingsenquête 1985 / H.J.M. Sixma. - Utrecht : Nationaal Ziekenhuis Instituut NZI : Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL. - (Project evaluatie gezondheidszorg Almere / Nationaal Ziekenhuisinstituut, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL ;

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-025-0

SISO 601.51 UDC 614.2(492\*1300)

Trefw.: gezondheidszorg ; Almere ; onderzoek.

serienr.: 3.

<b>1. INLEIDING</b>	5
<b>2. OPZET BEVOLKINGSENQUETE</b>	8
2.1. Probleemstelling	8
2.2. Dataverzameling	9
2.3. Kenmerken van de respondenten	11
2.4. Representativiteit van het materiaal	17
<b>3. RESULTATEN EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG</b>	21
3.1. Huisartsen	21
3.1.1. Het laatste bezoek aan/van de huisarts	22
3.1.2. Algemeen oordeel over de eigen Almeerse huisarts	30
3.1.3. Bereikbaarheid buiten kantooruren en de EHBO-voorziening	39
3.2. Wijkverpleegkundigen	43
3.3. Maatschappelijk werkers	45
3.4. Fysiotherapeuten	47
3.5. Verloskundigen	49
3.6. Tandartsen	52
3.7. Wie doet wat in de gezondheidscentra?	54
3.8. Samenwerking in gezondheidscentra	59
3.9. Samenvatting	64
<b>4. RESULTATEN TWEDELIJSZORG</b>	65
4.1. Contacten met specialisten	65
4.2. Tevredenheid met specialisten	69
<b>5. DE GRENZEN TUSSEN EERSTE- EN TWEDELIJN</b>	74
5.1. Verwijzing van huisarts naar specialist	74
5.2. Plaats van huisartsen en specialisten in de hulpverlening	77

<b>6. ZELFZORG EN MANTELZORG</b>	83
6.1. Deel van zelfzorg, mantelzorg en patiëntenverenigingen	83
6.2. Deelname aan zelf- en mantelzorg	89
<b>7. SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN</b>	93
7.1. Eerstelijnszorg	93
7.2. Tweedelijnszorg	97
7.3. Tussen eerste- en tweedelijns	98
7.4. Zelfzorg, mantelzorg en patiëntenverenigingen	98
<b>NOTEN</b>	101
<b>GERAADPLEEGDE LITERATUUR</b>	103
<b>BIJLAGEN</b>	



## 1. INLEIDING

In Almere wordt een stelsel van gezondheidsvoorzieningen opgezet, dat op een aantal punten afwijkt van de 'normale' landelijke situatie. De eerstelijnszorg werkt wijkgericht vanuit gezondheidcentra; de tweedelijnszorg zal nadrukkelijk ten dienste staan van de eerste lijn. Dit laatste zal bijvoorbeeld tot uitdrukking komen in werkafspraken tussen eerste- en tweedelijns werkers en in de ruime plaats die voor de huisartsen zal worden ingeruimd bij het toekomstige ziekenhuis. Daarnaast is het streven gericht op een loondienstverband van alle werkers in de eerste lijn bij één organisatie. Centrale doelstelling voor de gezondheidszorg in Almere is: "het tot stand brengen en in stand houden van voorzieningen welke aan de bevolking een op haar behoeften afgestemde gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening biedt van optimale kwaliteit..." (Stuurgroep Gezondheidszorg Almere, 1983, p.5).

Nadrukkelijk moet worden gesteld dat de gezondheidsvoorzieningen in Almere zich in een opbouwfase bevinden. In de eerste helft van 1985 functioneerden er zeven gezondheidscentra, waarvan drie in Almere-Haven, drie in Almere-Stad en één in Almere-Buiten. De praktijken in Almere Haven zijn grotendeels gestabiliseerd; in Almere-Stad en Buiten bevinden zich enkele praktijken in opbouw. In de gezondheidscentra wordt samengewerkt door huisartsen, tandartsen, maatschappelijk werkenden, verloskundigen, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen en assistentes. De meeste werkers zijn in loondienst, doch het voor ogen staande ideaal van één organisatie is pas in dit jaar (1986) gerealiseerd. Naast de hulpverleners die werken vanuit gezondheidscentra hebben zich in Almere enkele beroepsbeoefenaren binnen de eerstelijnsgezondheidszorg vrij gevestigd. Voor wat de tweedelijnsvoorzieningen betreft, beschikt Almere op dit moment over een buitenpolikliniek van het Amsterdamse Burgerziekenhuis in Almere-Stad terwijl enige specialisten van de ziekenhuizen Gooi-Noord spreekuur houden in Almere-Haven.

Een van de belangrijkste praktische vragen is of het stelsel van gezondheidsvoorzieningen dat de beleidsmakers voor ogen staat, aansluit bij de wensen en behoeften van de inwoners van Almere. Wellicht ziet men helemaal niets in een versterking van de eerstelijns en een samenwerking in gezondheidscentra en denkt men beter af te

zijn met een traditionele opzet. Geregelde meningsspeelingen bij de bevolking zijn dan ook een nuttige zaak. In de eerste plaats kan men op deze manier onderzoeken of de gezondheidszorg in Almere, zoals die in de praktijk gestalte heeft gekregen, (nog) op koers ligt of dat wellicht bijsturing noodzakelijk is. In de tweede plaats kan worden nagegaan of zich bij de bewoners in de loop van de tijd veranderingen voordoen. Goede (of slechte) ervaringen kunnen aanvankelijk ingenomen standpunten veranderen. Met name om dergelijke veranderingen op het spoor te komen, is het wel noodzakelijk te beschikken over metingen gedaan op verschillende tijdstippen.

Wat nu voor u ligt is een rapport naar aanleiding van een eerste bevolkingsenquête over de (gezondheids-)zorg in Almere. Het rapport maakt deel uit van het evaluatie-onderzoek naar de inhoudelijke en bestuurlijke samenhang van de gezondheidszorg in Almere, zoals dit wordt uitgevoerd door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) en het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI). Het NIVEL richt zich hierbij in hoofdzaak op aspecten van inhoudelijke samenhang, terwijl bij het NZI het accent ligt op de bestuurlijke samenhang. Na een gezamenlijke eerste rapport met daarin een schets van de Ausgangssituatie in Almere (Sixma en Van de Voort, 1985) wordt door beide instituten afzonderlijk gerapporteerd in de vorm van verslagen van deelonderzoekingen. Van het NZI verscheen onlangs een rapport over de bestuurlijke samenhang (Dekker, 1985).

Bij de indeling van dit rapport is gekozen voor korte hoofdstukken die elk een deel van de zorg in Almere behandelen. In het hoofdstuk volgend op deze inleiding wordt de probleemstelling voor het onderzoek geformuleerd, en zal worden ingegaan op de methode van dataverzameling en de representativiteit van het verzamelde materiaal. De eigenlijke analyse vangt aan in hoofdstuk 3. In dat hoofdstuk wordt ingegaan op de eerstelijnsvoorzieningen in Almere, met als belangrijkste vragen hoeveel mensen met deze voorzieningen te maken hebben en wat hun oordeel is over het functioneren van de eerstelijnszorg in Almere. In hoofdstuk 4 worden dezelfde vragen gesteld, maar dan gericht op de medisch specialisten die men in het afgelopen jaar heeft geraadpleegd. Bezoek aan tweedelijnsvoorzieningen vindt in de regel plaats nadat mensen zijn verwezen door hulpverleners in de eerstelijnszorg. Hoofdstuk 5 gaat over dit grensgebied tussen eerste- en tweedelijns. Hier komen onderwerpen aan de orde als de wijze waarop de verwijzing tot stand komt, welk belang men toekent aan be-

handeling door de huisarts of de medisch specialist en waar men met concrete problemen naar toe stapt. Hoofdstuk 6 gaat in op de zelfzorg en mantelzorg, met als belangrijkste vragen hoe men staat tegenover het geven en ontvangen van hulp door niet-professionele hulpverleners. In dit hoofdstuk komen ook (kort) de patiëntenverenigingen aan de orde. Het rapport wordt afgesloten met een samenvatting en een aantal beleidsgerichte aanbevelingen in Hoofdstuk 7, gevolgd door een overzicht van de geraadpleegde literatuur en een aantal bijlagen.

Hoewel in het rapport de meningen en ervaringen van de inwoners van Almere met de gezondheidszorg centraal staan, betekent dit niet dat elk referentiekader ontbreekt. Waar mogelijk worden de bevindingen voor Almere vergeleken met landelijke of regionale gegevens. Elk subhoofdstuk uit dit rapport wordt ingeleid met een kort citaat uit een van de vragenlijsten. De aangehaalde opmerkingen zijn soms positief, maar soms ook negatief. Is dat laatste het geval, dan kan dit wellicht een beetje als tegenwicht dienen voor het toch overwegend positieve oordeel van de Almeerse bevolking over het stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen. Zij vormen als het ware de aansporing om actief te zoeken naar verdere verbeteringen.

## 2. OPZET BEVOLKINGSENQUETE EN RESPONDENTKENMERKEN

Voordat in de volgende hoofdstukken een overzicht zal worden gegeven van de resultaten uit de enquête gehouden onder de inwoners van Almere, zal in dit hoofdstuk kort worden ingegaan op achtergronden van de enquête. Aan de orde komen achtereenvolgens de probleemstelling van het onderzoek, de methode van dataverzameling, enige kenmerken van de personen die aan het onderzoek hebben meegewerkt en de representativiteit van de te presenteren gegevens.

### 2.1. Probleemstelling

"Mijn idee over deze enquête is dat ik het gevoel heb dat deze nog niet uitgebreid genoeg is".

Het streven in Almere is gericht op een optimale kwaliteit van de gezondheidszorgvoorzieningen, zowel vanuit het oogpunt van de gebruikers, de werkers als de bestuurders. In het projectplan gezondheidszorg Almere (O.L. ZIJP, 1983) wordt om dit te bereiken een belangrijke plaats toegekend aan evaluatie-onderzoek naar de kwaliteit van de gezondheidszorg in Almere. Beperken we ons tot de gebruikers dan zal het vooral gaan om de mate waarin men van de verschillende voorzieningen gebruik maakt en de tevredenheid met deze voorzieningen. Regelmatige metingen bieden hierbij de mogelijkheid om nog in de uitvoeringsfase van het projectplan een en ander waar nodig bij te sturen.

Voor het onderzoek bij de Almeerse bevolking is gekozen voor de volgende tweeledige probleemstelling:

- In welke mate maakt de Almeerse bevolking gebruik van het stelsel gezondheidszorgvoorzieningen dat voor hen aanwezig is en wat is hun oordeel over het functioneren van deze voorzieningen alsmede de structuur van de plaatselijke zorg?
- Welke consequenties kunnen er door de beleidsmakers worden getrokken uit de ervaringen van de bevolking (met de gezondheidszorg in Almere) om te komen tot verdere verbeteringen in deze zorg?

## 2.2. Data-verzameling

Mijne heren, ik wens niet deel te nemen aan het onderzoek van Uw instituut".

Er zijn vele manieren om de behoeften, wensen en ervaringen van bewoners op het terrein van de gezondheidszorg op het spoor te komen. Men kan vergaderingsverslagen bestuderen, gesprekken voeren met sleutelfiguren, diepte-interviews houden met een aantal patiënten en bijvoorbeeld bewoners schriftelijk enquêteren. Op grond van een aantal overwegingen is gekozen voor deze laatste methode van dataverzameling. Met een schriftelijke enquête kunnen tegen relatief lage kosten gegevens worden verzameld bij een groot aantal mensen. Nadeel van deze en alle andere methoden waarbij een beroep wordt gedaan op de medewerking van respondenten is, dat er altijd personen zullen zijn die niet mee doen. Bovendien geven mensen wel hun oordeel doch er dient nog maar afgewacht te worden of dit oordeel vrij is van vertekening. De invloed van de non-respons zal worden behandeld in de subparagraaf die betrekking heeft op de representativiteit van het verzamelde materiaal; aan eventuele vertekening zal bij de afzonderlijke vragen aandacht worden geschonken.

Omdat het om budgetaire redenen niet mogelijk was de gehele bevolking van Almere een vragenlijst te sturen en een dergelijk groot aantal vragenlijsten ook niet nodig is om op verantwoorde wijze conclusies te trekken, is aan de gemeente Almere gevraagd een steekproef te trekken uit de bevolking van Almere. De totale populatie waaruit de steekproef is getrokken bestond uit alle inwoners van Almere die op 24-10-1984 (zijnde de datum waarop de steekproef werd uitgedraaid door het Centrum voor Automatisering Oost-Nederland) 16 jaar of ouder waren en tenminste één jaar in Almere woonden. De leeftijdsgrens van 16 jaar is genomen, omdat van kinderen beneden deze leeftijd nauwelijks verwacht kan worden, dat zij in de gelegenheid zijn geweest zelfstandig een oordeel te vormen over de gezondheidszorg. Ook inwoners die slechts kort of zeer kort in Almere woonachtig zijn zullen geen goed beeld hebben van de gezondheidszorg. Om deze personen uit de steekproef te houden is de termijn van één jaar woonachtig in Almere aangehouden. Binnen deze grenzen werd volledig door het toeval bepaald welke personen in de steekproef zijn opgenomen.

De steekproef bestond uit 1000 personen. Zij ontvingen in de week van 3 tot 9 december 1984 via de post een envelop met daarin: een introductiebrief, een vragenlijst met een instructieformulier en een

antwoordvelop. Zowel de vragenlijst als de bijbehorende brieven zijn als bijlagen opgenomen. Op 13-12-1984 werd aan degenen die op dat moment nog niet hadden gereageerd een kaartje verzonden met het verzoek alsnog medewerking te verlenen. Op 27-12-1984 volgde een tweede rappel, vergezeld van een extra vragenlijst. Ook deze herinneringen zijn opgenomen in de bijlagen. Het geheel werd ondersteund met een persbericht verzonden naar de in Almere verschijnende kranten op 6-12-1984. Tenminste twee kranten hebben het bericht (zo goed als) integraal overgenomen. Met betrekking tot de vragenlijst kan nog worden vermeld, dat deze, na te zijn besproken in de vergadering van de Subgroep Evaluatie d.d. 26-9-1984, in aangepaste vorm is voorgelegd aan patiëntenvertegenwoordigers via het Patiënten Overleg op 25-10-1984. De gemaakte opmerkingen zijn zoveel mogelijk verwerkt in de uiteindelijke versie van de vragenlijst.

Tabel 2.1. geeft de respons vanuit de Almeerse bevolking.

Tabel 2.1.: respons Bevolkingsenquête Almere 1984; absoluut en in procenten

	absoluut	%
aantal verzonden formulieren	1000	100
geretourneerd, adres onbekend	4	0,4
telefonische weigering	6	0,6
niet/nauwelijks ingevuld retour	15	1,5
aantal terugontvangen, ingevulde formulieren	718	71,8
geen reactie	257	25,7

Een respons van bijna 72% stemt tot voldoening, zeker als we in aanmerking nemen dat het hier een postenquête betreft. Overigens zijn bij een vergelijkbaar onderzoeksproject in Lelystad ongeveer dezelfde percentages gevonden. Een aantal van 718 ingevulde vragenlijsten betekent niet dat al deze personen op alle vragen antwoord hebben gegeven. Bij de presentatie van de gegevens in tabelvorm zal elke keer het aantal personen dat de betreffende vraag/vragen heeft beantwoord worden vermeld.

Alle binnenkomende vragenlijsten zijn met de hand gecodeerd en overgebracht op ponsconcepten. Via ponskaarten zijn alle gegevens over-

gezet op een magneetband. Fouten die het gevolg konden zijn van het verpsonen van de gegevens zijn geminimaliseerd door alle gegevens tweemaal te verwerken; codeerfouten zijn, waar het onmogelijke of onwaarschijnlijke waarden betreft, gecorrigeerd.

Het geschoonde databestand is verwerkt met behulp van het SPSS-computerprogramma, via het Academisch Computer Centrum Utrecht.

### 2.3. Kenmerken van de respondenten

"Ik heb een onbetaalde baan als huisvrouw en de uren zijn moeilijk bij te houden".

Achtergrondkenmerken van personen zijn voor een belangrijk deel bepalend bij het gebruik dat wordt gemaakt van voorzieningen in de gezondheidszorg. Vrouwen gaan vaker naar de dokter dan mannen (Voorn, 1983); hetzelfde geldt voor ouderen versus jongeren (Lamberts, 1982), voor personen met een lage opleiding versus de hoger opgeleiden (Bergsma, 1984) en voor ziekenfondspatiënten versus particulier verzekerden (Van Vliet en Van de Ven, 1983; Van de Ven en van der Gaag, 1982). De twee laatstgenoemde variabelen, opleidingsniveau en verzekeringsvorm, waarbij de verzekeringsvorm in feite staat voor het inkomensniveau van een persoon, worden samen met het beroep geacht bepalend te zijn voor de klasse waartoe een persoon behoort.<sup>1</sup> Ook hier geldt dat personen uit lagere klassen vaker bij de dokter komen dan de mensen met een hoge sociale status (Van der Zee, 1985). Deze paragraaf beperkt zich tot de presentatie van een aantal kenmerken van de respondenten; in het vervolg van dit rapport zal worden gekeken naar effecten op de medische consumptie en de oordelen over de zorg. Waar mogelijk zijn de gegevens vergeleken met de aantallen voor de gehele Almeerse bevolking. Wat de invloed is van mogelijke verschillen op de representativiteit komt in paragraaf 2.3 aan de orde. Weergave van de gegevens vindt zoveel mogelijk in tabelvorm plaats.

De tabellen 2.2 en 2.3. (zie volgende bladzijde) geven allereerst de verdelingen naar geslacht en leeftijdscategorie voor de deelnemers aan de bevolkingsenquête en voor Almere op 1-1-1984.<sup>2</sup>

In vergelijking tot de totale Almeerse bevolking blijken meer vrouwen dan mannen te hebben meegewerkt. Op dit verschil, wat significant is ( $\chi^2=23.5$   $P<.001$ ) komen we in paragraaf 2.4 terug.

Tabel 2.2.: vergelijking respondenten Bevolkingsenquête en inwoners Almere, naar geslacht; in percentages

geslacht	respondenten (N= 718)	steekproef (N= 1000)	Almere* (N=24150)
man	41	50	50
vrouw	59	50	50

\* Bron: Rijksdienst voor IJsselmeerpolders.

Tabel 2.3.: vergelijking respondenten Bevolkingsenquête en inwoners Almere naar leeftijdscategorie; in percentages

leeftijdscategorie	respondenten (N= 718)	steekproef (N= 1000)	Almere* (N=24150)
16 - 19 jaar	3	3	6
20 - 29 jaar	30	31	33
30 - 39 jaar	37	37	33
40 - 49 jaar	12	12	11
50 - 59 jaar	9	8	8
60 - 69 jaar	6	5	6
70 en ouder	4	4	3

\* Bron: Rijksdienst voor IJsselmeerpolders.

Voor de variabele leeftijd geldt bij de respondenten een ondervertegenwoordiging van de categorieën tot 30 jaar, terwijl de categorie 30-39 jaar is oververtegenwoordigd. Hier is het de steekproef die afwijkt van de Almeerse populatie; de groep respondenten wijkt nauwelijks af van de steekproef. Het verschil tussen de groep respondenten en de inwoners van Almere is significant indien we de aantallen voor heel Almere betrekken op een groepsgrootte van 718 ( $\chi^2 = 18.7$ ,  $p < .01$ ). Voor de leeftijdscategorieën van 40 jaar en ouder zijn de verschillen met de totale Almeerse bevolking minimaal. Omdat de variabelen leeftijd en geslacht zijn meegenomen bij het uitdraaien van de steekproef, zijn deze gegevens voor alle 718 respondenten bekend. Dit is niet langer het geval bij de volgende respondentkenmerken; sommige respondenten hebben op één of meerdere vragen geen ant-



woord gegeven.

Allereerst de variabele burgerlijke staat. Omdat in de bevolkingsstatistieken alleen een onderscheid wordt gemaakt naar gehuwden en ongehuwden, waarbij de laatste categorie kan bestaan uit samenwonenden, zelfstandig wonende ongehuwden en ongehuwden die nog bij de ouders wonen, is ter vergelijking gebruik gemaakt van schattingen<sup>3</sup>. Vergelijking van beide reeksen laat zien dat de categorie gehuwden + samenwonenden, enigszins is oververtegenwoordigd bij de respondenten.

Tabel 2.4.: vergelijking respondenten Bevolkingsenquête en inwoners Almere naar burgerlijke staat; in percentages

burgerlijke staat	respondenten (N=708)	Almere* (N=24150)
gehuwd/samenwonend	84	±79
gescheiden	4	5
weduwstaat	2	2
ongehuwd, zelfst. wonend	5	± 7
ongehuwd, bij ouders wonend	5	± 7
anders	-	

\* Bron: Rijksdienst voor IJsselmeerpolders.

Bij de inleiding van de paragraaf is al aangestipt dat de sociaal-economische status (of zo men wil klasse) kan worden afgeleid uit de variabelen beroep, opleiding en inkomen. Vragen naar het inkomen van de respondent zijn niet opgenomen in de vragenlijst, omdat van zo'n vraag bekend is dat de antwoorden niet erg betrouwbaar zijn en het vragen van inkomensgegevens de non-respons zal verhogen. Als alternatief wordt hier de verdeling ziekenfondspatiënten en particulier verzekerden gepresenteerd, met daarbij de aantekening dat deze variabele in de regel ook een zelfstandig effect heeft op het gebruik van medische voorzieningen. Overigens moet hierbij vermeld worden dat het nemen van de verzekeringsvorm als indicator voor inkomen zeker geen optimale oplossing betekent. Zo wordt bijvoorbeeld geen rekening gehouden met zwart-geld circuits. Het beroep en het aantal uren dat men in dit beroep werkzaam is, zijn wel gevraagd, doch worden hier niet gepresenteerd.<sup>4</sup> In plaats hiervan geeft tabel 2.5 een verdeling van de activiteitencategorieën.

Tabel 2.6 en 2.7 geven vervolgens de hoogste voltooide schoolopleiding en verzekeringsvorm. Deze drie laatstgenoemde tabellen presenteren alleen de gegevens van de respondenten.

Tabel 2.5.: respondenten Bevolkingsenquête Almere 1984, naar activiteitscategorïe, in percentages

activiteiten	respondenten
beroepsbeoefenaars	50
huisvrouw/huisman	35
werkeloos/wachtgeld/WAO	7
gepensioneerden	5
studerend	3

Tabel 2.6.: respondenten Bevolkingsenquête Almere 1984, naar hoogst genoten schoolopleiding; in percentages

opleidingsniveau	respondenten (N=704)
Lager Onderwijs	56
Voortgezet Onderwijs (1e trap)	22
Middelbaar Onderwijs (2e trap)	8
Hoger Beroeps Onderwijs	2
Hoger Wetenschappelijk Onderwijs	12

Tabel 2.7.: respondenten Bevolkingsenquête Almere 1984, naar verzekeringsvorm, in percentages

verzekeringsvorm	respondenten (N=714)
verzekerd via ziekenfonds	68
particulier verzekerd	32
waarvan: - huisarts volledig meeverzekerd	7
- huisarts meeverzekerd met eigen risico	19
- huisarts niet meeverzekerd	6
- specialist meeverzekerd	17
- specialist meeverzekerd met eigen risico	15
- specialist niet meeverzekerd	-

Tenslotte zijn in tabel 2.8, 2.9 en 2.10 (zie volgende pagina) opgenomen de periode dat men in Almere woonachtig is en de vorige woonplaats van de respondent en een beoordeling van de eigen gezondheidstoestand op twee tijdstippen.

Tabel 2.8.: vergelijking respondenten Bevolkingsenquête\*\* en inwoners Almere, naar het aantal jaren woonachtig in Almere; in percentages

aantal jaren woonachtig in Almere	respondenten (N = 718)	Almere* (N=24150)
1 - 2 jaar	16	19
2 - 3 jaar	20	20
3 - 4 jaar	25	25
4 - 5 jaar	15	16
5 jaar of langer	24	20

\* Bron: Rijksdienst voor IJsselmeerpolders.

\*\* Alleen personen die één jaar of langer in Almere wonen, zijn in de steekproef opgenomen.

Tabel 2.9.: respondenten Bevolkingsenquête Almere 1984 naar vorige woonplaats; in percentages

voorige woonplaats	respondenten (N = 706)
Amsterdam	73
Hilversum	2
Naarden-Bussum	3
Amstelveen	2
Weesp	2
overige IJsselmeerpolders	3
overige gemeenten	15

De verdeling naar het aantal jaren dat men in Almere woonachtig is geeft aan dat er onder de respondenten een lichte ondervertegenwoordiging is van mensen die tussen de één en twee jaar in Almere wonen, terwijl het percentage personen dat vijf jaar of langer in Almere woont aan de hoge kant is. Overeenkomstig de verwachting laat tabel 2.9 zien dat driekwart van de respondenten afkomstig is uit Amsterdam of Amstelveen. Bij de 'overige gemeenten' in deze tabel heeft geen enkele gemeente een aandeel dat meer dan 1% bedraagt.

De vraag om de eigen gezondheidstoestand te beoordelen met een rapportcijfer is ook gesteld in de gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Van deze variabele is bekend dat het één van de belangrijkste verklarende variabelen is voor de mate waarin personen contact hebben met de huisarts. Omdat uit deze landelijke enquête nog geen resultaten beschikbaar zijn, volstaan we met de cijfers voor Almere zoals vermeld in tabel 2.10. (zie volgende bladzijde).

Hoewel een gemiddeld rapportcijfer het beste aansluit bij de gedachtenwereld van mensen, is het rekenkundig gemiddelde eigenlijk niet de meest geschikte centrummaat om te presenteren indien er zoals bij tabel 2.10 het geval zijnde sprake is van een scheve verdeling. Beter is te werken met de mediaan, ofwel de waarde waarbij 50% van de respondenten lager scoort en eveneens 50% hoger. Waar gemiddelde rapportcijfers worden gepresenteerd, zal daarom steeds ook de mediaanwaarde worden vermeld. Het gemiddelde rapportcijfer voor de eigen gezondheidstoestand op dit moment is 7.7 (mediaan 7.7); terugkijkend

op de situatie vijf jaar geleden komt men op een gemiddelde van 8.1 (mediaan 8.2).

Tabel 2.10.: beoordeling eigen gezondheidstoestand nu en ongeveer 5 jaar geleden, via rapportcijfers.  
Antwoorden in percentages

rapportcijfer		aantal respondenten in % (N=710)	
		1985	1980
zeer	1	-	-
slecht	2	-	-
	3	1	1
	4	2	2
	5	4	4
	6	11	5
	7	24	14
	8	31	34
zeer	9	14	21
goed	10	13	19

Het verschil tussen beide waarden is significant ( $p < .05$ ). In totaal geeft 57% van de respondenten te kennen dat hun gezondheidssituatie nu dezelfde is als vijf jaar geleden; 11% voelt zich nu gezonder dan vijf jaar terug en 32% zegt zich nu minder gezond te voelen.

Delen we de groep respondenten die aangeeft zich minder gezond te voelen op naar leeftijd, dan blijkt dat de categorieën van 40 jaar en ouder relatief zijn oververtegenwoordigd en de groepen tussen de 16 en 40 jaar ondervertegenwoordigd zijn. Deze bevinding bevestigt de veronderstelling dat hier waarschijnlijk het spreekwoord 'de ouderdom komt met gebreken' van toepassing is, en dat één en ander weinig te maken zal hebben met de verhuizing naar Almere.

#### 2.4. Representativiteit van het materiaal

"Deze enquête was gericht aan mijn man, maar die wilde hem niet invullen. Ik echter wel en dat heb ik ook gedaan."

Om een overzicht te kunnen geven van ervaringen, meningen en wensen zoals die in Almere ten aanzien van de gezondheidszorg leven, is het

noodzakelijk dat de groep personen die is ondervraagd een afspiegeling vormt van de Almeerse bevolking in zijn totaliteit. Hoewel een respons van ruim 70% geruststellend is, blijft het mogelijk dat bepaalde categorieën mensen uit de steekproef niet of nauwelijks hebben gereageerd. Hierdoor zou een vertekend beeld kunnen ontstaan als we de resultaten vertalen naar de gehele bevolking.

In de vorige paragraaf hebben we kunnen zien dat voor een aantal variabelen, zoals de burgerlijke staat, het aantal jaren dat men in Almere woonachtig is en de vorige woonplaats, de verdelingen onder de 718 respondenten betrekkelijk weinig afwijken van de verdeling onder de gehele Almeerse bevolking. Bovendien is het verband tussen deze variabelen en het gebruik dat wordt gemaakt van of het oordeel over de gezondheidszorgvoorzieningen niet altijd even duidelijk (Kuyenhoven en Touw-Otten, 1978). Dit laatste ligt wat anders voor de variabelen leeftijd en geslacht. Tabel 2.3 laat zien dat in de groep van 718 respondenten de leeftijdscategorieën 16-19 jaar en 20-29 jaar wat zijn ondervertegenwoordigd en de leeftijdsklasse 30-39 is oververtegenwoordigd ten opzichte van de Almeerse populatie. Dit verschil wordt voor het grootste deel veroorzaakt doordat de steekproef uit het bevolkingsbestand afwijkt van de Almeerse populatie en niet omdat leeftijdsgroepen in verschillende mate hun medewerking hebben verleend. De verschillen zijn echter betrekkelijk gering en hebben bovendien betrekking op categorieën die onderling niet erg zullen verschillen in hun ervaringen met de gezondheidszorg. De conclusie dat de variabele leeftijd de representativiteit niet of nauwelijks aantast, lijkt dan ook gerechtvaardigd.<sup>5</sup>

Bij de variabele geslacht zijn de verschillen groter.

Tabel 2.2 laat zien dat meer vrouwen dan mannen aan het onderzoek hebben deelgenomen. Gedeeltelijk wordt dit veroorzaakt doordat meer vrouwen dan mannen de voor hen bestemde vragenlijst hebben ingevuld en teruggestuurd. Daarnaast is gebleken dat in een aantal gevallen de voor de man bestemde vragenlijst is ingevuld door de vrouw; het omgekeerde komt ook voor, doch veel minder vaak. Een mogelijke verklaring voor de oververtegenwoordiging van vrouwen bij respondenten is dat vrouwen meer met gezondheidszorginstanties te maken hebben (voor zichzelf, zowel als begeleidster van kinderen) en uit dien hoofde meer geïnteresseerd zijn in het wel en wee van de gezondheidszorg. Uit vergelijking van de groep respondenten die de vragenlijst voor een ander hebben ingevuld met de overige groep respondenten valt dit echter niet op te maken. Eerstgenoemde groep wijkt niet af van de rest van de respondenten als het gaat om bijvoorbeeld de

aantallen keren dat men de huisarts bezoekt of de invloed die wordt toe gekend aan patiëntenorganisaties of patiënten bij de opbouw of het functioneren van zorgvoorzieningen. Mede op grond van deze overwegingen zijn de mensen, die de eigenlijk voor een ander bestemde vragenlijst hebben ingevuld en opgestuurd, gehandhaafd in het databestand en verder behandeld als zijnde 'normale' respondenten. Bij de analyse in de volgende hoofdstukken zal in voorkomende gevallen het oververtegenwoordigd zijn van vrouwen in de berekening worden betrokken.

Blijft natuurlijk de mogelijkheid dat de 282 personen die de vragenlijst niet hebben ingevuld, een groep vormen die in mening en ervaringen belangrijk afwijkt van de 718 respondenten, anders dan de verschillen die zijn gevonden door de kolommen van de tabellen 2.2 en 2.3 te vergelijken. Een aanwijzing hiervoor zou kunnen worden gevonden door te onderzoeken of er verschillen zijn tussen de groep respondenten die de vragenlijst onmiddellijk hebben ingevuld en de groep die dit heeft gedaan na één of twee rappèls. Een veronderstelling is dat degenen die niet hebben meegewerkt het meest zullen lijken op de 'trage' respondenten. Bovenstaande toets op representativiteit is uitgevoerd door de ervaringen en meningen van de 175 personen die de vragenlijst het snelst hebben teruggestuurd, te vergelijken met de 175 respondenten van wie de vragenlijst het laatst is terugontvangen. Gekeken is naar de variabelen 'bezoek aan de huisarts', 'oordeel over de huisarts', 'oordelen over de eerstelijnszorg' en 'oordelen over zelf- en mantelzorg'.<sup>6</sup> De verschillen zoals die voor de twee groepen zijn gevonden blijken nergens de significantiegrenzen te overschrijden en kunnen derhalve geacht worden door het toeval te zijn veroorzaakt.

Samenvattend lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat de 718 personen uit Almere die aan de enquête hebben meegewerkt een redelijk tot goede afspiegeling vormen van de Almeerse bevolking eind 1983. Aannemende dat het voor de resultaten niet uitmaakt of iemand in Almere-Haven of Almere-Stad woont, mogen op basis van de resultaten van deze enquête binnen toevalsgrenzen conclusies worden getrokken voor geheel Almere.

Voor de analyses is het tenslotte nog van belang te weten dat de respondenten afkomstig zijn uit alle huisartsenpraktijken die in 1984 in Almere waren gevestigd. Wel is het zo dat de aantallen patiënten van huisartsen in de relatief nieuwe gezondheidscentra Waterwijk en Molenwiek erg klein zijn. Voor de overige huisartsen geldt dat tussen de 15 en 57 patiënten uit hun praktijk aan dit on-

derzoek hebben meegewerkt. In de rapportage zal echter niet of nauwelijks worden ingegaan op verschillen in de oordelen over bepaalde artsen of gezondheidscentra.



### 3. RESULTATEN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG

In dit hoofdstuk worden de vragen uit de bevolkingsenquête behandeld, voorzover zij betrekking hebben op de eerstelijnszorg.

Achtereenvolgens komen aan de orde: de contacten met de huisarts in algemene zin en toegespitst op het laatste bezoek, de wijkverpleegkundige, de maatschappelijk werkster, fysiotherapeuten, de verloskundigen, de tandarts en de meningen van de respondenten over de samenwerking in gezondheidscentra. Waar mogelijk worden de voor Almere gevonden cijfers vergeleken met landelijke of regionale gegevens. Landelijke cijfers zullen zoveel mogelijk worden geput uit de CBS-gezondheidsenquêtes. Uit dergelijke onderzoeken komen ook de specifiek Amsterdamse gegevens. Voor wat betreft de regio zal Almere daarnaast worden vergeleken met Lelystad. Beide gemeenten zijn in belangrijke mate vergelijkbaar als het gaat om de opbouw van de bevolking, waarbij komt dat in Lelystad een soortgelijk onderzoek heeft plaatsgevonden in verband met de opening van het Zuidoostziekenhuis in 1982. Daarmee is tevens het belangrijkste verschil aangegeven tussen Lelystad en Almere. Lelystad heeft een ziekenhuis terwijl Almere moet volstaan met een (buiten)-polikliniek. Een ander verschilpunt is dat in Lelystad de eerstelijns, minder dan in Almere het geval is, is geconcentreerd in gezondheidscentra.

#### 3.1. Huisartsen

"Ben zeer tevreden over de behandeling van mijn huisarts. Wat ik persoonlijk zeer prettig vind is het geduld, het menselijke aspect en de openheid bij het bespreken van klachten als ik de huisarts nodig heb. Het zo even langs komen na de behandeling om te vragen hoe het gaat."

Huisartsen vormen een belangrijke schakel in de totale gezondheidszorg. Binnen de eerstelijns nemen zij een centrale plaats in, terwijl zij voor tweedelijnsvoorzieningen de drempel vormen die 'iedereen' geacht wordt te passeren. Dit geldt in het bijzonder voor Almere. Versterking van de eerstelijnszorg betekent voor Almere niet alleen samenwerking met andere disciplines vanuit de gezondheidscentra, maar heeft ook consequenties voor de wijze waarop de huisartsen hun taken uitoefenen. Enerzijds worden zij geacht een deel van de taken

van de specialist die eigenlijk net zo goed of beter door de huisarts kunnen worden gedaan over te nemen, waardoor patiënten minder in de tweedelijns terecht komen of blijven hangen. Anderzijds is het streven gericht op het minder afhankelijk maken van de patiënt van de huisarts en de hele medische zorg. Voeg daarbij de mogelijkheden die de werkgever van de in loondienst praktiserende huisartsen heeft om nieuwe artsen mede te selecteren op de mate waarin zij de doelstellingen van het PGA onderschrijven, dan is wel duidelijk dat er in Almere wat de huisartsen betreft toch wel sprake is van een bijzondere situatie. Aan de bewoners van Almere zijn vragen voorgelegd over het (laatste) bezoek aan de huisarts, over de manier van werken en over de avond- en weekenddiensten.

### 3.1.1. Het laatste bezoek aan/van de huisarts

"Nadat ik in juni ben verhuisd, ben ik een keer naar mijn nieuwe huisdokter geweest. Hij vertelde me dat hij mijn dossier had gelezen, maar in het gesprek kwam naar voren dat hij niet op de hoogte was van hetgeen er met mij aan de hand was, terwijl ik zelf heb gelezen dat het in mijn dossier stond. Mijn vertrouwen in deze huisarts is dan ook niet zo groot."

Hoe lang het is geleden dat men voor zichzelf een bezoek heeft gebracht aan een huisarts of een arts thuis heeft laten komen, wordt weergegeven in tabel 3.1. In deze tabel worden ter vergelijking ook de landelijke percentages gegeven en cijfers voor Amsterdam, gebaseerd op de Gezondheidsenquête 1981 en 1982 (Appelboom, 1984).

Tabel 3.1.: "wanneer was het laatste contact met de huisarts?" Percentages respondenten in Almere, Amsterdam en Nederland

	Almere (N=692)	A'dam (N=696)	Nederland (N=19983)
3 maanden geleden of minder	50	48	42
3 tot 6 maanden geleden	19	16	16
6 tot 12 maanden geleden	15	15	16
12 tot 24 maanden geleden	9	10	10
24 tot 36 maanden geleden	3	3	4
langer dan 3 jaar geleden	4	8	11

In vergelijking tot landelijke cijfers zijn relatief veel respondenten kort geleden bij de huisarts geweest. Omdat alleen inwoners zijn ondervraagd die langer dan één jaar in Almere wonen, wordt dit verschil niet veroorzaakt door kennismakingsgesprekken. Wel is het mogelijk dat juist hier de oververtegenwoordiging van in gezondheidszorg geïnteresseerden een verklarende factor is doch dit zou ook kunnen gelden voor respondenten uit de gezondheidsenquêtes. Uit het onderzoeksmateriaal is dit echter niet op te maken. De verschillen met Amsterdam zijn minder groot.

Behalve naar de datum waarop het laatste bezoek heeft plaatsgevonden is ook gevraagd of het een bezoek was aan de eigen huisarts in Almere of aan een andere huisarts. Tabel 3.2 geeft de antwoorden op deze vraag.

Tabel 3.2.: "had het laatste bezoek van/aan een huisarts betrekking op de huisarts waar u ook op dit moment als patiënt staat ingeschreven?" Antwoorden in percentages

	% respondenten (N=707)
bezoekt eigen huisarts in Almere	87
bezoekt andere Almeerse arts	5
bezoekt huisarts in vorige woonplaats	5
anders	3

Tabel 3.2 laat zien dat in verreweg de meeste gevallen het laatste bezoek aan een huisarts betrekking heeft op één van de Almeerse huisartsen en vooral de eigen huisarts. Bij de twee volgende vragen over de hulpvraag en hulpaanbod en over de mate van tevredenheid over het laatste bezoek, is dan ook geen onderscheid gemaakt tussen een bezoek aan een van de Almeerse artsen en een bezoek aan een huisarts buiten Almere. Wel is vastgesteld dat de oordelen over beide categorieën huisartsen nauwelijks van elkaar verschillen.

Er zijn vele motieven om een bezoek te brengen aan de huisarts of om de huisarts thuis te laten komen. Eenmaal bij de huisarts kan men het gevoel hebben precies die hulp te krijgen die men eigenlijk wil; anderszins is het ook denkbaar dat de hulp die men van de huisarts kreeg niet aansloot bij de eigen wens. Door te vragen naar de hulp die men wilde hebben en de hulp die men kreeg, wordt meer inzicht

verkregen in de gebeurtenissen rondom dit laatste bezoek. Bij de hulpvraag en het hulpaanbod zijn acht, respectievelijk negen categorieën onderscheiden; de respondenten mochten meerdere mogelijkheden aangeven. De manier waarop de vraag werd gepresenteerd is terug te vinden in de vragenlijst, die als bijlage aan dit rapport is toegevoegd. Tabel 3.3 geeft een overzicht van alle combinaties tussen vraag- en aanbodcategorieën, zoals die door de respondenten zijn aangegeven. De analyse heeft betrekking op 584 respondenten die de vraag volledig hebben ingevuld. Respondenten die slechts in een van beide vakjes een kruisje hebben gezet, of die de vraag hebben overgeslagen, zijn uit de analyse verwijderd. In totaal werden 1049 vraag-aanbod-relaties geteld. Bijna 50% van de respondenten volstond met één combinatie; 106 respondenten vermeldden drie of meer combinaties.

Tabel 3.3.: hulpvraag en hulpaanbod voor 584 respondenten bij het laatste bezoek aan de huisarts, in aantallen

hulp die men van de huisarts vraagt	hulp die de huisarts verstrekte								
	con- trôle	onder- zoek	goed gesprek	medi- cij- nen	verwij- zing spec/ fysio	info + ge- rust- st.	anders	geen	to- taal
controle	<b>141</b>	15	9	14	3	5	-	1	188
onderzoek	13	<b>220</b>	19	39	31	20	8	4	354
goed gesprek	2	5	<b>54</b>	3	2	5	3	1	75
medicijnen	-	10	5	<b>122</b>	3	10	2	5	157
verwijzing	2	25	8	4	<b>89</b>	1	6	2	137
informatie + gerustst.	2	9	7	6	3	<b>81</b>	-	1	109
anders	-	2	1	1	2	1	<b>22</b>	-	29
<b>totaal</b>	<b>160</b>	<b>286</b>	<b>103</b>	<b>189</b>	<b>133</b>	<b>123</b>	<b>41</b>	<b>14</b>	<b>1049</b>

Overigens kan bij de vraag die aan tabel 3.3 ten grondslag ligt nog worden opgemerkt dat de vraagstelling wellicht aan de moeilijke kant is geweest. Een aanwijzing hiervoor is de hoge non-respons, waarbij geldt dat de non-responsgroep een lager opleidingsniveau heeft dan de groep respondenten die de vraag wel volledig heeft ingevuld. Het verschil in opleidingsniveau tussen beide groepen is significant ( $p .05$ ).

Tabel 3.3 is uiteen te leggen in verschillende componenten. Tabel 3.4 geeft de percentages respondenten die precies die hulp kregen die zij van hun huisarts verwachtten. Tabel 3.5 geeft aan in hoeverre de door de huisarts verstrekte hulp overeenstemde met hetgeen de patiënt voor ogen had toen hij de hulp van de huisarts inriep.

Tabel 3.4.: percentage respondenten dat bij het laatste bezoek aan de huisarts precies die hulp kreeg die men verwachtte

gevraagde hulp	% dat gevraagde hulp ook kreeg
controle	75 (N=188)
onderzoek	62 (N=354)
goed gesprek	72 (N= 75)
medicijnen	78 (N=157)
verwijzing specialist/fysiotherapie	65 (N=137)
informatie/instructie/geruststelling	74 (N=109)

Tabel 3.5.: was de door de huisarts verstrekte hulp ook door de patiënt gevraagd, in percentages

verstrekte hulp	% dat verstrekte hulp verwachtte
controle	88 (N=160)
onderzoek	77 (N=286)
goed gesprek	52 (N=103)
medicijnen	65 (N=189)
verwijzing specialist/fysiotherapeut	67 (N=133)
informatie/instructie/geruststelling	66 (N=123)

Het gegeven dat men soms niet precies die hulp kreeg die men graag wilde, houdt overigens geen waarde-oordeel in. Gedeeltelijk zullen mensen wat 'extra's' hebben gekregen (men kwam voor medicijnen en kreeg een controle + medicijnen), en ook zal het voorkomen dat de door de huisarts verstrekte hulp een beter alternatief was (men kwam voor medicijnen en kreeg een goed gesprek). Ontevreden waren in elk geval de 1 à 2% van de personen, die aangaven tijdens het laatste bezoek aan de huisarts geen hulp te hebben ontvangen. Ter vergelijking: bij een landelijk onderzoek onder leden van de Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen (NVvH) werd een vraag opgenomen of het in de twee voorgaande jaren was voorgekomen dat men het gevoel had van de huisarts een andere hulp te hebben gekregen dan men wilde. Van de 1726 NVvH-leden die deze vraag invulden, gaf 14% aan dat dit 'soms' gebeurde, terwijl 1.5% vond dat het hen 'geregeld' of 'vaak' overkwam. De drie meest voorkomende hulpvragen die naar het gevoel van de respondent niet werden gerealiseerd, waren vragen om onderzoek, om een gesprek en om een verwijzing naar een specialist (Warmenhoven, 1984). Ondanks de verschillen in de gehanteerde categorie-indelingen (bij het NVvH-onderzoek werd aan degenen die soms of vaak andere hulp hadden gekregen, een schema met 15 categorieën voorgesteld), is het opmerkelijk dat dezelfde drie hulpvragen ook in Almere relatief laag scoren als het gaat om het percentage mensen dat deze gevraagde hulp ook van de huisarts kreeg.

Ter afsluiting van het onderdeel 'laatste bezoek aan de huisarts' is aan de respondenten gevraagd dit bezoek te beoordelen met een rapportcijfer voor tevredenheid. Ondanks de nadelen die aan een dergelijke vraag naar de tevredenheid van patiënten zijn verbonden<sup>7</sup>, biedt het de mogelijkheid om met één vraag een oordeel te krijgen van de patiënt over de huisarts. Dat een tevreden patiënt op onderdelen wel degelijk aanmerkingen kan hebben zal uit een van de volgende subparagrafen blijken. Beperken we ons nu tot de tevredenheid met het laatste bezoek aan een huisarts, dan geeft tabel 3.6 de rapportcijfers die de inwoners van Almere geven. Het betreft weer de oordelen van alle respondenten.

Zo'n 5% van de inwoners van Almere is, met een rapportcijfer van vier of minder uitgesproken ontevreden over het laatste bezoek aan de huisarts, en ongeveer 15% is matig tevreden (rapportcijfer 5 of 6). De resterende 80% van alle respondenten is redelijk tot zeer tevreden (rapportcijfer 7 of hoger).

De cijfers uit tabel 3.6 hebben betrekking op alle laatste bezoeken aan de huisarts. Opnieuw blijken er nauwelijks verschillen te zijn,

als we ons beperken tot de bezoeken aan de eigen huisarts in Almere. Vergelijking van deze groep met de artsen buiten Almere, laat zien dat waar het een bezoek betrof aan de eigen huisarts het gemiddeld rapportcijfer uitkomt op 7.7; was het een bezoek van of aan de arts buiten Almere, dan komt de gemiddelde waarde uit op 7.5. Het verschil tussen beide waarden is niet significant. De mediaan voor de tevredenheid over het laatste bezoek aan de huisarts in Almere ligt op 7,9 en voor een huisarts buiten Almere op 7.8.

Tabel 3.6.: "wilt u met een rapportcijfer aangeven hoe tevreden u, alles in aanmerking genomen, was over het laatste bezoek aan de huisarts?" Antwoorden absoluut en in percentages

rapportcijfer		aantal respondenten (N=696)		
		abs.	%	cum %
zeer	1	8	1	1
ontevreden	2	1	-	1
	3	8	1	2
	4	17	2	4
	5	33	5	9
	6	75	11	20
	7	125	18	38
	8	221	32	70
zeer	9	85	12	82
tevreden	10	123	18	100

Voor de ongeveer 20% respondenten die aangeven zeer ontevreden tot matig tevreden te zijn over hun laatste contact met de huisarts is onderzocht welke hulp zij van de huisarts wilden hebben en wat men van de huisarts kreeg. De resultaten, welke vergeleken kunnen worden met tabel 3.3 zijn weergegeven in tabel 3.7, (zie volgende pagina).

Hoewel al te stellige conclusies door de relatief kleine aantallen worden bemoeilijkt, laten de tabellen 3.7 t/m 3.9 in vergelijking tot 3.3 t/m 3.5 een aantal interessante dingen zien. Zoals mag worden verondersteld blijken alle respondenten die aangeven geen hulp van de huisarts te hebben ontvangen, dit laatste bezoek te hebben deeld met een laag rapportcijfer. Bij het uiteenleggen van tabel 3.7

in aantallen respondenten die precies die hulp kregen die zij vragen (tabel 3.8) en in een tabel waarin staat aangegeven of de verstrekte hulp ook door de patiënt werd verwacht (tabel 3.9), wordt duidelijk waar de verschillen met de gehele groep respondenten zitten. Waar bijvoorbeeld van alle patiënten die een controle van de huisarts vroegen, 75% deze controle ook werkelijk kreeg (tabel 3.4), blijkt dat van de ontevreden patiënten dit percentage uitkomt op 79% (tabel 3.8). Het ligt derhalve voor de hand dat de ontevredenheid van deze laatste groep niet het gevolg is van een tekortschieten van de huisarts bij controles. Waar wel discrepanties optreden tussen de tabellen 3.4 en 3.8 is bij de hulpvraag naar medicijnen, verwijzing en een goed gesprek. Een relatief lage score op deze hulpvragen gaat samen met ontevredenheid bij deze patiënten.

Tabel 3.7.: hulpvraag en hulpaanbod voor 164 respondenten die het laatste bezoek de huisarts beoordelen met een rapportcijfer van 6 of lager, in aantallen

hulp die men van de huisarts vraagt	hulp die de huisarts verstrekte								
	con- tro- le	onder- zoek	goed ge- sprek	medi- cij- nen	verwij- zing spec/ fysio	info + ge- rust- st.	anders	geen	to- taal
controle	23	-	1	3	-	1	1	-	29
onderzoek	4	36	-	6	3	4	3	4	60
goed gesprek	1	-	5	-	-	-	1	1	8
medicijnen	-	1	1	15	1	6	1	5	30
verwijzing	1	5	-	1	14	-	3	2	26
informatie + gerustst.	-	2	1	-	1	11	-	1	16
anders	-	1		1			2		4
<b>totaal</b>	<b>29</b>	<b>45</b>	<b>8</b>	<b>26</b>	<b>19</b>	<b>22</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>173</b>



Tabel 3.8.: respondenten die het laatste bezoek aan de huisarts beoordelen met een rapportcijfer van 6 of minder, en waarbij de gevraagde hulp precies die hulp was die men verwachtte, absoluut en in percentages.

gevraagde hulp	aantal respondenten die gevraagde hulp kreeg	
	absoluut	%
controle	23	79
onderzoek	36	60
goed gesprek	5	62
medicijnen	15	50
verwijzing specialist/fysiotherapeut	14	54
informatie/instructie/geruststelling	11	69

Tabel 3.9.: respondenten die het laatste bezoek aan de huisarts beoordelen met een rapportcijfer van 6 of minder, naar de mate waarin de door de huisarts verstrekte hulp ook door de patiënt was verwacht, absoluut en in percentages.

verstrekte hulp	aantal respondenten die verstrekte hulp verwachtte	
	absoluut	%
controle	23	79
onderzoek	36	80
goed gesprek	5	62
medicijnen	15	58
verwijzing specialist/fysiotherapeut	14	74
informatie/instructie/geruststelling	11	50

Bij de verstrekte hulp zijn de verschillen tussen tabel 3.5 en 3.9 minder groot. Eigenlijk alleen de categorie 'informatie, instructie en geruststelling' blijft bij de ontevreden en achter. Ook de conclusies op grond van de tabellen 3.8 en 3.9 zijn echter gebaseerd

op verhoudingsgewijs kleine aantallen.

### 3.1.2. Algemeen oordeel over de eigen Almeerse huisarts

"Over het algemeen zal het wel loslopen met de gezondheidszorg in Almere. In mijn kring (kennissen en bureu) is over het algemeen de mening als dat het moeilijk is om zo'n dokter uit zijn gezellige gezondheidscentrum te krijgen."

Indien wij ons zouden beperken tot enkel het laatste bezoek aan de huisarts is er altijd de mogelijkheid dat dit toevallig net een goed of juist een slecht contact betrof. Hierop anticiperend is in de enquête ook een aantal vragen opgenomen dat geacht wordt een meer algemeen beeld te geven van wat men vindt van de Almeerse huisarts. Een eerste vraag daarbij betrof het aantal keren dat per tijdseenheid een bezoek wordt gebracht aan de huisarts. Als tijdseenheid is gekozen voor een periode van drie maanden. Dit maakt het mogelijk Almere te vergelijken met zowel Lelystad (Dopheide en Nijhout, 1983) als geheel Nederland (van den Berg, 1984). Nadeel van een periode van drie maanden is dat er geheugeneffecten optreden bij het rapporteren van huisartscontacten. Met betrekking tot de CBS-gezondheidsenquête 1981, vond van den Berg (1983) dat patiënten over een periode van drie maanden ongeveer 75-80% van hun contacten rapporteren, met de aantekening dat telefonische contacten er in negatief opzicht sterk uitspringen. Omdat mag worden aangenomen dat de vergeetachtigheid niet noemenswaardig zal verschillen bij de genoemde onderzoeken, mogen de percentages zonder bezwaar worden vergeleken. Gaat het om het werkelijke aantal contacten met de huisarts in bijvoorbeeld Almere, dan dient men in gedachten te houden dat het werkelijk aantal hoger zal liggen dan het gerapporteerde aantal.

Tabel 3.10 (zie volgende pagina) geeft deze contacten met de huisarts voor zowel Almere, Lelystad als Amsterdam.

Tussen Almere en Lelystad zijn er nauwelijks verschillen in de frequentie waarmee de huisarts wordt bezocht; over een tijdvak van drie maanden bezoekt tussen de 50% en de 60% van de respondenten tenminste éénmaal de huisarts. Voor geheel Nederland lag het percentage personen dat in een periode van drie maanden tenminste eenmaal de huisarts bezoekt voor 1983 op ongeveer 40% (Van den Berg, 1984); Amsterdam ligt hier iets boven maar bereikt met 44% niet het niveau van Lelystad of Almere. Deze cijfers zijn niet gecorrigeerd voor

Tabel 3.10.: "weet u nog hoeveel keer u de afgelopen **drie** maanden **voor uzelf** bij de huisarts bent geweest of de huisarts thuis heeft laten komen?" Antwoorden in percentages voor Almere, Amsterdam en Lelystad.

aantal keren dat men de huisarts bezocht	Almere (N=711)	Amsterdam* (N=753)	Lelystad** (N=758)
geen enkele keer	43	56	45
een keer	28	29	29
twee keer	16	9	13
drie of vier keer	9	5	10
vijf of zes keer	1	1	2
meer dan zes keer	2	-	1

\* Bron: CBS.

\*\* Bron: rapport 'Een ziekenhuis op nieuw land' (Dopheide en Nijhout, 1983)

leeftijdsverschillen tussen Almere en geheel Nederland. Zou dit wel worden gedaan, dan zal het verschil waarschijnlijk niet kleiner worden dan de ongeveer 17% die het nu is. De conclusie ten aanzien van het huisartsenbezoek moet dan ook luiden dat, in elk geval bij deze groep respondenten, in Almere het percentage mensen dat per drie maanden de huisarts bezoekt, relatief hoog is. Deze conclusie blijft gehandhaafd als we in aanmerking nemen dat vrouwen bij de groep respondenten zijn oververtegenwoordigd.

Aan de hand van deze vraag is tevens na te gaan of de uit de literatuur bekende conclusies dat bepaalde categorieën personen de huisarts vaker bezoeken dan anderen ook in Almere worden teruggevonden. Mannen gaan in Almere minder vaak naar de dokter dan vrouwen ( $p < .05$ ) en hetzelfde geldt voor particuliere patiënten versus ziekenfondspatiënten ( $p < .05$ ). Het verband tussen leeftijd en de mate van doktersbezoek gaat weliswaar in de voorspelde richting, namelijk dat ouderen vaker een bezoek aan de huisarts brengen dan jongeren, maar is niet significant. Wel significant is het effect van opleiding op het bezoek aan de huisarts; naarmate de opleiding hoger is komt men minder vaak bij de huisarts. Het effect van opleiding verdwijnt, zoals we in het vervolg van de analyse zullen laten zien, als we constant houden op de variabelen gezondheidstoestand, geslacht en verzekeringsvorm van de respondent. Tenslotte is er gekeken of de fre-

quentie van het bezoek aan de huisarts afneemt naarmate men langer in Almere woonachtig is. In gedachten houdend dat alleen personen ondervraagd zijn die één jaar of langer in Almere wonen, blijkt van een verband nauwelijks sprake.

Om te onderzoeken welk aandeel de verschillende persoonsgebonden variabelen tezamen hebben op de frequentie van waarin men een bezoek brengt aan de huisarts is een multiple-regressie-analyse uitgevoerd op de verschillende variabelen. De onafhankelijke variabelen zijn ingedeeld in drie groepen, te weten:

- eigen gezondheidstoestand;
- persoonskenmerken (geslacht, leeftijd, verzekeringsvorm, opleiding);
- verhuiskenmerken (verhuisdatum, plaats van herkomst).

Bij het schatten van de regressievergelijkingen zijn deze onafhankelijke variabelen per groep ingevoerd, zodat de bijdrage van elk groep aan de verklaarde variantie zichtbaar wordt. De resultaten van de analyse staan in tabel 3.11.

Tabel 3.11.: regressie-analyse op de frequentie waarin respondenten hun huisarts bezoeken

onafhankelijke variabelen	1		2		3	
	$\beta$	F	$\beta$	F	$\beta$	F
1. eigen gezondheidstoestand	-.33	84.03*	-.33	79.82*	-.33	79.76*
2. persoonskenmerken						
- dummy, vrouw	-	-	.09	5.77**	.09	5.74**
- dummy, ziekenfonds	-	-	.14	14.28**	.14	13.93**
- leeftijd	-	-	-.05	1.73	-.05	1.86
- opleiding	-	-	-.02	.31	-.02	.28
3. verhuiskenmerken						
- verhuisdatum :	-	-	-	-	.01	.01
- dummy, vorige woonplaats	-	-	-	-	.01	.19
R <sup>2</sup>	.11		.14		.14	

\* significant bij  $p < .001$

\*\* significant bij  $p < .05$

Uit deze regressie-analyse blijkt dat alleen de eigen gezondheids-toestand en in mindere mate de kennis van geslacht en verzekerings-vorm enige voorspellende waarde hebben voor de mate waarin men de huisarts bezoekt. Leeftijd, opleiding en de verhuiskennmerken leveren geen significante bijdrage aan de verklaarde variantie. Met name het ontbreken van het effect van de verhuisdatum is opmerkelijk en in tegenspraak met eerdere bevindingen bij enkele Amsterdamse huis-artspraktijken. (Van der Wal en Smeenk, 1984). Overigens is een per-centage verklaarde variantie van 14% bepaald laag.

Behalve naar de mate waarin inwoners gebruik maken van de mogelijk-heden hun huisarts te bezoeken, is ook gevraagd naar een oordeel over het werken van de huisarts. Hierbij konden de respondenten een algemeen oordeel geven over de tevredenheid met hun huisarts via een cijfer van 1 tot 10. Bovendien is via een negental items gevraagd naar een oordeel over afzonderlijke aspecten in de manier van werken van de eigen Almeerse huisarts. We beginnen met de items. Tabel 3.12 (zie volgende pagina) geeft voor de negen items om te beginnen de frequentie-verdelingen. Het aantal respondenten dat aangeeft de huisarts onvoldoende goed te kennen is relatief groot; hierdoor ligt de non-respons voor deze vraag hoger dan normaal.

Hoewel het moeilijk is bij de verschillende antwoordcategorieën te spreken van goed of slecht, kan worden vastgesteld dat voor 75-85% van de respondenten de huisarts in Almere voldoet aan het beeld dat men van de huisarts heeft. Wel blijkt de bereikbaarheid overdag er relatief slechter af te komen dan de andere items. In het algemeen ziet men de huisarts in Almere echter als een begripvolle, weinig afstandelijke persoon die niet snel geneigd is medicijnen voor te schrijven doch soms wel wat erg lang wacht met verwijzen. Wordt er concreet gevraagd of men bij een nieuwe keuze weer zou kiezen voor dezelfde huisarts, dan blijkt dat tussen de 20 en 25% van huisarts zou willen wisselen. De exacte reden waarom men een andere huisarts zou kiezen is niet gevraagd. Uit de cijfers kan worden opgemaakt dat onder deze in totaal 142 personen patiënten zitten van alle Almeerse huisartsen en dat het geslacht van de huisarts nauwelijks van invloed is op de wens van arts te veranderen. Wel geldt voor enkele individuele mannelijke artsen dat relatief veel vrouwen liever een andere (wellicht vrouwelijke?) huisarts zouden willen hebben, van een duidelijk trend is echter geen sprake. We komen op dit onderwerp terug via tabel 3.15. Om na te gaan of de items A t/m H - item I moet worden opgevat als een soort overall-maat - samenhangen, zijn

Tabel 3.12.: "elke huisarts heeft zo zijn eigen manier van werken. Hieronder staat een aantal uitspraken en beweringen over huisartsen. Wilt U aangeven of U het eens of juist oneens bent met deze uitspraken als het gaat om de huisarts bij wie U op dit moment staat ingeschreven?"  
Antwoorden in percentages

item	antwoordcategorieën in percentages (N = 600)			
	dat is zo	ik twijfel maar dat is eigen-lijk wel zo	ik twijfel maar dat is eigen-lijk niet zo	dat is niet zo
A. mijn huisarts begrijpt altijd precies wat er aan de hand is	50	28	11	11
B. mijn huisarts houdt patiënten op een afstand	8	8	12	72
C. bij mijn huisarts kan ik ook terecht met niet-medische problemen	55	27	7	11
D. als ik hem/haar nodig heb, is mijn huisarts overdag altijd bereikbaar	53	18	8	21
E. een bezoek aan mijn huisarts kost meestal erg veel tijd	17	6	9	68
F. mijn huisarts wacht wel wat erg lang met verwijzen naar de specialist	20	9	15	56
G. mijn huisarts geeft over het algemeen uit zichzelf voldoende informatie	65	12	8	15
H. mijn huisarts schrijft wel erg snel medicijnen voor	5	4	11	80
I. als ik nu een nieuwe dokter moest kiezen dan koos ik weer de huisarts die ik nu heb	67	10	5	18

de uitspraken onderworpen aan een factoranalyse. Via een dergelijke analyse kan inzicht worden verkregen in het bestaan voor achterliggende (= latente) variabelen, die onafhankelijk van elkaar de waardering voor de huisarts bepalen. Factoranalyse van de items A t/m H levert twee factoren op met een eigenwaarde groter dan één. Het patroon is weergegeven in tabel 3.13.

Tabel 3.13.: factoranalyse op de items A t/m H van tabel 3.11. Variamaxrotatie, met twee factoren en ladingen van de afzonderlijke items

uitspraak	factor 1	factor 2
A	.68	.30
B	-.61	.03
C	.67	.05
D	.31	.50
E	.02	-.34
F	-.47	-.15
G	.67	.17
H	-.21	-.02
% gebonden variantie per factor	35.6%	13.8%

Naast factor 1, die we 'patiëntgerichtheid huisarts' zullen noemen, bestaat er een tweede onafhankelijke factor 'bereikbaarheid huisarts'. Beide aspecten van het huisartsenberoep worden los van elkaar beoordeeld, waarbij aan de eerste factor een zwaarder gewicht wordt toegekend. Zou item I toch in de factoranalyse met twee factoren zijn opgenomen, dan maakt het deel uit van de factor 'patiëntengerichtheid huisarts', met .74 als factorlading. De overige factorladingen veranderen in dat geval niet noemenswaardig.

Verondersteld mag worden dat beide factoren, wellicht nog aangevuld met andere variabelen, maken of een patiënt meer of minder tevreden is met de eigen huisarts. Dat deze veronderstelling wordt bevestigd laat tabel 3.14 zien. Op basis van de factoranalyse, zijn twee schalen geconstrueerd. De scores van de respondenten op deze beide schalen zijn vervolgens gebruikt als voorspellers voor het algemene rapportcijfer waarmee de tevredenheid met de huisarts is uitgedrukt.

Tabel 3.14.: regressie-analyse op het rapportcijfer naar tevredenheid met de Almeerse huisarts

onafhankelijke variabelen	1		2	
	$\beta$	F*	$\beta$	F*
score 'patiëntgerichtheid huisarts'	.64	339.0	.60	300.5
score 'bereikbaarheid huisarts'	-	-	.17	24.5
R <sup>2</sup>	.41		.44	

\* De beide F-waarden zijn significant op  $p < .001$

Naarmate de huisarts als meer patiëntgericht wordt ervaren is de tevredenheid met de huisarts groter ( $r = .64$ ,  $p < .001$ ). Los daarvan geldt dat naarmate de bereikbaarheid van de huisarts als beter wordt ervaren, dit eveneens zal resulteren in een hoger rapportcijfer ( $r = .30$ ,  $p < .001$ ). Brengen we beide aspecten in één regressievergelijking zoals in tabel 3.14 is gedaan, dan blijkt de patiëntgerichtheid de meeste variantie in rapportcijfers te verklaren. Bereikbaarheid blijft echter, naast de patiëntgerichtheid, een significant bijdrage leveren aan de totale verklaarde variantie.

Het is ook mogelijk om via een één factormodel te kijken welke van de acht items uit tabel 3.12 nu meer of juist minder belangrijk zijn bij de beoordeling van hun huisarts. De acht items vormen tesamen als het ware de latente variabele 'tevredenheid huisarts'. Bij een gedwongen éénfactoroplossing (28% verklaarde variantie) zijn het de items A, G en C die de belangrijkste bijdrage leveren aan de totaalscore; de items E, H en F dragen relatief weinig bij. Met andere woorden: bij een oordeel over de huisarts zijn vooral begrip, het verstrekken van informatie en het bij de huisarts terecht kunnen met niet-medische problemen die maken of men een huisarts wel of niet ziet zitten. De tijd die een bezoek aan de huisarts kost, het voorschrijven van medicijnen en de bereikbaarheid spelen een veel minder grote rol.

Kijken we even naar de mensen die aangeven van huisarts te willen veranderen indien ze nu een nieuwe huisarts zouden moeten kiezen, dan zijn het in het bijzonder de eerstgenoemde items waarop men de eigen Almeerse huisarts negatief beoordeelt. In tabel 3.15 zijn de oordelen van zowel de respondenten die van huisarts zouden willen veranderen als zij die weer hun eigen huisarts zouden kiezen naast elkaar gezet voor alle items. Gemakshalve zijn de antwoordcatego-



rieën ' is (niet)zo' en 'twijfel, maar is eigenlijk (niet) zo' samengenomen. Ook uit deze tabel blijkt dat het in het bijzonder op de items A, B, C, D en G is dat beide groepen respondenten van elkaar verschillen. Voor alle duidelijkheid: het wel of niet tevreden zijn kan niet worden gekoppeld aan één of enkele artsen.

Tabel 3.15: Oordelen over de eigen Almeerse huisarts, naar tevredenheid'

	% respondenten die het met de stelling eens zijn	
	wil van huis- arts veranderen	zou dezelfde huisart kiezen
A. mijn huisarts begrijpt altijd precies wat er aan de hand is	37	89
B. mijn huisarts houdt pa- tiënten op een afstand	44	9
C. bij mijn huisarts kan ik ook terecht met niet-me- dische problemen	53	91
D. als ik hem/haar nodig heb is mijn huisarts overdag altijd bereikbaar	41	80
E. een bezoek aan mijn huis- arts kost meestal erg veel tijd.	28	23
F. mijn huisarts wacht wel wat erg lang met verwijzen naar de specialist	54	21
G. mijn huisarts geeft over het algemeen uit zichzelf voldoen- de informatie	39	88
H. mijn huisarts schrijft wel erg snel medicijnen voor	13	7

Een verdeling van de rapportcijfers zelf geeft tabel 3.16 (zie volgende pagina). Hierbij is gevraagd naar een algemeen oordeel. Slechte of juist heel goede ervaringen bij het laatste bezoek kunnen immers een toevalstreffer zijn geweest.

Tabel 3.16.: "wilt u met een rapportcijfer aangeven hoe tevreden u, alles in aanmerking genomen, bent met de huisarts in Almere waar u op dit moment als patiënt staat ingeschreven". Antwoorden absoluut en in percentages

rapportcijfer		aantal respondenten		
		absoluut	%	cum. %
zeer	1	6	1	1
ontevreden	2	1	-	1
	3	16	2	3
	4	14	2	5
	5	42	6	11
	6	74	11	21
	7	117	17	38
	8	195	29	67
zeer	9	100	15	82
tevreden	10	114	17	99

Tabel 3.16 lijkt als twee druppels water op tabel 3.6 waarin de verdeling staat weergegeven voor het laatste contact met de huisarts. Zowel het gemiddeld rapportcijfer van beide scorereeksen (7.7 voor het laatste bezoek en 7.6 voor de algemene tevredenheid) als de spreiding rond het gemiddelde zijn vrijwel identiek. Een hoog rapportcijfer voor tevredenheid over het laatste bezoek gaat veelal samen met een hoog tevredenheidscijfer in algemene zin ( $r=.83$ ); er zijn echter wel degelijk uitzonderingen. Bekijken we het algemene rapportcijfer voor de huisarts op zich, dan kan worden vastgesteld dat ouderen meer tevreden zijn dan jongeren ( $r=.18$  met  $p < .001$ ) en dat het gemiddeld rapportcijfer van ziekenfondspatiënten met 7.7 wat hoger ligt dan de 7.4 van particuliere patiënten (significant op  $p < .10$ ). Ook is er een zwak verband met de frequentie van huisartsenbezoek. Hoe vaker men de huisarts bezoekt des te hoger het rapportcijfer. Trouwens, ook de omgekeerde redenering is mogelijk; juist omdat men zo tevreden is gaat men wellicht wat vaker naar de dokter. Het geslacht van de respondent heeft geen invloed op de tevredenheidsscore. De bevinding dat ouderen in hun oordeel wat positiever zijn dan jongeren komt overeen met de bevindingen van Visser bij zijn onderzoek naar de tevredenheid bij ziekenhuispatiënten (Visser,

1984). Toch is deze bevinding opmerkelijk omdat de Almeerse huisartsen duidelijke voorbeelden zijn van de minder traditioneel werkende nieuwe generatie huisartsen. De verwachting dat in het bijzonder oudere mensen met deze nieuwe stijl van werken moeite zouden hebben, blijkt niet uit toegekende tevredenheidsscores.

Een tweede belangrijke bevinding ten aanzien van het tevredenheidscijfer is dat naarmate men langer in Almere woonachtig is, de tevredenheid met het werken van de huisarts groter wordt ( $r = .14$ ,  $p < .001$ ). Het effect van het tijdstip van verhuizing op de tevredenheidsscore is onafhankelijk van leeftijd en andere respondentkenmerken. Deze bevinding zou er een aanwijzing voor kunnen zijn dat mensen, pas verhuisd naar Almere, eerst nog moeten wennen aan de bijzondere werkwijze van de Almeerse huisartsen. Loopt men in Almere wat langer mee, dan gaat de kritiek meer en meer over in een positieve waardering. Een meer triviale verklaring voor de bevinding dat tevredenheidsscores voor de huisartsen stijgen met het aantal jaren dat men in Almere woonachtig is, kan luiden dat patiënten zich als het ware zelf uitselecteren. Door van huisarts te veranderen kan men in feite net zo lang zoeken tot men een ideale huisarts gevonden heeft; zelfs is het mogelijk dat de buitengewoon ontevreden uit Almere weggaan. Een derde verklaring zou kunnen zijn dat er sprake is van een cognitieve trucage; mensen passen hun oordeel aan de feitelijke omstandigheden aan. Zelfs een vervelende huisarts went, zodat men meent wat milder te moeten worden met het oordeel over een aantal jaren.

### 3.1.3. De bereikbaarheid buiten kantooruren en de EHBO-voorziening

"Waarneming huisarts in avond- en weekenddienst vind ik matig tot slecht. In het incidentele geval dat hier in verband met een acuut ziekteverschijnsel een beroep op wordt gedaan, moet de zieke 'op sterven na, dood zijn' wil men aan huis een bezoek afleggen."

De regeling van de avond- en weekenddiensten van de huisartsen in Almere is een onderwerp dat veelal tegenstrijdige reacties uitlokt. Sommigen (zie bovenvermeld citaat uit één van de vragenlijsten) zijn uiterst negatief; anderen hebben juist de ervaring dat ook in het weekend er een zeer adequate hulpverlening beschikbaar is. Deze tegenstrijdigheid kwam ook naar voren bij een ander onderzoek naar het functioneren van de eerstelijnszorg in Almere. In een gespreksronde van het projectteam gezondheidszorg Almere langs leden van patiën-

tenraden en zes teams van de gezondheidscentra (zie de stukken voor de vergadering van de Stuurgroep Gezondheidszorg Almere op 13-12-84) vormde de bereikbaarheid van de gezondheidscentra één van de punten die door vertegenwoordigers van beide groepen werden genoemd. De patiëntenraadsleden waren zeer ontevreden over de EHBO en de bereikbaarheid van de gezondheidscentra buiten de kantooruren. Angst voor de in gesprek zijnde dokterstelefoon en het niet op tijd in een ziekenhuis terecht kunnen komen, lijken levensgroot aanwezig. Overigens zal deze angst worden versterkt door berichten in de plaatselijke pers als "Ambulance te laat: vrouw overleden" (Het groene weekblad, 12-12-1984). Bij de teams van de gezondheidscentra is de mening over het functioneren van de huidige EHBO-voorziening in Almere zoals die naar voren kwam bij de gespreksronde overwegend positief, met name bij de huisartsen. Wel worden bij enkele teams twijfels geuit wat betreft snelle hulp bij ernstige ongevallen en de bekendheid bij de bevolking van EHBO-voorzieningen buiten de kantooruren. Twee dienstdoende huisartsen buiten de kantooruren wordt door een aantal huisartsen als voldoende ervaren. Een extra EHBO-post in de wijken buiten de kantooruren ziet de helft van de werkers wel zitten, met als voorwaarde dat er dan wel extra menskracht beschikbaar moet komen. Om de bekendheid met wat te doen bij EHBO-gevallen bij de Almeerse bevolking te onderzoeken, zijn in de bevolkingsenquête een drietal situaties geschetst waarin mensen snel geneeskundige hulp nodig hebben. Hierbij is het goed op te merken dat in Almere mensen voor EHBO altijd een beroep moeten doen op de huisarts. Buiten de kantooruren kan dit via de centrale dokterstelefoon. Weliswaar beschikt Almere over een buiten polikliniek van het Amsterdamse Burgerziekenhuis (alleen overdag geopend), doch in principe kunnen mensen hier niet terecht voor EHBO. De dichtstbijzijnde ziekenhuizen bevinden zich in Naarden-Bussum (Majella-ziekenhuis en Diakonessenhuis) en in Amsterdam (AMC 'Bullewijk'). De tabellen 3.17 en 3.18 (zie volgende pagina) geven de reacties van de respondenten op de door ons aangegeven situaties.

Een samenvattende conclusie op grond van de tabellen 3.17 en 3.18 moet luiden dat tussen de 80 en 90% van alle respondenten weet waar men voor EHBO terecht kan en hier ook gebruik van zou maken. Tussen de 10 en 20% van de respondenten kiest bewust of onbewust voor het ziekenhuis of de polikliniek bij EHBO of weet niet waar men terecht kan. Deze groep van 10-20% wisselt voor een deel van samenstelling al naar gelang het item dat wordt voorgelegd. Indien men midden in de nacht snel een huisarts nodig heeft is bijna 10% bereid de eigen

Tabel 3.17.: hulpverlening bij EHBO. Reacties van respondenten in percentages

item	gezond- heids- centrum	poli- kli- niek	zieken- huis	anders	weet niet	N
U heeft thuis op een doorde- weekse dag uw hand verbrand. Het is overdag en u heeft snel EHBO nodig. U gaat naar.....	85	5	5	5	1	708
U bent overdag in Almere gevallen en uw been bloedt hevig. U heeft snel EHBO nodig. U gaat naar....	85	5	5	4	2	712
U wordt te hulp geroepen door uw buurvrouw. Zij is van de trap geval- len en heeft waar- schijnlijk haar been gebroken. U belt naar .....	82	5	8	5	-	712

huisarts uit bed te bellen. Of een dergelijke band ook door de be- treffende huisarts zal worden gewaardeerd, laten we in het midden.

Behalve over EHBO is er een oordeel gevraagd over het functioneren van de avond- en weekenddiensten in meer algemene zin. Tabel 3.19 geeft de verdeling van de antwoorden, en laat zien dat de belang- rijkste categorie wordt gevormd door mensen die geen ervaring hebben met avond- en weekenddiensten van de huisarts in Almere en daarom

Tabel 3.18.: "u heeft midden in de nacht snel een huisarts nodig.  
Wat doet u?" Antwoorden in percentages

	% respondenten (N=711)
belt eigen huisarts uit bed	9
belt polikliniek Almere	1
belt dichtsbijzijnd ziekenhuis	1
belt dokterstelefoon Almere	87
anders	1
weet niet	1

geen oordeel (kunnen) geven. Dit zijn de 43% respondenten die 'ik weet niet' hebben ingevuld.

Tabel 3.19.: "hoe vindt U dat de avond- en weekenddiensten van de huisartsen in de gemeente Almere geregeld zijn?"  
Antwoorden in percentages

	% respondenten (N=707)
goed geregeld	36
matig geregeld	14
slecht geregeld	7
ik weet het niet	43

Bij de mensen die wel een oordeel hebben over deze diensten, is bijna 64% van mening dat avond- en weekenddiensten goed geregeld zijn; 36% vindt de avond- en weekenddienstregeling matig tot slecht. Gelet op de tevredenheid met de gezondheidszorg in zijn totaliteit is het percentage van 36 dat de regeling matig of slecht vindt bepaald hoog te noemen. Op de vraag waar men naar toe zou stappen met klachten over de avond- en weekenddienstregeling van de huisartsen, antwoordt 37% naar de eigen huisarts en eveneens 37% naar de patiëntenwerkgroep van het eigen centrum. Van alle respondenten weet 16% niet waar zij met dergelijke klachten naar toe moeten.

Tot zover het oordeel over de Almeerse huisarts en zijn manier van werken.

### 3.2. Wijkverpleegkundigen

"De grootste klachten liggen bij de wijkverpleegsters en dokters. Wijkverpleegsters daar heb ik mee te maken, tijdens het consultatiebureau. Je voelt je gewoon voor gek zitten. Het enige wat belangrijk is, is of je kind al blokjes stapelt of hoeveel hij eet. De problemen van slapeloze nachten, daar weten ze geen raad mee."

In de voorgaande paragraaf is uitgebreid stilgestaan bij het oordeel van de Almeerse bevolking over de huisarts. Dit lange stilstaan wordt gerechtvaardigd door enerzijds de functie die de huisarts heeft als toegangspoort naar tweedelijnsvoorzieningen en anderzijds het feit dat de huisarts een hulpverlener in de eerstelijns is waar de meeste mensen regelmatig mee te maken hebben. Met name dit laatste is veel minder het geval bij de eerstelijnsvoorzieningen die in het vervolg van dit hoofdstuk aan de orde zullen komen, te beginnen de wijkverpleegkundige. De geringe aantallen contacten maken dat de cijfers die worden gepresenteerd met meer voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

Net als de huisartsen en de in de volgende subhoofdstukken te behandelen overige eerstelijnsvoorzieningen, werken ook de wijkverpleegkundigen in Almere vanuit de gezondheidscentra. In de enquête onder de Almeerse bevolking zijn vragen opgenomen waaruit het aantal mensen kan worden afgeleid dat in 1984 van de wijkverpleegkundige gebruik heeft gemaakt, hoe men bij de wijkverpleging terecht is gekomen en hoe tevreden men is over de verleende hulp.

Van de 718 respondenten die aan de bevolkingsenquête hebben meegewerkt, blijken er in 1984 in totaal 107 (=15%) één of meerdere malen een beroep te hebben gedaan op de wijkverpleegkundige. Landelijk lag dit percentage in 1977 op 10.6% van de bevolking (Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1979). Meer recente gegevens over de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen op landelijk niveau ontbreken. Een overzicht van de wijzen waarop men met de wijkverpleging in contact kwam, geeft tabel 3.20 (zie volgende pagina).

Circa 2/3 van de personen die een beroep doen op de diensten van de wijkverpleegkundige doen dit, naar eigen zeggen, op eigen initiatief. Dit zal ongetwijfeld samenhangen met het feit dat de wijkverpleegkundigen spreekuren en consultatieburo houden in de verschillende Almeerse gezondheidscentra; deze bezoeken zijn vrij toegankelijk. De categorieën 'via huisarts' en 'via andere hulpverleners'

Tabel 3.20.: "als u in 1984 gebruik heeft gemaakt van de diensten van een wijkverpleegkundige, kunt u dan aangeven hoe u bij deze instantie terecht bent gekomen?"  
Antwoorden in percentages

bezocht wijkverpleging	% respondenten (N=107)
op eigen initiatief	67
via verwijzing door huisarts	16
via verwijzing door andere hulpverl.	17

houden elkaar in evenwicht. Bij de andere hulpverleners kan men denken aan werkers in de eerstelijns zoals bijvoorbeeld het maatschappelijk werk, maar ook aan verwijzingen door specialisten na een verblijf in het ziekenhuis. Van de 107 respondenten die in 1984 met een wijkverpleegkundige contact hebben gehad, hebben er 98 een oordeel gegeven over de wijkverpleging. Tabel 3.21 laat zien hoe de rapportcijfers zijn verdeeld.

Tabel 3.21.: "wilt u met een rapportcijfer aangeven hoe tevreden u, alles in aanmerking genomen, bent over de wijkverpleging. Beoordeling in aantallen en percentages (N=98)

	rapportcijfer	aantal respondenten		
		absoluut	%	cum%
zeer	1	2	2	2
ontevreden	2	-	-	-
	3	1	1	3
	4	-	-	-
	5	9	9	12
	6	10	10	22
	7	19	19	41
	8	27	28	69
zeer	9	15	15	84
tevreden	10	15	15	99



In totaal geeft ongeveer 75% van de respondenten die in 1984 met de wijkverpleging te maken hebben gehad, deze instantie een tevredenheidsscore van 7 of hoger. De gemiddelde score over alle 98 respondenten is 7.6 (mediaan: 7.7). In verband met de toch al geringe aantallen is geen verder opsplitsing gemaakt naar achterliggende variabelen.

### 3.3. Maatschappelijk werkenden

"Ik wil wel alle hulpverleners in één gezondheidscentrum, inclusief de apotheekvoorziening, echter met uitzondering van maatschappelijk werk ten behoeve van directe wijkbewoners. Bijvoorbeeld bewoners omgeving gezondheidscentrum 'De Haak' voor maatschappelijk werk naar gezondheidscentrum Oost en omgekeerd."

Het maatschappelijk werk werd bij de gespreksronde van het projectteam gezondheidszorg Almere zowel door de leden van de patiëntenraden als door de vertegenwoordigers van de gezondheidscentra, genoemd als een knelpunt binnen de eerstelijnsgezondheidszorg in Almere. Patiëntenraadsleden meldden, naast een groot tekort aan werkuren voor het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW), de behoefte aan oudere maatschappelijk werkenden. De teamleden noemen het aantal uren van 20, dat per centrum voor het AMW beschikbaar is, volstrekt onvoldoende en zelfs onverantwoord.

Van de bewoners uit Almere die de vragenlijst hebben ingevuld heeft slechts een gering percentage in 1984 gebruik gemaakt van de diensten van het algemeen maatschappelijk werk. Van de 33 personen (=5% van de 718 respondenten) werd een groot deel verwezen door de huisarts, zoals blijkt uit tabel 3.22.

Tabel 3.22.: "als u in 1984 gebruik heeft gemaakt van het maatschappelijk werk, kunt u dan aangeven hoe u bij deze instantie terecht bent gekomen?" Antwoorden in percentages

bezocht maatschappelijk werk	% respondenten (n=33)
op eigen initiatief	36
via verwijzing door huisarts	58
via verwijzing door andere hulpverlener	6

Hoewel de kleine aantallen in het bijzonder hier al te stellige conclusies onmogelijk maken, kan toch worden vastgesteld dat de huisarts een belangrijke rol lijkt te spelen bij de instroom van patiënten naar het maatschappelijk werk.

De cijfers voor Almere kunnen worden vergeleken met landelijke gegevens. Weliswaar blijven op landelijk niveau de cliënt zelf en de huisarts de belangrijkste initiatiefnemers, doch de aandelen van beide categorieën verschillen opmerkelijk van de gegevens voor Almere. Landelijk bedraagt het percentage cliënten dat op eigen initiatief met de maatschappelijk werker in contact komt ongeveer 59% (Almere 36%) terwijl bijna 17% (Almere 58%) via de huisarts bij het AMW terecht komt. De overige voorzieningen en instellingen nemen landelijk ongeveer 20% van de instroom voor hun rekening tegen ongeveer 6% in Almere. Bij deze verschillen passen een drietal kanttekeningen. Allereerst moet worden opgemerkt dat het bij de landelijke cijfers gaat om zowel gebieden waar AMW en ELGZ samenwerken als om gebieden waar dit niet het geval is. Uit onderzoek is gebleken dat samenwerking met de ELGZ het relatieve aandeel van de instroom via de huisarts met bijna 9% doet stijgen in vergelijking tot het instroompercentage als niet wordt samengewerkt, zodat het aandeel van de huisarts komt op ca 21%; er zijn echter geen aanwijzingen dat deze hogere instroom via de huisarts in hoge mate ten koste gaat van het eigen initiatief (Kersten, 1985). Een tweede kanttekening betreft de onduidelijkheid van het begrip 'verwijzing' als het gaat om de contacten met het maatschappelijk werk. Vaak is niet eenduidig vast te stellen wie de verwijzing precies heeft gedaan en of er echt sprake is van eigen initiatief dan wel een verwijzing door de huisarts (Stikker, 1982). In de derde plaats dienen we ons te realiseren dat in de bevolkingsenquête gevraagd is naar de ervaringen en meningen van cliënten, terwijl de landelijke cijfers zijn gebaseerd op registraties door maatschappelijk werkenden.

Ook aan de weinige personen die in 1984 contact hebben gehad met één van de maatschappelijk werksters in Almere is gevraagd om met een rapportcijfer aan te geven hoe tevreden zij waren over dit contact. Tabel 3.23 geeft de verdeling van de rapportcijfers.

Van de cliënten die in 1984 met het maatschappelijk werk in Almere te maken hebben gehad, geeft ongeveer 60% een rapportcijfer van 7 of hoger. Het gemiddelde ligt precies op 7.1 (mediaanwaarde: 7.0). Hoewel de verschillen niet erg groot zijn lijkt men over het maatschappelijk werk wat minder tevreden dan over de wijkverpleging en de huisarts.

Tabel 3.23.: "wilt u met een rapportcijfer aangeven hoe tevreden u, alles in aanmerking genomen, bent over het maatschappelijk werk?" Beoordeling in percentages (N=25)

rapportcijfer		aantal respondenten		
		absoluut	%	cum%
zeer	1	-	-	-
ontevreden	2	1	4	4
	3	1	4	8
	4	-	-	8
	5	1	4	12
	6	7	28	40
	7	5	20	60
	8	4	16	76
zeer	9	2	8	84
tevreden	10	4	16	100

### 3.4. Fysiotherapeuten

"De fysiotherapeut moet een vak gaan leren. Het feit dat ik mijn eigen apparaat moet bedienen en het daarmee erger kan maken, is gewoonweg belachelijk".

Met uitzondering van de fysiotherapeuten in één gezondheidscentrum ('De Haak') en een praktijk met vrijgevestigde oefentherapeuten in Almere-Haven, zijn alle fysiotherapeuten in Almere in loondienst. Een beschrijving van hun manier van werken en de knelpunten die de fysiotherapeuten hierbij ervaren, geeft het rapport 'Fysiotherapie onder druk'. (Werkgroep Fysiotherapeuten, 1984). Fysiotherapie is een voorziening in de eerstelijnsgezondheidszorg waarvoor (in principe) een verwijzing door de huisarts noodzakelijk is. Dit gegeven komt duidelijk naar voren in tabel 3.24 waar staat weergegeven hoe een eventueel contact met de fysiotherapeut tot stand kwam.

Tabel 3.24.: "als u in 1984 onder behandeling bent geweest van een fysiotherapeut, kunt u dan aangeven hoe u bij fysiotherapie terecht bent gekomen?" Antwoorden absoluut en in percentages

bezocht fysiotherapeut	aantal respondenten	
	absoluut	%
op eigen initiatief	10	6
via verwijzing door huisarts	151	87
via verwijzing door andere hulpverlener	12	7

Van de 718 respondenten blijken er in 1984 in totaal 173 (= 24%) onder behandeling van een fysiotherapeut te zijn geweest, ofwel bijna één op de vier respondenten. Voor geheel Nederland ligt het percentage personen van 20 jaar of ouder dat tenminste eenmaal per jaar contact heeft met de fysiotherapeut op ongeveer 10%; voor de provincie Noord-Holland geldt een percentage wat daar iets boven ligt (Van den Brekel, 1985). Deze twee percentages mogen niet zonder meer met Almere worden vergeleken. Het CBS-percentage van 10% zal iets lager komen te liggen als ook de 16 tot 20 jarigen, die wel in de Almeerse enquête zijn meegenomen, vertegenwoordigd zijn. Aan de andere kant geldt dat de cijfers betrekking hebben op 1983 en bij een duidelijke groei in het aantal personen dat jaarlijks de fysiotherapeut bezoekt betekent dit ongetwijfeld een iets hoger percentage in 1984. Bovendien hebben de CBS-cijfers betrekking op de behandelingen door fysiotherapeuten buiten het ziekenhuis; in de Almeerse situatie is deze beperking niet expliciet aangegeven. Tenslotte geldt dat rekening moet worden gehouden met de praktijkvorm van de huisarts (samenwerking gaat samen met een iets hoger gebruik van de fysiotherapeut) en met het feit dat de leeftijdsopbouw in Almere afwijkt van Nederland. Ondanks al deze punten die een directe vergelijking bemoeilijken, mag worden vastgesteld dat het percentage van 24% voor Almere relatief hoog is.

Een tweede vraag met betrekking tot de fysiotherapeuten betrof weer de tevredenheid met de behandeling. Tabel 3.25 geeft de oordelen vanuit de Almeerse bevolking.

Tabel 3.25.: "wilt u met een rapportcijfer aangeven hoe tevreden u, alles in aanmerking genomen, bent over de fysiotherapeut?" Beoordeling absoluut en in percentages (N=167)

rapportcijfer		aantal respondenten		
		absoluut	%	cum%
zeer	1	2	1	1
ontevreden	2	2	1	2
	3	6	4	6
	4	5	3	9
	5	9	5	14
	6	14	8	22
	7	32	19	41
	8	44	26	67
zeer	9	27	16	83
tevreden	10	26	16	99

In totaal geeft 73% van alle patiënten die onder behandeling van een fysiotherapeut zijn geweest een rapportcijfer van 7 of hoger. Het gemiddelde cijfer bedraagt 7.5 (mediaanwaarde = 7.8).

### 3.5. Verloskundigen

"Het is jammer dat er in Almere een gezondheidscentrum is waar alleen twee mannelijke vroedvrouwen werken."

In de 'situatieschets van Almere' (Sixma en Van de Voort, 1985), hebben we gezien dat Almere een relatief jonge bevolking heeft en een hoog geboortecijfer. Dit blijkt ook uit het aantal contacten met verloskundigen. In 1984 hebben er 69 van de 718 respondenten (= 10%), ofwel 16% van alle vrouwelijke respondenten van 16 jaar en ouder, contact gehad met een van de in Almere gevestigde verloskundigen. Hoe deze contacten tot stand zijn gekomen staat in tabel 3.26.

Tabel 3.26.: "als u in 1984 contact heeft gehad met een verloskundige, kunt u dan aangeven hoe u bij de verloskundige terecht bent gekomen?" Antwoorden in percentages

bezochte verloskundige	% respondenten (n=69)
op eigen initiatief	51
via verwijzing door huisarts	49
via verwijzing door andere hulpverl.	-

De categorieën 'op eigen initiatief' en 'via huisarts' blijken elkaar keurig in evenwicht te houden.

Van de 69 vrouwen die in 1984 een verloskundige hebben geraadpleegd hebben er 68 hun (on)tevredenheid vertaald in een rapportcijfer. Tabel 3.27 geeft deze rapportcijfers.

Tabel 3.27.: "wilt u met een rapportcijfer aangeven hoe tevreden u alles in aanmerking genomen, bent over de verloskundige?"

Beoordeling absoluut en in percentages (N=68)

rapportcijfer		aantal respondenten		
		absoluut	%	cum%
zeer	1	1	1	1
ontevreden	2	1	1	2
	3	1	1	3
	4	-	-	3
	5	2	3	6
	6	5	7	13
	7	5	7	20
	8	13	19	39
zeer	9	16	24	63
tevreden	10	24	35	98 *

\* Door afrondingen komt het cumulatieve percentage beneden de 100 uit.

Degenen die met een verloskundige te maken hebben gehad blijken relatief tevreden te zijn. Het gemiddelde rapportcijfer ligt op 8.4 (mediaan 8.9). Ruim 85% van degenen die een oordeel vellen geven de verloskundige een zeven of hoger. Hoewel de vraag slechts zijdelings te maken heeft met de wijze van functioneren van de verloskundigen in Almere, is aan de respondenten op een indirecte manier gevraagd naar hun voorkeur inzake bevallingen. De praktijk in Almere is dat bij bijna 75% van alle geboorten de verloskundige de bevalling doet; veelal zelfstandig (64%), soms in samenwerking met de huisarts en gynaecoloog (10%) (Kruisvereniging Flevoland, 1983). Landelijk lagen de percentages bevallingen geleid door verloskundigen, huisartsen en gynaecologen in 1980 op respectievelijk 39.5%, 16% en 43.8% (Boerma, 1983), waarbij het aandeel van de verloskundige een geringe tendens tot stijging laat zien en de huisarts steeds meer terrein moet prijsgeven ten gunste van de gynaecoloog. Vergelijken we de percentages bevallingen thuis en in het ziekenhuis, dan geldt landelijk in 1982 een percentage thuisbevallingen van 35.4 tegen over 64.6% bevallingen in het ziekenhuis (Campos Cardoso, 1983). Dit laatste percentage is opsplitsbaar in ongeveer 20-30% poliklinische bevallingen en circa 35-45% klinische bevallingen; de cijfers afkomstig van verschillende bronnen, zo constateren de onderzoekers, spreken elkaar in dit verband wat tegen (Hamers en Boerma, 1985). Voor Almere zijn wat de plaats van de bevalling betreft geen gegevens beschikbaar. Wat de respondenten vinden van de plaats van de bevalling en de hulpverlener bij het gebeuren kan worden afgeleid uit tabel 3.28.

Tabel 3.28.: "een buurvrouw van u verwacht een kind, zij vraagt een aantal mensen om advies over de plaats van bevallen, u adviseert haar ". Antwoorden absoluut en in percentages

	aantal respondenten	
	absoluut	%
thuisbevalling, met verloskundige	196	28
thuisbevalling, met huisarts	51	7
bevalling in kraamcentrum	41	6
bevalling in polikliniek/ziekenhuis	275	39
anders	34	5
weet niet	104	15

Laten we de categorieën 'anders' en 'weet niet' even buiten beschouwing dan blijkt dat 44% van de respondenten een bevalling thuis adviseert, waarbij in 4 van de 5 gevallen wordt gekozen voor de verloskundige als hulpverlener. Bijna de helft van alle respondenten zou een bevalling in een polikliniek of ziekenhuis adviseren, waarbij het punt wie de bevalling moet leiden in het midden wordt gelaten. Wat we zien is derhalve een behoorlijke discrepantie tussen dat wat feitelijk gebeurt en de adviezen zoals die spreken uit de bevolkingsenquête. Wel is het zo dat de keuze voor een bevalling in een ziekenhuis of een polikliniek evenals de keuze van hulpverlener in dit geval theoretisch was en een aantal keren werd begeleid met de opmerking 'voor alle zekerheid'. Andere kanttekeningen bij deze uitspraken zijn dat bij de vraagstelling geen onderscheid is gemaakt naar aard van de zwangerschap en ook terzake wat minder deskundiger (mannen!) hun mening hebben gegeven. Immers, eenmaal in de handen van de verloskundige blijkt men bijzonder tevreden te zijn over de gang van zaken.

### 3.6. Tandartsen

"De tandarts vind ik matig, maar de mondhygiëniste wel prima."

Als laatste in dit rijtje is een oordeel gevraagd over het functioneren van de tandartsen. Zonder dat op dit moment al een opsplitsing wordt gemaakt tussen ziekenfondsverzekerden en respondenten die particulier zijn verzekerd, blijkt dat van de 718 personen bijna 59% in 1984 één of meerdere malen een bezoek heeft gebracht aan de tandarts. Voor geheel Nederland ligt het percentage patiënten dat jaarlijks een of meerdere malen de tandarts bezoekt in 1983 op ongeveer 61%; het percentage voor Noord-Holland is ongeveer 64%. (Van den Berg, 1985) Tabel 3.29 (zie volgende bladzijde) geeft aan dat het overgrote deel zoals mag worden verwacht rechtstreeks naar de tandarts toestapt.

Overigens hangt het wel of niet bezoeken van de tandarts samen met een aantal achtergrondkenmerken. Vrouwen brengen vaker een bezoek aan de tandarts dan mannen ( $r=.06$ ,  $p < .05$ ). Hetzelfde geldt voor jongeren versus ouderen ( $r=.35$ ,  $p < .001$ ), waaraan het feit dat met de leeftijd ook het aantal gebitsprotheses zal toenemen niet vreemd zal zijn. Dezelfde relaties komen ook naar voren bij analyse van de gegevens uit de gezondheidsenquête 1983 (Van den Berg, 1985). Het verband tussen verzekeringsvorm en tandartsbezoek, waarbij particulier



Tabel 3.29.: "als u in 1984 de tandarts heeft bezocht, kunt u dan aangeven hoe u bij de tandarts terecht bent gekomen?"  
Antwoorden in percentages

bezocht tandarts	% respondenten (n=422)
op eigen initiatief	94
anders (bijvoorbeeld via verwijzing)	6

verzekerden vaker naar de tandarts gaan dan ziekenfondsverzekerden, dat landelijk wel aanwezig is, is in Almere afwezig. Overigens blijkt ook landelijk het verband te verdwijnen, indien wordt gecorrigeerd voor leeftijds- en opleidingseffecten.

Niet alleen wordt de tandarts door het merendeel van de mensen regelmatig bezocht, ook de tevredenheid over de tandarts is groot. Tabel 3.30. vormt hiervan de afspiegeling.

Tabel 3.30.: "wilt u met een rapportcijfer aangeven hoe tevreden u, alles in aanmerking genomen, bent over de tandarts?"  
Beoordeling in percentages (N=412)

rapportcijfer		aantal respondenten		
		absoluut	%	cum%
zeer	1	3	1	1
ontevreden	2	-	-	1
	3	-	-	1
	4	1	-	1
	5	11	3	4
	6	26	6	10
	7	57	14	24
	8	121	29	53
zeer	9	98	24	77
tevreden	10	95	23	100

Precies 90% van de respondenten die in 1984 één of meerdere malen een tandarts bezocht geeft een rapportage van 7 of hoger. Het gemid-

deld cijfer ligt op 8.3 (mediaan = 8.4.).

### 3.7. Wie doet wat in de gezondheidscentra

"Alle werknemers zijn prima gemotiveerd, maar er hangt nog steeds zo'n vrijblijvend vrijwilligers sfeertje... Onderlinge coördinatie van de diverse disciplines kan beter."

In het voorgaande deel van dit hoofdstuk was de centrale vraag in hoeverre de aangeboden hulp aansloot bij hetgeen de hulpvragers wensten of voor ogen stond. Strikt genomen is er echter nog een vraag die hieraan vooraf gaat en die tot nu toe nog niet aan de orde is geweest, namelijk met wat voor problemen men naar de verschillende hulpverleners toe zou stappen.

Voor huisartsen is de vraag naar de verwachte functiebreedte, ofwel de taken op niet-medisch gebied welke de patiënt aan de arts toekent, onder andere onderzocht door Winkler Prins en Verhaak. Winkler Prins vond dat op het platteland meer van de huisarts werd verwacht dan in de stad (Winkler Prins, 1966). Verhaak paste het begrip 'functiebreedte' toe in zijn onderzoek naar interdoktervariantie en vond het omgekeerde, terwijl vrouwen en oudere patiënten meer functies toekennen aan de huisarts dan mannen, respectievelijk jongeren (Verhaak, 1983). Beide onderzoekers kozen voor een tweedeling waarbij kon worden aangegeven of men bij bepaalde situaties wel of niet een taak zag weggelegd voor de huisarts. Crebolder onderzocht de functiebreedte in een meer uitgebreide context. In het kader van het onderzoek rond het gezondheidscentrum Withuis, werd aan de toekomstige patiënten van het centrum een reeks concrete problemen voorgesteld. De dertien door Crebolder gekozen onderwerpen betroffen veel voorkomende problemen op het grensgebied van de verschillende hulpverleners in het centrum. De patiënten konden per situatie aangeven naar welke hulpverlener zij toe zouden stappen, waarbij een keuze gemaakt kon worden uit de huisarts, maatschappelijk werker, wijkverpleegkundige, assistente, priester of iemand anders. De voornaamste bevindingen van Crebolder waren dat de wijkverpleegkundige, assistente en 'iemand anders' geen enkele keer de hoogste score behaalden, dat alle problemen met somatische aspecten bij de huisarts worden ondergebracht en dat met name de maatschappelijk werker goed in de markt ligt (Crebolder, 1977). Bij de Almeerse bevolkingsenquête is gekozen voor een opzet à la Crebolder. Immers, ook hier is het interessant na te gaan welke taken aan de verschillende hulpverle-

ners in de gezondheidscentra worden toebedacht nu en wellicht in de toekomst. Wel heeft er een itemselectie plaatsgevonden, waarbij een aantal van de oorspronkelijke onderwerpen van Crebolder die nauwelijks spreiding vertoonden of inmiddels door de praktijk zijn achterhaald zijn vervangen door andere items die uit gesprekken met Almeerse hulpverleners naar voren kwamen. Bij de antwoordcategorieën is de priester, die in Almere geen deel uitmaakt van het samenwerkingsverband en ook bij Crebolder een positie aan de zijlijn innam, van het toneel verdwenen en is een categorie 'daar stap ik beslist niet mee naar een professionele hulpverlener' opgenomen. Tabel 3.31 (zie volgende bladzijde) geeft de feitelijke vragen en de antwoorden van de respondenten.

Met behulp van de cijfers uit tabel 3.31 kunnen we nagaan wie van de hulpverleners in elke concrete situatie de hoogste score behaalt en wie geen enkele maal als eerst aangewezen hulpverlener wordt aangemerkt. De assistente, 'iemand anders' en de categorie 'geen zaak voor professionele hulpverlener' hebben geen enkele keer de hoogste score. Met name aan de assistente wordt geen enkele taak toebedeeld als het gaat om de in de tabel geschetste problemen.

Deze bevinding met betrekking tot de assistente komt overeen met hetgeen Crebolder vond voor deze beroepsgroep. Voor de huisarts, de maatschappelijk werkende en de wijkverpleegkundige staan de gebieden waar zij de hoogste score hebben in tabel 3.32. (zie na tabel 3.31.) Die problemen waarbij psychosociale klachten worden gecombineerd met somatische kenmerken worden aan de huisarts toegewezen. Betreft het problemen van materiële of immateriële aard zonder dat somatische aspecten worden genoemd, dan wordt vaak gekozen voor de maatschappelijk werkende als hulpverlener. Voor praktische problemen zoals hulp bij het huishouden zal men een beroep doen op de wijkverpleegkundige. Overigens is het goed hier op te merken dat de feitelijke situatie in Almere afwijkt van hetgeen landelijk gebruikelijk is. In Almere kan voor hulp in de huishouding geen beroep op de wijkverpleegkundige worden gedaan. Hiervoor is de gezinszorg aangewezen. De wijkverpleegkundige kan wel als intermediair fungeren, maar contacten kunnen ook door anderen en met name door betrokkenen zelf worden gelegd. Het meest opvallende aspect is de belangrijke plaats die men toekent aan de wijkverpleegkundige bij het verlenen van steun aan een zieke gedurende de laatste weken van het leven. Gedeeltelijk zal steun hier door de respondenten zijn opgevat als daadwerkelijke hulp bij verzorging, voor een ander deel lijkt de wijkverpleegkundige hier de taak over te nemen van de pastor. Een aanwijzing voor deze

Tabel 3.31.: "er zijn situaties waarin de ene persoon de huisarts zou willen raadplegen, terwijl een ander liever naar een wijkverpleegkundige of het maatschappelijk werk zou gaan. Hieronder beschrijven wij een aantal situaties. Wilt u bij elk van deze situaties aangeven bij welke hulpverlenende instantie mensen naar uw mening het beste kunnen aankloppen. Goede of foute antwoorden zijn niet mogelijk"

	antwoordcategorieën in percentages (N=660)					
	huis- arts	maat- schap- pelijk werk	wijk- ver- ple- ging	cen- trum assi- stente	andere hulp- ver- lener	geen zaak voor prof. hulpv.
1 er zijn problemen met de opvoeding van een 9-jarige jongen (opvoeding)	23	42	3	-	23	9
2 in een drie jaar oud huwelijk zijn ernstige moeilijkheden ontstaan (huwelijksproblemen)	11	48	-	-	28	12
3 een ouder echtpaar wil eigenlijk liever naar een bejaardentehuis (huisvesting)	28	51	9	1	7	4
4 iemand voelt zich erg eenzaam (eenzaamheid)	9	40	3	1	36	11
5 een vrouw met vijf jonge kinderen is overspannen en heeft hulp in de huishouding nodig (hulp in huishouding)	18	31	39	-	10	2
6 een meisje van 2 jaar komt elke nacht een paar keer huilend uit bed. De ouders zijn bekaf (problemen met nachtrust)	72	3	11	-	7	7
7 van een echtpaar is de man plots wegge- lopen. De vrouw is volledig overstuur (verlating)	42	36	1	-	14	7
8 iemand heeft schulden: de telefoon wordt afgesneden. Thuis wordt een ernstig zieke moeder verpleegd (geldproblemen)	9	59	11	-	16	5
9 een zieke vraagt steun gedurende de laatste weken van het leven (begeleiding stervende)	26	6	40	-	23	5
10 iemand zit 3 mndn. in het gips en krijgt te weinig hulp. Een buurvrouw ook in het gips krijgt veel meer hulp (nazorg bij ziekte)	10	23	51	2	9	5

Tabel 3.32.: probleemvelden en eerstgekozen hulpverleners, in procenten

---

<b>huisarts</b>		
problemen met nachtrust	_____	72%
verlating	_____	42%
<b>maatschappelijk werkende</b>		
geldproblemen	_____	59%
huisvesting	_____	51%
huwelijksproblemen	_____	48%
opvoeding	_____	42%
eenzaamheid	_____	40%
<b>wijkverpleegkundige</b>		
nazorg bij ziekte	_____	51%
begeleiding stervende	_____	40%
hulp in huishouding	_____	39%

---

laatste veronderstelling wordt gevonden door de antwoorden van Crebolder, waar de pastor als aparte categorie is opgenomen, te vergelijken met de gegevens voor Almere. Voor het onderwerp 'begeleiding stervende' ("wie zal de patiënt het beste steun kunnen geven gedurende de laatste weken of maanden van zijn leven?") werden door Crebolder de volgende percentages gevonden: huisarts-26%, maatschappelijk werkende-3%, wijkverpleegkundige-14%, pastor-36% en iemand ander-21%. Denken we de pastor weg, dan zal het percentage dat in deze begeleiding een taak ziet voor de wijkverpleegkundige stijgen naar 20%, weliswaar beduidend minder dan de 40% in Almere maar toch een niet onaanzienlijk aantal. In hoeverre hulpverleners in gezondheidscentra in hun werk met stervensbegeleiding te maken krijgen, welke taken zij hierbij zien voor zichzelf en andere disciplines en hoe tevreden ze hiermee zijn is in meer algemene zin onderzocht door Boerma (1982).

Een apart hoofdstuk in de gezondheidszorg betreft de informatie naar de patiënt toe, bijvoorbeeld over de werking van geneesmiddelen. In het project 'Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg' werd vastgesteld dat een kwart van de respondenten

de voorlichting van de huisarts over bijwerkingen van medicijnen en over de kosten van een behandeling onvoldoende vond (Warmenhoven, 1984). Uit tabel 3.11 kwam naar voren dat in Almere een ongeveer gelijk aantal ontevredenens wordt gevonden, als het gaat om informatie in de meest algemene zin. De vraag hierbij is in hoeverre de informatievoorziening over medicijnen als een taak wordt gezien voor de huisarts, of dat wellicht de apotheker of de centrumassistente hierin een rol kunnen vervullen. Tabel 3.33 geeft aan tot wie de respondenten uit Almere zich zouden kunnen richten bij vragen over medicijnen.

Tabel 3.33. "u wilt erg graag wat meer weten over de werking van bepaalde medicijnen. U vraagt dit aan .....".  
Antwoorden in percentages

	% respondenten (N=707)
de huisarts	67
de dokter/centrum assistente	3
de apotheker	25
anders	3
weet niet	2

De huisarts blijft in de ogen van de Almeerse bevolking de eerst aangewezen voor de informatie over bijvoorbeeld medicijnen. De apotheker vervult in dit opzicht de rol van 'redelijk alternatief', terwijl de assistente ook met betrekking tot dit aspect het liefst voorbij wordt gelopen. Deze bevindingen komen overeen met de resultaten uit andere onderzoeken. Buurma, Smits en Tijmstra, 1982 concluderen naar aanleiding van een onderzoek in Groningen dat vooral aan de arts een belangrijke rol wordt toebedacht op het terrein van de geneesmiddelenvoorziening en in het bijzonder de geneesmiddelenvoorlichting. De apotheker zou de recepten van de arts moeten controleren. Romijn, Versantvoort en Bredé, (1982) stellen in een beschouwend artikel dat bij de aflevering van medicijnen op recept de arts de eerstverantwoordelijke is voor informatie, over deze medicijnen. Leufkens, Kraayeveld en Vierling (1985) tenslotte concluderen op basis van een enquête onder 600 patiënten van twee apotheken dat bij geneesmiddelen op recept de arts duidelijk als belangrijkste informatiebron wordt beschouwd. Bij zelfmedicatie bieden de

bijsluiter en in mindere mate de apotheker de informatie die de patiënt voor ogen staat.

### 3.8. Samenwerking in gezondheidscentra

"Persoonlijk vind ik een gezondheidscentrum een verschrikkelijk iets. De onpersoonlijke hokken waarin de artsen zitten, de onpersoonlijke benadering aan 'de balie', de vele mensen die allemaal voor een deur zitten te wachten op hun beurt..."

Een van de pijlers waarop de eerstelijnszorg in Almere rust is het werken vanuit gezondheidscentra. Door te werken vanuit wijkgerichte centra waarin de belangrijke eerstelijnsvoorzieningen onderdak hebben gevonden, zou de zorg dichter naar de mensen toe worden gebracht en kan worden geprofiteerd van de meerwaarde die ontstaat bij samenwerking. Naar de bewoners van Almere is een van de belangrijkste vragen of men voorstander is van het systeem van gezondheidscentra of dat men wellicht de voorkeur geeft aan zelfstandig gevestigde hulpverleners. Andere vragen hebben betrekking op de voorzieningen die in het gezondheidscentrum zijn samengebracht; mist men bepaalde hulpverleners in de centra zoals zij nu draaien of acht men bepaalde voorzieningen die nu wel aangeboden worden overbodig. De oordelen over het werken vanuit gezondheidscentra staan in tabel 3.34 (zie volgende pagina).

Het werken vanuit gezondheidscentra blijkt duidelijk aan te slaan bij de Almeerse bevolking. Tweederde van alle mensen noemt dit als hun voorkeur. Slechts 4% van de respondenten wenst een systeem waarbij elke werker zijn/haar eigen praktijk heeft. Eenzelfde vraag is gesteld bij de bevolkingsenquête die in 1984 in Lelystad is gehouden om de effecten van de vestiging van het Zuiderzee ziekenhuis te meten. Hoewel de antwoordcategorieën niet volledig identiek zijn, was ook hier het percentage mensen dat de voorkeur gaf aan een gezondheidscentrum het hoogst (43%). De drie andere categorieën scoorden percentages van respectievelijk 23%, 4% en 30%. Hierbij kan nog worden aangetekend dat in Lelystad door de huisartsen wordt gewerkt vanuit gezondheidscentra, groepspraktijken en solistische praktijken. Daarnaast wordt in Lelystad minder de nadruk gelegd op een sterke eerstelijnszorg.

Betrekken we de achtergrondkenmerken van de respondenten bij de voorkeur voor samenwerking dan blijkt dat de mensen afkomstig uit

Tabel 3.34.: "in Almere vindt de gezondheidszorg voor een groot gedeelte plaats vanuit gezondheidscentra. In andere gemeenten werken de verschillende onderdelen vaak minder intensief samen; elke instantie heeft een eigen praktijk. Waar gaat in dit verband uw voorkeur naar uit?"  
Antwoorden in percentages

	% respondenten (N=706)
liefst een gezondheidszorg waarbij hulpverleners samenwerken in één gebouw	67
liefst een gezondheidszorg waarbij hulpverleners wel samenwerken, maar vanuit één gebouw hoeft niet	13
liefst een gezondheidszorg waarbij elke hulpverlener een eigen praktijk heeft en niet teveel met anderen samenwerkt	4
het maakt mij niets uit	16

Amsterdam iets meer geporteerd zijn voor samenwerking dan niet-Amsterdammers ( $r=.07$ ,  $p<.05$ ) Hetzelfde geldt voor jongeren versus ouderen ( $r=.07$ ,  $p<.05$ ) en voor hoger opgeleiden versus lager opgeleiden. ( $r=.07$ ,  $p<.05$ ). Geslacht en de tijd dat men in Almere woonachtig is hebben geen invloed op de voorkeur voor een bepaald type eerstelijnszorg, noch de aantallen keren dat men de afgelopen drie maanden bij de huisarts is geweest. Tenslotte is in dit verband gekeken naar de voorkeur van de respondenten al naar gelang de huisarts waarbij men op dit moment staat ingeschreven. Immers, in theorie zou het mogelijk zijn dat de meeste personen die een voorkeur uitspreken voor solistisch werkende hulpverleners op dit moment als patiënt staan ingeschreven bij de ene vrijgevestigde huisarts in Almere. Inderdaad blijkt het zo te zijn, dat de patiënten van de vrijgevestigde arts significant minder een voorkeur uitspreken voor samenwerking in gezondheidscentra dan de overige respondenten ( $r=.15$ ,  $p<.001$ ). Deze groep blijkt echter niet zozeer een voorkeur te hebben voor solistisch werkende hulpverleners doch veeleer voor een ty-



pe gezondheidszorg waarbij hulpverleners wel samenwerken maar niet noodzakelijkerwijs vanuit een gemeenschappelijk gebouw. Zoals al naar voren komt uit de betrekkelijke lage correlatie-coëfficiënt, zijn de voorstanders van een samenwerking vanuit één gebouw terug te vinden onder de patiënten van alle huisartsen. Hetzelfde geldt echter als het gaat om respondenten met een voorkeur voor solistisch werkende hulpverleners.

De positieve waardering voor het werken vanuit gezondheidscentra blijft niet beperkt tot Almere maar is ook in ander onderzoek rondom gezondheidscentra vastgesteld. In een vrij omvangrijk onderzoek onder de bevolking rond het gezondheidscentrum Ommoord en Hoensbroek bleek dat de bevolking overwegend neutraal tot positief stond ten opzichte van de ideologie bij gezondheidscentra; negatief beoordeeld werden vooral een aantal praktische aspecten, zoals de beperking van huisartsen, lange wachttijden en de meer centrale rol van de assistente (de Boom-Van Duin, Bastiaenen en Goudriaan, 1975). Longitudinaal onderzoek vond plaats rond het gezondheidscentrum Withuis in Venlo. Uit de in totaal drie enquêtes onder patiënten (één enquête voor de opening, twee na opening, terwijl tevens in twee gevallen een controlegroep werd geenqueteerd) kon als voornaamste conclusie worden getrokken dat de overgrote meerderheid van de patiënten zich binnen de nieuwe organisatie van een gezondheidscentrum en de daarmee gepaard gaande werkwijze, beter geholpen wist (Crebolder, 1977). Meer recent zijn enquêtes onder patiënten van een wijkgezondheidscentrum in Enschede (Hofstede, 1982), een gezondheidscentrum in Nijmegen (Ewalds en Van Bentum, 1978; Huige en Leenen, 1979) en bij patiënten van drie samenwerkingsverbanden in Noord-Brabant (Van Brunschot, 1984). De bevindingen in deze onderzoeken onderschrijven het totaalbeeld, dat een gezondheidscentrum een door de cliënten geaccepteerde en geapprecieerde eerstelijnsvoorziening is.

De meerwaarde van samenwerking in gezondheidscentra zou vooral moeten liggen in het directe contact dat hulpverleners met elkaar kunnen hebben. Zo noemen bij het onderzoek naar het functioneren van een gezondheidscentrum in Enschede (Hofstede, 1981) patiënten als belangrijkste voordelen het feit dat meerdere hulpverleners onder één dak zitten, een beter onderling contact en samenwerking tussen disciplines en de centrale ligging van het gebouw. Aan de respondenten in Almere is een mening gevraagd over het verband tussen een goed contact tussen de hulpverleners onderling en de kwaliteit van de hulpverlening. Tabel 3.35 geeft de meningen van de respondenten.

Tabel 3.35.: "een goed en regelmatig contact tussen hulpverleners onderling komt de kwaliteit van de hulpverlening ten goede". Antwoordcategorieën absoluut en in percentages

	% respondenten (N=678)	
	absoluut	%
dat is zo	593	87
ik twijfel, maar dat is eigenlijk wel zo	52	8
ik twijfel, maar dat is eigenlijk niet zo	19	3
dat is niet zo	14	2

De stelling zoals geformuleerd in de kop van tabel 3.35 wordt door 95% van alle respondenten onderschreven.

De vraag of er, naast de hulpverleners die op dit moment al werken vanuit het gezondheidscentrum in de wijk, nog andere instanties of voorzieningen een plaats zouden moeten krijgen in het centrum is door 133 van de 718 respondenten (19%) met 'ja' beantwoord. Hiervan hebben er 128 ook één of meerdere voorzieningen genoemd die men graag in het gezondheidscentrum zag opgenomen. Tabel 3.36 geeft een overzicht van de meest genoemde voorzieningen (zie volgende pagina). Een veel kleiner aantal respondenten is van mening dat er één of meerdere instanties moeten verdwijnen uit het gezondheidscentrum. Van de 28 personen die dit vonden (= bijna 4%) noemden er elf het maatschappelijk werk, terwijl de overige voorzieningen door vijf of minder personen werden genoemd. Vier personen gaven bij deze vraag te kennen dat het hele gezondheidscentrum wat hun betreft beter kan worden opgeheven.

Alle tot nu vermelde opmerkingen over het functioneren van de gezondheidscentra alsmede de individuele hulpverleners zijn afgeleid uit de antwoorden die inwoners van Almere hebben gegeven op vragen die direct betrekking hadden op de betreffende onderwerpen. Naast deze benadering met vragen waarbij door de onderzoekers opgegeven

Tabel 3.36.: "zijn er, naast de hulpverleners die op dit moment al werken vanuit het gezondheidscentrum in uw wijk, nog andere instanties waarvan u vindt dat zij eigenlijk in het gezondheidscentrum thuishoren?"

Meest genoemde voorzieningen, naar het aantal keren dat zij zijn vermeld

voorziening	aantal keren genoemd
apothek	45
EHBO-opvang	19
alternatieve geneeswijzen	12
geestelijke gezondheidszorg	12
kruisvereniging/gezinsverzorging	16
oogarts	9
andere voorzieningen (minder dan 5 keer genoemd)	47

antwoordcategorieën konden worden aangekruist, zijn de respondenten ook in de gelegenheid gesteld in meer kwalitatieve zin opmerkingen te maken over de Almeerse gezondheidszorg of de vorm van de vragenlijst. Ruim 20% van de respondenten heeft deze gelegenheid aangegrepen om in hun eigen woorden een oordeel te geven over hetgeen hen niet of juist wel aanstond. We laten de toelichtingen op afzonderlijke vragen, kritiek op de vorm van de vragenlijst en verzoeken om toezending van de resultaten van het onderzoek buiten beschouwing, en beperken ons tot opmerkingen over de eerstelijnszorg. Ook beperken we ons tot opmerkingen die door tenminste drie respondenten naar voren worden gebracht.

Een van de meest genoemde kritiekpunten betreft de (telefonische) bereikbaarheid van de huisarts of het gezondheidscentrum, in het bijzonder op die momenten dat men naar eigen gevoel snel een arts denkt nodig te hebben. Dit onderwerp wordt twaalf keer genoemd. Andere onderdelen waar kritiek op wordt gegeven zijn de regeling van de avond-en weekenddiensten (zes keer genoemd), het systeem van afspraken dan wel het ontbreken van een inlooppreekuur (vijf keer genoemd), de geringe bereidheid van de huisarts om visites af te leggen (drie keer genoemd) en de wijze waarop de huisarts zijn of haar voorlichtende taak vervult (drie keer genoemd). Eveneens drie respondenten vragen om wat oudere artsen en om 'alternatieve' huisartsen.

### 3.9 Samenvatting

Vatten we hoofdstuk drie in enkele zinnen samen, dan mag allereerst worden gekonstateerd dat de Almeerse bevolking in grote lijnen tevreden is met manier waarop de eerstelijnszorg in Almere is opgezet en met de hulpverleners die deze zorg inhoud geven. Hoewel de oordelen wat kunnen verschillen naar respondentkenmerken en ook de ene hulpverlener wat hoger wordt beoordeeld dan de ander, liggen de gemiddelde rapportcijfers rond de acht. Overigens komt een percentage ontevredenen van 10-20% overeen met landelijk onderzoek op het terrein van de gezondheidszorg; Almere steekt hier dus niet duidelijk bovenuit. Deze tevredenheid betekent niet dat er geen aanmerkingen zouden zijn. Met name de bereikbaarheid overdag en de regeling van avond- en weekenddiensten van de huisarts worden niet altijd even gelukkig bevonden en ook het feit dat de huisarts in de ogen van de patiënt soms wel wat erg lang wacht met verwijzen vormt voor sommigen een punt van kritiek. Wel is het verheugend te constateren dat meer dan 80% van de respondenten weet wat te doen als EHBO noodzakelijk is. De samenwerking vanuit de wijkgerichte gezondheidscentra wordt in elk geval gesteund door 2/3 van de bevolking; het resterende deel van de inwoners van Almere spreekt geen voorkeur uit of hecht niet aan het werken vanuit één gebouw. Slechts vier procent van de respondenten zag liever een traditionele zorg met solistisch werkende hulpverleners.

#### 4. RESULTATEN TWEDELIJNSZORG

Voor het merendeel van de tweedelijnsvoorzieningen is de bevolking van Almere aangewezen op de omliggende plaatsen. Het feit dat bijvoorbeeld een ziekenhuis (nog) ontbreekt zal sterk van invloed zijn op reistijden naar specialisten die in een ziekenhuis spreekuur houden en ook op het algemeen oordeel over de tweedelijnszorg in zijn totaliteit. Alle opnames vinden noodgedwongen buiten Almere plaats. Wel beschikt Almere over het Medisch Centrum Almere (MCA), een buitenpolikliniek van het Burgerziekenhuis in Amsterdam. Bovendien houden enkele specialisten van het ziekenhuis Gooi-Noord spreekuur in het gezondheidscentrum 'de Haak'. Hoewel het aantal respondenten uit de bevolkingsenquête dat in 1984 te maken heeft gehad met tweedelijnsvoorzieningen te klein is om als basis te dienen voor een uitgebreide rapportage (de verwijfsregistratie die in de maanden februari/mei 1985 plaatsvond bij alle Almeerse huisartsen biedt meer aanknopingspunten) zijn toch enkele vragen opgenomen over de ervaringen met specialisten. Deze vragen vormen de kern van dit korte hoofdstuk. Zij hebben betrekking op de aantallen en aard van de contacten en de tevredenheid over het laatste bezoek aan de specialist.

##### 4.1. Contacten met specialisten

"Als je bijvoorbeeld naar de KNO-arts moet, dan kan dat maar één dag per week. Of je moet naar het ziekenhuis. Zonder eigen vervoer ben je een hele dag kwijt. Dat moeten ze anders regelen."

Landelijke gegevens wijzen uit dat jaarlijks ongeveer 36% van alle mensen één of meerdere malen een specialist bezoekt (Appelboom, 1984). Dit percentage, gevonden bij de CBS gezondheidsenquête 1982, is het gemiddelde over alle regio's en leeftijdscategorieën. Wat voor percentage kunnen we nu verwachten in Almere? Enerzijds heeft Almere een relatief jonge bevolking waardoor het verwijfscijfer naar specialisten lager zou kunnen uitvallen, terwijl ook de hele opzet van de gezondheidszorg erop gericht is mensen zo lang en zo goed mogelijk in de eerstelijns te behandelen. Anderzijds is de Almeerse bevolking voor een groot deel afkomstig uit Noord-Holland waar een relatief hoog percentage mensen jaarlijks de specialist bezoekt. Wordt

dit frequente specialistenbezoek gecontinueerd in Almere dan zou dit feit op zich resulteren in een percentage dat ligt boven het landelijk gemiddelde.

Van de 718 respondenten zeggen er 282 (=41%) één of meerdere keren in 1984 een bezoek gebracht te hebben aan de specialist. Inbegrepen zijn echter 21 personen die in 1984 de fysiotherapeut hebben bezocht; voor twee personen gold dit een fysiotherapeut verbonden aan een ziekenhuis, terwijl de overige bezoeken werden afgelegd aan extramuraal werkende fysiotherapeuten (bijvoorbeeld in gezondheidscentra). Verminderen we het oorspronkelijke aantal van 282 met de 19 bezoekers van extramuraal werkende fysiotherapeuten, dan komen we op een percentage personen dat in 1984 één of meerdere specialisten bezocht van 37%. Dit is nagenoeg gelijk aan het landelijk gemiddelde.

Aan de mensen die in 1984 bij één specialist (85%) of bij twee of meer specialisten (15%) onder behandeling zijn geweest, is gevraagd om welke specialisten het ging. De resultaten samengevat in enkele hoofdgroepen, zijn weergegeven in tabel 4.1. Het gaat hierbij om 297 verschillende specialisten waarbij 253 mensen onder behandeling zijn geweest; 10 personen hebben geen specialist ingevuld. Ter vergelijking zijn ook de percentages opgenomen die gelden voor geheel Nederland, op basis van de Gezondheidsenquête 1982.

Tabel 4.1.: "als u de afgelopen 12 maanden voor uzelf bij de specialist bent geweest, op welke specialisme heeft dit dan betrekking?" Antwoorden voor Almere en Nederland in percentages

specialisme	respondenten	
	Almere (N=253)	Nederland (N=ca 4000)
interne geneeskunde	23	26
heelkunde	37	31
kleinere specialismen	24	27
zenuw- en zielsziekten	8	8
ondersteunende specialismen	2	2
mondziekten + kaakchirurgie	5	4
overige specialismen	2	2

Tabel 4.1 laat zien dat eigenlijk alleen bij heelkunde Almere afwijkt van de situatie in de rest van Nederland. Deze afwijking wordt volledig verklaard door het relatief grote aantal vrouwen uit Almere dat een beroep doet op de gynaecoloog. Bij het landelijk percentage van 31%, zijn er van elke tien bezoeken aan een heelkundige specialist drie voor de gynaecoloog. In Almere neemt gynaecologie tussen de 50 en 60% van alle bezoeken aan 'heelkunde' voor haar rekening. De afwijkende bevolkingssamenstelling van Almere, met een oververtegenwoordiging van vrouwen in de vruchtbare leeftijd en een daarmee verbonden hoog geboortecijfer zijn hierbij verantwoordelijke factoren.

Behandeling door een specialist kan plaatsvinden tijdens een opname in het ziekenhuis, tijdens een bezoek aan de polikliniek en via een bezoek bij de specialist aan huis. Tabel 4.2 geeft de verdeling waar het de in totaal 344 specialistenbezoeken in 1984 betreft.

Tabel 4.2. "bezoekt u in 1984 een specialist tijdens een ziekenhuisopname, bij een bezoek aan de polikliniek of kwam u bij de specialist aan huis?"

Antwoorden absoluut en in percentages.

bezoekt specialist	respondenten *	
	absoluut	%
bij opname in ziekenhuis	71	21
bij bezoek aan polikliniek	229	66
bij specialist aan huis	20	6
anders	24	7

\* Een aantal respondenten heeft meer dan één categorie aangekruist waardoor het totaal de 263 respondenten die in 1984 de specialist hebben bezocht overschreidt.

Tabel 4.3 (zie volgende bladzijde) geeft een overzicht van de plaatsen waar de bezochte specialisten spreekuur hebben. Hierbij kan nog worden aangetekend dat, zoals in de inleiding al vermeld, ziekenhuisopnames (noodgedwongen) allemaal buiten Almere geschieden. In tabel 4.3 is een opsplitsing gemaakt naar ziekenhuizen en poliklinieken. De categorieën 'bezoek bij specialist aan huis' en 'anders'

zijn gelet op de kleine aantallen buiten beschouwing gelaten. Van de respondenten die een specialist aan huis hebben bezocht, doet 75% dit in Amsterdam. De categorie 'anders' bevat vooral respondenten die aangeven een van de specialisten die in gezondheidscentrum 'De Haak' te hebben bezocht.

Tabel 4.3.: bezoeken aan specialisten, naar plaats van vestiging en opgedeeld naar ziekenhuis en polikliniekbezoek.  
Aantallen respondenten in percentages

plaats van vestiging	% respondenten	
	ziekenhuis (N=71)	polikliniek (N=229)
Almere	-	20
Naarden/Bussum	53	33
Hilversum	6	3
Amsterdam	38	39
Utrecht	3	2
overig	-	3

Beperken we ons tot het specialistenbezoek tijdens de ziekenhuisopname dan scoren de ziekenhuizen in Naarden/Bussum het hoogst (53% tegen 38% voor de ziekenhuizen in Amsterdam). Bij het polikliniekbezoek neemt Amsterdam met 39% (tegen 33% in Naarden/Bussum) de eerste plaats in. Van alle Amsterdamse ziekenhuizen nemen de specialisten van het AMC de meeste bezoekers uit Almere voor hun rekening (37 patiënten); het Burgerziekenhuis kwam uit op 17 patiënten. In beide gevallen betreft het zowel bezoekers aan de polikliniek als bezoeken aan een specialist tijdens opname. Van de bezoeken aan de in Almere spreekuur houdende specialisten, gaat ruim 70% naar het Medisch Centrum Almere en bijna 30% naar de vanuit 'de Haak' praktiserende specialisten. Gelet op de kleine aantallen mag aan deze percentages niet al te veel waarde worden toegekend. De resultaten uit de verwijs- en consultregistratie zullen meer inzicht verschaffen in patiëntenstromen.



## 4.2. Tevredenheid met specialisten

"Waar mijn inziens heel snel iets aan gedaan moet worden zijn de krankzinnig lange wachttijden voor specialisten in Almere... Ik vind het te gek dat je 2 à 3 maanden moet wachten voor je bijvoorbeeld bij een oogarts terecht kunt. Dat maakt dat de mensen liever bij een specialist in hun oude woonplaats blijven..."

Net als bij de bezoeken aan huisarts en andere eerstelijnsvoorzieningen, is ook bij de specialist gevraagd via een rapportcijfer de tevredenheid uit te drukken over het laatste bezoek. Hierbij is niet volstaan met een algemeen oordeel, maar is gevraagd naar een beoordeling op vier aspecten. Dit zijn: de snelheid waarmee men bij de specialist terecht kon, de reistijd naar de specialist toe, de wachttijd bij het laatste bezoek en de wijze waarop de specialist met de patiënt omging. Er is geen oordeel gevraagd over de kwaliteit van de behandeling; voor een patiënt zou het heel erg moeilijk zijn een dergelijk oordeel te geven.

Tabel 4.4 geeft de scores van de respondenten die in 1984 één of meer bezoeken aan een specialist hebben gebracht.

Tabel 4.4.: waarderingcijfers voor het laatste bezoek aan een specialist toegekend door respondenten, in procenten

rapport- cijfer	snelheid waarmee men terecht kon (N=258)	reistijd naar spe- cialist toe (N=249)	wachttijd bij laatste bezoek (N=253)	omgang spe- cialist met patiënt (N=257)
1 zeer	2	2	3	2
2 ontevreden	1	2	2	1
3	4	6	7	1
4	2	8	4	3
5	5	11	6	2
6	10	18	11	9
7	20	17	21	18
8	23	17	24	25
9 zeer	10	6	9	21
10 tevreden	23	12	13	18

Tabel 4.5 vat deze gegevens samen via de gemiddelde rapportcijfers en het percentage respondenten dat een zeven of hoger heeft gegeven.

Tabel 4.5.: samenvattend oordeel over vier aspecten bij het laatste bezoek aan een specialist

	gemiddeld rapportcijfer		% respondenten met 7 of hoger	N
	rek. gemid.	mediaan		
snelheid waarmee men bij de specialist terecht komt (item 1)	7.5	7.7	76	258
reistijd bij het laatste bezoek aan de specialist (item 2)	6.5	6.7	53	249
wachttijd bij het laatste bezoek aan de specialist (item 3)	6.9	7.3	66	253
wijze waarop de specialist met u omging als patiënt (item 4)	7.8	8.1	82	257

De reistijd bij het bezoek aan de specialist en de tijd die men doorbrengt in de wachtkamer geven de meeste aanleiding tot ontevredenheid. Over de snelheid waarmee men bij de specialist terecht kon en de behandeling door de specialist is meer dan 3/4 van de respondenten tevreden tot zeer tevreden.

Bij het bezoek aan de specialist is het, vooral waar het de reistijd betreft, niet eerlijk alle scores samen te nemen. Het maakt nogal wat verschil of men in Almere zelf terecht kan, of dat men is aangewezen op bijvoorbeeld Naarden/Bussum of Amsterdam. Aan de andere

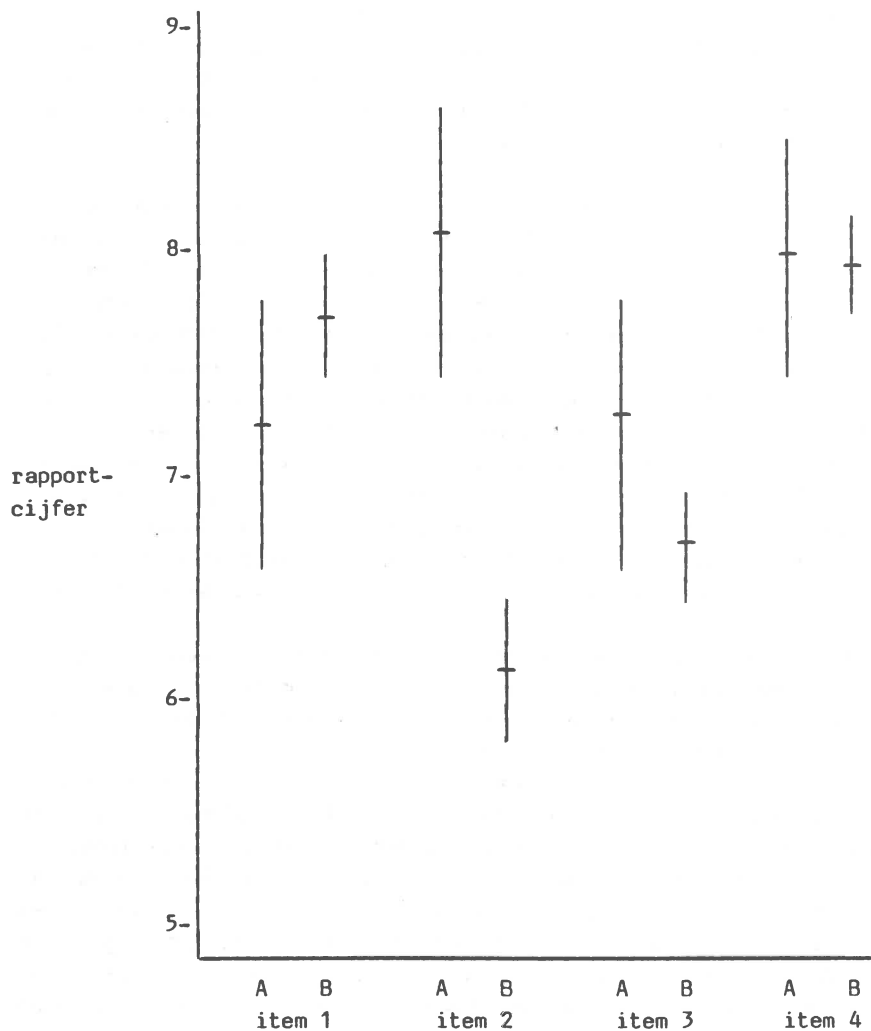
kant is het voorstelbaar dat mensen juist in Amsterdam onder behandeling blijven omdat zij daar snel terecht kunnen of een goede band hebben opgebouwd met de specialist. In figuur 4.1 is een opsplitsing gemaakt in twee groepen. Mensen voor wie het laatste bezoek aan een specialist plaatsvond in Almere zijn, wat hun gemiddelde scores betreft vergeleken met de respondenten die een specialist buiten Almere bezochten. Per groep worden rekenkundig gemiddelden gegeven en een 95% betrouwbaarheidsinterval.

Figuur 4.1 (zie volgende bladzijde) laat zien dat er alleen bij de reistijd naar de specialist toe een duidelijk verschil bestaat tussen de twee groepen in de hoogte van het rapportcijfer. Mensen die een specialist in Almere bezoeken zijn over de benodigde reistijd meer tevreden dan de bezoekers aan een specialist buiten Almere. Belangrijker is dat er wat de overige criteria betreft nauwelijks verschillen zijn tussen beide groepen. Weliswaar geven degenen die een specialist buiten Almere bezoeken een iets hoger cijfer voor de snelheid waarmee men bij de specialist terecht kan dan mensen die in Almere terecht kunnen, het verschil is echter niet significant. Het argument, dat men liever naar een specialist buiten Almere gaat om de lange wachttijden tussen het maken van een afspraak en het bezoek aan het spreekuur in Almere te ontlopen, gaat in zijn algemeenheid niet op.

Deze conclusie kan worden genuanceerd voor drie specialismen, te weten oogheelkunde, gynaecologie en interne geneeskunde. Hoewel ook bij deze drie specialismen de aantallen bezoekers in de categorieën 'bezoekt Almeerse specialist' en 'bezoekt niet-Almeerse specialist' klein zijn, blijkt er een opvallend verschil te zijn tussen de specialismen oogheelkunde en interne geneeskunde. Patiënten die bij een oogheelkundig specialist in Almere onder behandeling zijn geven een lager rapportcijfer als het gaat om de wachttijd tussen afspraak en behandeling dan de bezoekers van oogheelkundig specialisten buiten Almere ( $T=1.88, p < .10$ ). Bij interne geneeskunde is het omgekeerde het geval. Hier zijn het juist de patiënten van in Almere spreekuur houdende specialisten die meer tevreden zijn over de mogelijkheden om snel geholpen te worden dan de patiënten van wie de specialist buiten Almere spreekuur houdt ( $T=2.36, p < .05$ ). Voor gynaecologie/verloskunde kunnen, ten aanzien van de tevredenheid over de snelheid waarmee men bij de specialist terecht, geen verschillen worden genoteerd tussen Almeerse en niet-Almeerse specialisten.

Bij de wachttijd tijdens het laatste bezoek aan een specialist is de situatie omgekeerd; hier lijken de bezoekers in Almere wat meer te-

Figuur 4.1.: beoordeling laatste bezoek specialist op vier criteria, naar vestigingsplaats specialist



- A = bezocht specialist in Almere (N=60)
- B = bezocht specialist buiten Almere (N=190)
- item 1 = snelheid waarmee men bij de specialist terecht kon
- item 2 = reistijd naar de specialist toe
- item 3 = wachttijd bij laatste bezoek aan specialist
- item 4 = wijze waarop specialist met u omging als patiënt

vreden dan zij die buiten Almere terecht komen, doch ook dit verschil is niet significant. In de wijze waarop specialisten omgaan met hun patiënten zijn geen verschillen te constateren tussen beide groepen.

Vergelijking met landelijke cijfers is, waar het bezoeken aan specialisten betreft, moeilijk. Bij onderzoek naar de tevredenheid over het verblijf in een ziekenhuis (zie voor een overzicht Visser, 1984), komt het bezoek aan/van de specialist, incidenteel en vaak slechts indirekt ter sprake. Distilleren we uit deze onderzoeken toch een algemeen beeld dan blijkt dat het percentage ontevreden in ziekenhuizen schommelt tussen de 10 en 25%. Almere steekt hier met de tevredenheid over specialisten niet erg gunstig bij af. Beschouwen we een rapportcijfer van minder dan 7 als ontevreden, dan schommelt het percentage ontevreden tussen de 18 en 47%. Er zijn relatief veel ontevreden over wacht- en reistijden; over de manier waarop de specialist omgaat men zijn of haar patiënten heeft men minder klachten.

Tot zover de mening van de bevolking over de tweedelijns-voorzieningen in Almere.

## 5. DE GRENZEN TUSSEN EERSTE- EN TWEDELIJN

Patiënten die van tweedelijnsvoorzieningen gebruik willen of moeten maken hebben hiervoor in de regel een verwijskaart nodig van hun huisarts. Via verwijskaarten zou de eerstelijns een belangrijke regulerende rol kunnen spelen in het aantal patiënten dat in de tweedelijns terecht komt of daar (onnodig lang) blijft hangen. Over de manier waarop een verwijzing tot stand komt en de mening van de patiënt hierover gaat de eerste subparagraaf. Paragraaf 5.2 gaat over het grensgebied tussen huisarts en specialist. Door wie wil de patiënt het liefst worden behandeld; aan wiens oordeel kent hij het meeste waarde toe?

### 5.1. Verwijzing van huisarts naar specialist

"Dat de eerstelijnsgezondheidszorg in Almere verwijzing probeert te voorkomen is te waarderen. Maar als de patiënt te lang van bezoek aan een specialist wordt weerhouden, kan dat schadelijk zijn..."

In de vragenlijst staan twee vragen over verwijzingen van huisarts naar specialist. In de eerste plaats is aan de mensen die in 1984 onder behandeling van een specialist zijn geweest gevraagd hoe deze verwijzing feitelijk tot stand is gekomen. Tabel 5.1 geeft de resultaten (zie volgende pagina).

In dit verband is het aardig een voorschot te nemen op de resultaten van de in Almere gehouden verwijsregistratie, waarbij alle Almeerse huisartsen gedurende tien weken bijzonderheden hebben genoteerd de verwijzingen naar specialisten en fysiotherapeuten. Aan de artsen is een soortgelijke vraag gesteld over wie het initiatief had genomen tot de verwijzing. Laten we de categorie 'buiten de huisarts om bij de specialist terecht gekomen' buiten beschouwing dan blijkt uit tabel 5.1 dat 62% van de verwezen personen het initiatief in meer of mindere mate bij de huisarts legt. Stellen we dezelfde vraag aan de huisarts, dan is de uitkomst ook een percentage van 62. Een opvallende overeenkomst in de meningen over het aandeel van patiënt en huisarts bij een verwijzing naar de specialist.

De categorie 'buiten de huisarts om bij de specialist terechtgekomen' is nog eens afzonderlijk bekeken. Het is mogelijk dat in deze

Tabel 5.1.: "voordat u bij de specialist terecht kunt heeft u meestal een advies of een verwijskaart van de huisarts nodig. Als u in 1984 onder behandeling bent geweest van een specialist, hoe is de laatste verwijzing dan tot stand gekomen?" Antwoorden in percentages

wijze van totstandkoming van verwijzing	aantal respondenten	
	absoluut	%
de huisarts vertelde mij dat verwijzing noodzakelijk was	61	23
de huisarts stelde verwijzing voor en ik was het daarmee eens	71	27
ik stelde verwijzing voor en de huisarts was het daarmee eens	63	24
ik heb sterk op verwijzing aangedrongen, maar de huisarts was het er eigenlijk niet mee eens	18	7
ik ben buiten de huisarts om bij de specialist terecht gekomen	50	19

categorie veel verwijzingen naar de oogarts zijn terechtgekomen of voornamelijk bestaat uit particuliere patiënten die strikt genomen niet altijd een verwijskaart nodig hebben om een specialist te bezoeken. Een opsplitsing naar specialisme laat slechts een geringe oververtegenwoordiging voor oogheelkunde zien, terwijl ook chirurgie (EHBO?) kaakchirurgie (verwijzingen door de tandarts?) en verloskunde (Almeerse verloskundigen kunnen zelfstandig verwijzen) enigszins zijn oververtegenwoordigd. De geringe aantallen laten echter niet toe hier al te stellige conclusies aan te verbinden. Wat verzekeringsvorm betreft blijkt dat in de groep die buiten de huisarts om bij de specialist terecht is gekomen, het aantal particuliere patiënten is oververtegenwoordigd in vergelijking tot de verdeling in de totale populatie patiënten die in 1984 een specialist hebben bezocht (48% partikuliere patiënten tegen 32% particulier verzekerden

bij alle bezoekers van een specialist).

Vervolgens is er gekeken naar wie volgens de patiënt zou moeten beslissen of er wel of niet naar de specialist wordt verwezen. Voor deze vraag staan de antwoordpercentages in tabel 5.2. In deze tabel staan tevens vermeld de percentages die zijn gevonden in Lelystad, bij enquêtes onder in totaal ca 1700 respondenten.

Tabel 5.2.: "wie moet er volgens u beslissen of een patiënt wordt verwezen naar een specialist?" Antwoorden voor Almere en Lelystad in percentages

	% respondenten in	
	Almere (N=706)	Lelystad (N=1680)
huisarts	2	6
huisarts, i.o.m de patiënt	59	75
de patiënt, i.o.m. de huisarts	38	18
patiënt	1	1

Een meerderheid van de bewoners van Almere vindt dat bij verwijzing de huisarts moet beslissen in overleg met de patiënt. Het percentage van 59% ligt echter belangrijk onder de 75% die in Lelystad werd gevonden. Het verschil is significant ( $p < .01$ ). In Almere zou naar de mening van de respondenten de patiënt relatief veel te zeggen moeten hebben over de beslissing al dan niet verwijzen. De nadruk die in Almere wordt gelegd op de mondigheid van de patiënt zal hieraan niet vreemd zijn.

De vragen wie volgens de patiënt moet beslissen over een verwijzing en hoe de laatste verwijzing naar de specialist tot stand is gekomen, staan niet los van elkaar. Een logische veronderstelling is dat naarmate de patiënt meer beslissingsruimte claimt voor zichzelf, de uiteindelijke verwijzing ook meer op initiatief van de patiënt tot stand is gekomen. Tabel 5.3 laat zien dat dit inderdaad het geval is (zie volgende pagina).

Overigens blijft het in dit geval moeilijk oorzaak en gevolg aan te geven. Een alternatieve mogelijkheid is dat de respondent zijn oordeel over wie bij een verwijzing hoort te beslissen afstemt op de ervaring(en) in de spreekkamer van de huisarts.



Tabel 5.3.: verband tussen het oordeel over wie er bij een verwijzing zou moeten beslissen en de feitelijke beslissing bij de laatste verwijzing naar de specialist; respondenten die in 1984 via de huisarts zijn verwezen, in aantallen (N=232)

beslissing over de verwijzing hoort te liggen bij:	verwijzing kwam tot stand op initiatief van:			
	huisarts	huisarts i.o.m. patiënt	patiënt i.o.m. huisarts	patiënt
huisarts	5	1	-	-
huisarts i.o.m. patiënt	40	62	43	8
patiënt i.o.m. huisarts	21	14	24	12
patiënt	-	-	1	1

Chi<sup>2</sup>= 28.9    bij df=9 (p < .001)

## 5.2. Plaats van huisartsen en specialisten in de hulpverlening

"Ik vind dat de huisarts een zeer belangrijke taak heeft, maar zou zelf toch graag doorverwezen worden en wil niet aan het lijntje gehouden worden als hij er niet uitkomt."

Patiënten kunnen op een aantal manieren laten merken dat zij een voorkeur hebben voor een behandeling door de huisarts of juist voor een behandeling door de specialist. Zo kunnen bij een bezoek aan de huisarts zelf initiatieven worden genomen voor een verwijzing, terwijl een andere mogelijkheid is dat men direct een specialist benadert en achteraf een verwijskaart bij de huisarts vraagt.

Om vast te stellen hoe deze voorkeuren liggen voor de respondenten uit Almere, zijn er acht items voorgelegd over de plaats van de huisarts en de specialist in de hulpverlening.

Een negende item is opgenomen om nogmaals het oordeel te vragen over de huisarts als sleutelfiguur bij een verwijzing. Tabel 5.4 geeft de frequentieverdelingen van alle negen uitspraken. Hierbij moet nog worden opgemerkt dat het algemene uitspraken betreft over beide beroepsgroepen; er wordt in deze vragen geen oordeel gevraagd over het werken van Almeerse huisartsen en specialisten.

Tabel 5.4.: meningen over de plaats van huisartsen en specialisten  
in de hulpverlening.  
Antwoorden in percentages

	antwoordcategorieën in percentages (N=680)			
	dat is zo	twijfel, is eigenlijk wel zo	twijfel, is eigenlijk niet zo	dat is niet zo
1. het belang van hulpverlening door een specialist wordt meestal overdreven; de meeste ziekten kan een huisarts zelf behandelen	16	17	19	48
2. een huisarts moet proberen zoveel mogelijk klachten zelf te behandelen en patiënten niet te snel naar een specialist verwijzen	43	20	16	22
3. als er te veel dokters zouden zijn, kan beter het aantal specialisten worden verminderd dan het aantal huisartsen	22	14	15	49
4. ook bij minder ernstige ziekten kun je beter door een specialist worden behandeld dan door een huisarts	11	8	15	66
5. huisartsen hebben een belangrijker taak in de gezondheidszorg dan specialisten	47	14	9	30
6. als een huisarts twijfelt of je iets mankeert, dan moet hij je meteen doorverwijzen naar een specialist	64	16	7	12
7. bij een specialist ben je in betere handen dan bij een huisarts	17	16	15	52
8. voor de meeste ziekten kun je beter bij de huisarts terecht dan bij de specialist	48	17	14	21
9. huisartsen sturen je maar voor elk wissewasje naar de specialist	2	1	4	93

Om met het laatste item uit tabel 5.4 te beginnen: voor de respondenten is de huisarts beslist niet iemand die patiënten voor elke kleinigheid naar de specialist stuurt.

Voor beantwoording van de vraag of er aparte voorkeuren bestaan voor behandeling door de huisarts of specialist zijn de uitspraken 1 t/m 8 onderworpen aan een factoranalyse. In ons geval zijn wij op zoek naar een latente variabele 'voorkeur voor huisarts' of 'voorkeur voor specialist'. Factoranalyse van de items 1 t/m 8 levert twee factoren op met een eigenwaarde groter dan één. Na varimax-rotatie ontstaat een patroon dat is weergegeven in tabel 5.5. (zie volgende bladzijde).

Uit het feit dat bij de factoranalyse twee factoren naar voren komen mag worden afgeleid dat er niet gesproken kan worden van een voorkeur voor òf de huisarts òf de specialist. Naast factor 1, die we 'voorkeur huisarts' zullen noemen, bestaat er een onafhankelijke waardering van de specialist. Deze 'voorkeur specialist' blijkt uit factor 2, die overigens geringer van gewicht is. Bij vergelijking van huisarts en specialist wordt de één los van de ander gewaardeerd. Omdat dezelfde vraag is gesteld aan de inwoners van Lelystad kunnen we de voor Almere gevonden twee-factor-oplossing vergelijken met de resultaten van de factoranalyse voor dezelfde items in Lelystad. Ook in Lelystad komen twee factoren naar voren als latente variabelen, beide met dezelfde items als indicatoren; factorladingen en percentages verklaarde variantie verschillen niet noemenswaardig (Dopheide en Nijhout, 1983).

De constatering dat huisarts en specialist onafhankelijk van elkaar worden gewaardeerd en dat niet gesproken kan worden van de voorkeur voor één type zorg, is op zich een interessante bevinding. De volgende vraag is echter of er een verband kan worden vastgesteld tussen beide latente variabelen en de waardering voor de Almeerse gezondheidszorg in het algemeen en de waardering voor de huisarts in het bijzonder. De twee meest voor de hand liggende hypothesen als het gaat om de tevredenheid met de huisarts zijn:

- naarmate de voorkeur voor een type zorg waarbij de huisarts centraal staat groter is, zal men meer tevreden zijn met de manier van werken van de huisarts in Almere;
- naarmate de voorkeur voor een type zorg waarbij de specialist centraal staat groter is, zal men minder tevreden zijn met de manier van werken van de huisarts in Almere.

Voor de toetsing van beide hypothesen zijn de items die samen de

Tabel 5.5.: factorenanalyse op de items 1 t/m 8 van tabel 5.4, over de plaats van huisarts en specialist in de hulpverlening. Varimax-rotatie met twee factoren en ladingen van de afzonderlijke items

uitspraak	factor 1	factor 2
- voor de meeste ziekten kun je beter bij de huisarts terecht dan bij de specialist	.569	-.017
- een huisarts moet proberen zoveel mogelijk klachten zelf te behandelen en patiënten niet te snel naar een specialist verwijzen	.546	-.217
- als er teveel dokters zouden zijn, kan beter het aantal specialisten worden verminderd dan het aantal huisartsen	.504	-.204
- het belang van hulpverlening door een specialist wordt meestal overdreven; de meeste ziekten kan een huisarts zelf behandelen	.489	-.084
- huisartsen hebben een belangrijker taak in de gezondheidszorg dan specialisten	.457	.185
- bij een specialist ben je in betere handen dan bij een huisarts	.041	.662
- ook bij minder ernstige ziekten kun je beter door een specialist worden behandeld dan door een huisarts	-.111	.384
- als een huisarts twijfelt of je iets mankeert, dan moet hij je meteen doorverwijzen naar een specialist	-.044	.323
% gebonden variantie per factor	26.6%	18.0%

afzonderlijke factoren vormen samengevoegd tot een schaal. Per respondent zijn somscores berekend. Hierbij dient overigens te worden opgemerkt dat eigenlijk alleen bij de variabele 'voorkeur huisarts' van een schaal mag worden gesproken (Crombach's  $\alpha$  = .64). De drie

items die te zamen de variabele 'voorkeur specialist' vormen, zijn met een betrouwbaarheids coëfficiënt van  $\alpha = .43$  nauwelijks als een betrouwbare schaal op te vatten. Gedachtig Gadourek's opmerking 'beter een slechte schaal dan helemaal geen schaal' (Gadourek, 1982) zal hier toch mee worden gewerkt.

Toetsing van de beide hypothesen resulteert in beide gevallen tot de conclusie dat de hypothese niet mag worden verworpen. Een grotere voorkeur voor een gezondheidszorg waarin de huisarts centraal staat correspondeert met een hogere tevredenheid over de huisarts in Almere ( $r = .21$ ,  $p < .01$ ). Naarmate de voorkeur voor een type zorg waarin de specialist centraal staat groter is, blijkt men minder tevreden te zijn met de eigen huisarts in Almere ( $r = -.21$ ,  $p < .01$ ). Het effect van de variabele 'voorkeur huisarts' op de tevredenheid met de almeerse huisarts blijft bestaan indien we de respondentkenmerken in de analyse betrekken. Naast de 'voorkeur huisarts' leveren de variabelen leeftijd (hoe ouder, hoe meer tevreden) verhuisdatum (hoe langer men in Almere woont, hoe meer tevreden) een gezondheidstoestand (hoe minder klachten hoe meer tevreden) significante bijdrage aan de verklaring van verschillen in de tevredenheid met het werken van de eigen huisarts.

Ook voor het effect 'voorkeur specialist' geldt, dat het blijft bestaan indien de respondentkenmerken in de vergelijking worden betrokken. Van deze respondentkenmerken leveren de variabelen leeftijd, de eigen gezondheidstoestand en verhuisdatum een significante bijdrage aan de verklaring voor verschillen in het rapportcijfer voor de eigen huisarts. ( $p < .01$ ).

Worden beide variabelen te zamen opgenomen in een regressiemodel met de inmiddels bekende respondentkenmerken, dan staat het resultaat weergegeven in tabel 5.6. (zie volgende bladzijde).

De grootste bijdrage aan de te verklaren variantie in tevredenheids cijfers met de eigen huisarts levert de variabele 'voorkeur specialist' gevolgd door de leeftijd van de respondent. Het totale percentage van 15% verklaarde variantie is laag.

Samenvattend mag worden geconcludeerd dat de Almeerse bevolking hecht aan het oordeel van patiënten als het gaat om verwijzing naar de tweedelijnszorg. Wat dit betreft zijn de gewenste situatie en de situatie in de praktijk nog niet volledig op elkaar afgestemd. Waar meer ruimte wordt gewenst voor de mening van patiënt worden overigens ook meer initiatieven genomen. Huisarts en specialist worden ook in Almere onafhankelijk van elkaar gewaardeerd. Naarmate men meer voorstander is van een huisartsgerichte zorg is men meer tevreden

Tabel 5.6: regressie-analyse op de ontevredenheid met de eigen huisarts, van de voorkeursvariabelen en respondentkenmerken

onafhankelijke variabelen	$\beta$	F*
score 'voorkeur huisarts'	-.14	11.85
score 'voorkeur specialist'	.22	30.90
leeftijd respondent	-.22	26.34
gezondheidstoestand respondent	.13	11.51
verhuisdatum naar Almere	-.11	8.16
dummy variabele, ziekenfondsverzekerde	.09	5.02
R <sup>2</sup>		.15

\* Alle F-waarden zijn significant op  $p < .01$

den met de situatie in Almere; is men meer voorstander van een op specialisten gebaseerd zorgmodel dan neemt de tevredenheid met de huisarts in Almere af.

## 6. ZELFZORG EN MANTELZORG

Behalve het nastreven van een sterkere eerstelijnsgezondheidszorg vormen de versterking van zelf- en mantelzorg en een verdere democratisering doelstellingen van het overheidsbeleid (WVC 1980, 1983). Hoe hieraan in de praktijk gestalte moet worden gegeven is overigens nog maar de vraag. Weliswaar kunnen mensen goedschiks (ondersteuning van zelfhulpgroepen, vrijwilligers, etc.) of kwaadschiks (stopzetten van de financiering van professionele hulpverleners) gewezen worden op deze vorm van hulpverlening, dit hoeft echter nog niet te betekenen dat men hier ook werkelijk gebruik van zal maken. Bij een grotere invloed van patiënten zijn belangrijke vragen of de patiënten zelf dit wel zien zitten en op welke wijze een en ander in de praktijk gestalte krijgt.

In paragraaf 6.1 komt aan de orde hoe de Almeerse bevolking staat ten opzichte van de verschuiving professionele hulp naar zelf- en mantelzorg. Tevens wordt hier ingegaan op de rol die patiënten en patiëntenverenigingen zouden moeten spelen in het functioneren van de gezondheidszorg. Paragraaf 6.2 gaat in op de vraag wat inwoners van Almere zeggen te doen als zij zelf met zelf- en mantelzorg worden geconfronteerd.

### 6.1. Rol van zelfzorg, mantelzorg en patiëntenverenigingen

"Het effect van patiëntenorganisaties valt vaak weg doordat de leden van zo'n organisatie tussentijds stoppen."

In de gezondheidszorg is op dit moment een situatie ontstaan waarin het niet langer vanzelfsprekend is dat op elke hulpvraag kan worden gereageerd met het inzetten van beroepskrachten. Sommigen zullen hierbij het inzetten van vrijwilligers of de opvang door familie of bekenden zien als een positieve ontwikkeling; mensen kunnen weer zinvol bezig zijn, terwijl de verantwoording dichter bij de patiënt komt te liggen. Anderen zien vrijwilligers als goedkope arbeidskrachten die gebruikt worden om het falen van het economisch bestel te camoufleren en doen zelf- en mantelzorg af met een "terug naar de middeleeuwen". Om de meningen in Almere over deze ontwikkelingen te peilen zijn er drie vragen gesteld over mantelzorg en het inzetten van vrijwilligers.

Tabel 6.1 geeft weer hoe de Almeerse respondenten denken over deze hete hangijzers.

Tabel 6.1.: meningen over zelf- en mantelzorg en het inzetten van vrijwilligers. Antwoorden in percentages (N=680)

	% respondenten			
	dat is zo	ik twijfel maar dat is eigenlijk wel zo	ik twijfel maar dat is eigenlijk niet zo	dat is niet zo
maatschappelijk werk- (st)ers zijn eigenlijk overbodig; hun werk kan net zo goed gedaan door familie, buren of bekenden	4	7	13	76
het is een goede zaak dat mensen met veel vrije tijd als vrijwilligers worden ingeschakeld bij de hulp- verlening aan zieken en hulpbehoevenden	63	14	8	15
gezinsverzorging is in de eerste plaats een taak voor familieleden, buren of goede bekenden en niet voor be- taalde beroepskrachten	20	10	14	57

Een ruime meerderheid van de respondenten (77%) is voorstander van het inzetten van vrijwilligers bij de hulpverlening aan zieken en hulpbehoevenden. Daarnaast blijft het (gelet op de beide andere vragen) wenselijk dat een beroep kan worden gedaan op professionele krachten als het gaat om maatschappelijke dienstverlening en de gezinsverzorging, zij het dat deze conclusie voor de gezinsverzorging wat minder wordt ondersteund dan voor het maatschappelijk werk. Opsplitsing van de drie items naar een aantal achterliggende onaf-



hankelijke variabelen, laat per item een aantal zwakke verbanden zien. Met betrekking tot de uitspraak over het maatschappelijk werk zijn zijn hoger opgeleiden het wat vaker met de stelling eens dan mensen met een lager opleidingsniveau ( $r=.07$ ,  $p=.03$ ). De overige achtergrondvariabelen laten geen verband zien dat de significantiegrens van .05 overschrijdt. Bij de oordelen over het inschakelen van vrijwilligers bij de hulpverlening aan zieken en hulpbehoevenden, is er alleen een zwak verband met leeftijd ( $r=.07$ ,  $p=.03$ ). Jongeren zijn het wat meer met de stelling eens dan ouderen. Alle overige achtergrondvariabelen hebben weer geen significant effect. Als het gaat om het laatste item uit tabel 6.1 is te constateren dat mannen vaker van mening zijn dat gezinsverzorging een taak is voor familieleden, burens of goede bekende en niet voor betaalde beroepskrachten dan vrouwen ( $r=.10$ ,  $p=.01$ ). Hetzelfde geldt voor particulier verzekerden versus ziekenfondsverzekerden ( $r=.06$ ,  $p=.05$ ) en voor mensen met een hoge opleiding versus lager opgeleiden ( $r=.07$ ,  $p=.04$ ). Leeftijd, vorige woonplaats en gezondheidstoestand hebben hier geen invloed op het oordeel.

Een tweede serie items heeft betrekking op de invloed van patiënten en patiëntenorganisaties op de gezondheidszorg in Almere. Op bestuurlijk niveau participeren patiëntenvertegenwoordigers in de diverse overlegorganen (stuurgroep, subgroepen) van het Project Gezondheidszorg Almere en ook bij de gezondheidscentra zelf worden patiënten in het beleid en beheer betrokken. Hoe de patiëntenvertegenwoordigers zelf denken over hun functioneren in deze structuren is terug te vinden in het rapport 'Bewonersparticipatie in het project Gezondheidszorg Almere' (Hermans, 1985). In de bewoners-enquête zijn twee vragen opgenomen over de wenselijkheid van het meepraten en meedenken door bewoners en één vraag over de effecten van deze participatie. Tabel 6.2 (zie volgende bladzijde) geeft de antwoordpercentages.

Voor wat betreft de opbouw van de gezondheidszorg in Almere is een kleine meerderheid van mening dat men die het beste aan beroepskrachten of deskundigen kan overlaten; ruim 40% claimt echter ook hier invloed van 'niet-deskundigen' ofwel bewoners. Het overgrote deel van de respondenten is van mening dat patiëntenorganisaties een belangrijke taak horen te hebben bij het reilen en zeilen van de gezondheidszorg in Almere. Over de mate waarin invloed wordt uitgeoefend op het beleid van de bijvoorbeeld de gezondheidscentra houden de meningen elkaar nauwkeurig in evenwicht.

Ook bij deze drie items is weer gekeken naar de invloed van achter-

Tabel 6.2.: meningen over bewonersparticipatie bij de gezondheidszorg in Almere. Antwoorden in percentages (N = 670)

	% respondenten			
	dat is zo	ik twijfel maar dat is eigenlijk wel zo	ik twijfel maar dat is eigenlijk niet zo	dat is niet zo
patiëntenorganisaties horen een belangrijke taak te vervullen bij het aanbrengen van verbeteringen in de gezondheidszorg in Almere	76	17	4	3
de opbouw v.d. gezondheidszorg in Almere is een zaak die men het beste aan deskundigen kan overlaten	39	17	17	26
de invloed die patiënten hebben op het beleid van de gezondheidscentra in Almere is heel erg klein	23	28	26	23

liggende variabelen als geslacht, leeftijd, opleiding, vorige woonplaats en verzekeringsvorm van de respondenten op het oordeel. Verschillen van enige importantie worden alleen gevonden bij de invloed die aan deskundigen wordt toebedeeld bij de opbouw van de gezondheidszorg in Almere. Vrouwen claimen meer ruimte voor niet-deskundigen dan mannen ( $r=.14$ ,  $p<.001$ ), terwijl hetzelfde geldt voor jongeren versus ouderen ( $r=.24$ ,  $p<.001$ ) en hoger opgeleiden versus mensen met een lagere opleiding ( $r=.23$ ,  $p<.001$ ). Het onderlinge verband tussen de drie achtergrondvariabelen leeftijd, geslacht en opleidingsniveau en de mate waarin men invloed wil toekennen aan pa-

tiënten bij de opbouw van de gezondheidszorg in Almere wordt goed zichtbaar als we een boomdiagram tekenen. Figuur 6.1 geeft voor de afzonderlijke categorieën de percentages respondenten die vinden dat patiënten invloed moeten hebben op de opbouw van het stelsel van zorgvoorzieningen in Almere.

Figuur 6.1.

Percentages respondenten die het eens zijn met de stelling 'de opbouw van de gezondheidszorg in Almere is een zaak die men het beste aan deskundigen kan overlaten'

totaal	sexe	sexe + opleiding	sexe + opleiding + leeftijd
56%	man: 66%	hoge opleiding: 62%	jong (< 35 jr) : 59% (N = 59)
			oud (≥ 35 jr) : 66% (N = 41)
		lage opleiding: 68%	jong (< 35 jr) : 65% (N = 48)
			oud (≥ 35 jr) : 69% (N = 121)
	vrouw: 51%	hoge opleiding: 32%	jong (< 35 jr) : 30% (N = 84)
			oud (≥ 35 jr) : 37% (N = 30)
lage opleiding: 59%	jong (< 35 jr) : 49% (N = 150)		
oud (≥ 35 jr) : 70% (N = 131)			

Waar in geheel Almere een meerderheid van mening is dat het vooral deskundigen moeten zijn die zich bezig dienen te houden met de zorg, zijn de voorstanders van een bemoeienis van niet-deskundigen (i/c bewoners) vooral te vinden onder hoog opgeleide vrouwen, en in mindere mate bij jongere vrouwen met een laag opleidingsniveau. Voor mannen geldt dat onafhankelijk van leeftijd en opleiding er altijd een minderheid is die een rol toedeelt aan niet-deskundigen. Bovenstaande lijkt een bevestiging voor de stelling dat inspraak en medezeggenschap vooral zaken zijn, waar de jongere of goed opgeleide generatie voor ijvert. Het effect van het geslacht zou voort kunnen vloeien uit de grotere belangstelling die vrouwen voor de gezondheidszorg hebben, en vanuit die belangstelling meer invloed wensen van de gebruikers. Wel is het opvallend dat de grotere inspraak die deze groepen wensen beperkt blijft tot de opbouw van de zorg; over

de taak van patiëntenorganisaties onderscheiden zij zich niet of nauwelijks van andere groepen.

Rest ten aanzien van deze items over de invloed van patiëntenorganisaties en niet-deskundigen nog een opmerking over de rol die de 'sociale wenselijkheid' bij het beantwoorden van de vragen heeft gespeeld. Immers, de mening dat patiëntengroeperingen een stem in het kapittel behoren te hebben is algemeen aanvaard, met name onder jongeren en hoger opgeleiden. Afwijken van deze mening zal door deze respondenten als 'onbehoorlijk' worden ervaren, zodat men geneigd zal zijn het antwoord in overeenstemming te laten zijn met hetgeen de maatschappij min of meer eist. Door deze tendentie is het mogelijk dat de antwoorden op dergelijke vragen een zekere vertekening vertonen.

Behalve de invloed van bewoners en patiëntengroepen op het terrein van de gezondheidszorg, is gekeken of de bewoners wel op de hoogte zijn van het bestaan van patiëntengroepen. Tabel 6.3 geeft de antwoorden.

Tabel 6.3.: "bestaat er bij het gezondheidscentrum in Almere waar u als patiënt ingeschreven staat ook een patiëntenvereniging?". Antwoorden in percentages

	% respondenten (N=704)
ja	43
nee	2
weet niet	51
niet van toepassing	4

Onder het kopje 'meedenken als bewoner' wordt in de introductiefolder die bewoners kunnen vinden in de gezondheidscentra aandacht geschonken aan dergelijke verenigingen, en worden patiënten gewezen op het bestaan van zo'n vereniging bij elk centrum.

In theorie zou dus iedereen of bijna iedereen moeten weten dat deze verenigingen bestaan. Uit tabel 6.3 blijkt echter dat er nog een groot terrein braak ligt voor de patiëntengroepen. Ruim 50% van de respondenten geeft aan niet te weten van het bestaan van deze groepen waar het het eigen gezondheidscentrum betreft. Het percentage respondenten dat aangeeft actief of passief lid te zijn van zo'n

vereniging ligt rond de 2.5%.

Om het meedenken en meepraten over de gezondheidszorg in Almere te bevorderen, lijkt het dan ook in de eerste plaats wenselijk meer ruchtbaarheid te geven aan het bestaan van patientenorganisaties bij alle gezondheidscentra. Immers, onbekend maakt onbemind. Is er eenmaal een grotere bekendheid onder de bewoners van de verschillende wijken, dan is het wellicht mogelijk meer mensen bij het beleid inzake de gezondheidszorg te betrekken. Ten aanzien van dit laatste heeft men de meeste kans als men zich richt op vrouwen met een hogere opleiding en bij mannen op op hoger opgeleiden uit de jongere leeftijdsklassen. Deze groepen hechten relatief veel waarde aan de invloed van niet-deskundigen. Wel dient er gewaakt te worden voor het laten ontstaan van een elitaire bovenlaag.

## **6.2. Deelname aan zelf- en mantelzorg**

De opmerking die in de voorgaande paragraaf is gemaakt over de sociale wenselijkheid van antwoorden waardoor een vertekening ten opzichte van de werkelijkheid ontstaat, speelt wellicht een nog grotere rol als wordt gevraagd of mensen zelf bereid zijn een verzorgende taak te verrichten of te ondergaan. Het feitelijk gebeuren, waaruit blijkt dat het in de regel erg moeilijk is om vrijwilligers voor bijvoorbeeld ziekenverzorging te vinden, zou wellicht een betere toetssteen zijn. Tegen deze achtergrond moeten dan ook de antwoorden worden gezien die de respondenten hebben gegeven op de vraag hoe zij zouden reageren bij een verzoek om hulp, of als zij als hulpvragende zelf hulp nodig hebben. Tabel 6.4 (zie volgende pagina) geeft zowel de vragen als antwoorden bij een verzoek om hulp

Alleen waar het de verzorging in het weekend van een goede kennis betreft, zegt een meerderheid spontaan aan te bieden deze verzorging op zich te nemen. Gaat de verzorging meer tijd kosten of betreft het iemand die verder van de respondent af staat dan is een meerderheid eigenlijk niet of beslist niet bereid vier weken lang een verzorgend handje te helpen.

tabel 6.4.: bereidheid tot het verlenen van mantelzorg.

Antwoorden in percentages (N=690)

	aantal respondenten in %			
	U biedt zelf aan verzorging op u te nemen	U doet verzorging nadat men aan u vraagt	U bent eigenlijk niet be- reid tot verzorging	U neemt in geen geval verzor- ging op u
een goede kennis uit Almere heeft 4 weken in het weekend 1 1/2 uur verzorging nodig.	56	29	4	12
een goede kennis uit Almere heeft 4 weken elke avond 1 1/2 uur verzorging nodig.	20	28	15	36
iemand uit uw straat waar u weinig contact mee heeft, heeft 4 weken in het weekend 1 1/2 uur verzorging nodig.	6	34	19	41
iemand uit uw straat waar u weinig contact mee heeft, heeft 4 weken elke avond 1 1/2 uur verzorging nodig	3	17	18	62
vanuit een patiënten- organisatie worden vrij- willigers gevraagd om 4 weken elk weekend iemand 1 1/2 uur te verzorgen	6	18	15	61

We kunnen ons afvragen of de groep respondenten die aangeeft bereid te zijn tot het verlenen van mantelzorg wellicht op een aantal achtergrondkenmerken afwijkt van de overige respondenten. Zo zouden bijvoorbeeld juist in deze groep mensen met veel vrije tijd kunnen zitten. Bij analyse blijkt dat de verschillende achtergrondvariabelen nauwelijks voorspellende waarde hebben als het erom gaat vast te stellen of iemand wel of niet bereid zal zijn tot het verlenen van mantelzorg. Weliswaar hebben de variabelen geslacht en werkomsomstandigheden een significant effect op de bereidheid tot hulpverlening, evenals het behoren tot de middenklasse zowel qua leeftijd als qua opleiding, doch alle factoren tezamen verklaren niet meer dan enkele procenten van de verschillen in bereidheid tot hulpverlening. Wel is het zo dat de groep respondenten die te kennen geeft dat zij bereid zijn via een patiëntenorganisatie in het weekend gedurende 1 1/2 uur te verzorgen, te kennen geeft dat zij ook in de andere omschreven situaties meer dan gemiddeld hun hulp aanbieden of positief reageren op een hulpvraag.

Ook de omgekeerde situatie kan zich voordoen. De vraag hierbij is of personen in een positie als hulpvragende, bereid zijn de zorg van bekenden of onbekenden te ondergaan. Tabel 6.5 geeft de resultaten van een vraag die hierop betrekking heeft.

Tabel 6.5: bereidheid tot het aanvaarden van mantelzorg.  
Antwoorden in percentages

	Aantal respondenten in %				N
	u vraagt deze persoon om hulp	u aanvaard de hulp indien aan geboden	u aanvaard deze hulp liever niet	u zult be- slis- t geen hulp van deze persoon aanvaarden	
een familielid	66	26	3	5	682
een goede kennis	27	52	8	13	659
een naaste buur	17	51	14	18	658
iemand uit de straat	0	22	34	44	656
iemand via patiënten-organisatie	6	43	21	30	655

Het meest opmerkelijk aspect uit tabel 6.5 is dat mensen eerder geneigd zijn hulp van een vreemde via een patiëntenorganisatie in te roepen of te aanvaarden dan van iemand uit de eigen straat waar men verder weinig contact mee heeft. Wellicht dat privacy-gevoelens hier een rol spelen. Doet zich een situatie voor waarbij iemand in het weekend 1 1/2 uur hulp nodig heeft, dan zegt bijna 50% van de respondenten de hulp te vragen of te accepteren indien een patiëntenorganisatie deze hulp aanbiedt. Met uitzondering van hetgeen in de eerste regel van deze alinea is geconstateerd is het patroon inmiddels bekend. Naarmate degene die hulp aanbiedt verder afstaat van de hulpvragende, is de bereidheid om hulp van deze persoon te aanvaarden geringer.

De bereidheid iemand gedurende korte of langere tijd te verzorgen of te helpen en hulp te vragen of te aanvaarden zijn geen volledig los van elkaar staande fenomenen. Een voor de hand liggende voorspelling is dat naarmate de bereidheid tot het accepteren van hulp groter is, ook de bereidheid tot het verlenen van hulp zal toenemen. Dit blijkt inderdaad het geval te zijn. Combinatie van de items uit de tabellen 6.4 en 6.5, waartoe via sommatie de variabelen 'bereidheid tot hulp geven' en 'bereidheid tot hulp ontvangen' worden geconstrueerd, geeft een productmoment correlatie van  $r=.51$  ( $p<.001$ ).

Ten afsluiting van deze paragraaf over mantelzorg passen nog een tweetal kanttekeningen. In de eerste paragraaf is het begrip 'verzorging' zoals dit in de tabellen 6.4 en 6.5 naar voren kwam en ook in die vorm aan respondenten is voorgelegd niet verder omschreven. Het is derhalve mogelijk dat de één verzorging ziet als een paar boodschappen doen en de ander uitgaat van een volledige lichamelijke verzorging. Ten tweede willen wij erop wijzen dat het gemakkelijker is om op papier te zeggen dat men tot hulp bereid is, dan dit ook daadwerkelijk in de praktijk te doen. De bereidheid om hulp te verlenen of te ondergaan moet in potentie echter aanwezig worden geacht. Wel lijkt het zinvol om, als hulp vanuit de naaste omgeving niet beschikbaar is, potentiële 'hulpverleners' op persoonlijke titel aan te spreken. Dit geldt zowel voor degene die hulp nodig heeft als voor een patiëntenorganisatie die kan bemiddelen bij het verlenen van mantelzorg. Uit zichzelf zullen mensen niet snel bereid zijn een verzorging op zich te nemen.



## 7. SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In de voorgaande vier hoofdstukken hebben wij, aan de hand van de reacties op vragen over de verschillende onderdelen van de gezondheidszorg in Almere, gepoogd de mening te geven over deze zorg zoals die bij de Almeerse bevolking leeft. Waar mogelijk zijn vergelijkingen gemaakt met landelijk cijfers of getallen gevonden in de buurgemeente Lelystad. Ook is hier en daar wat dieper ingegaan op verschillen tussen groepen mensen en is gezocht naar mogelijk oorzaken.

Dit afsluitende hoofdstuk is bedoeld om de belangrijkste bevindingen nog eens op een rijtje te zetten. Aan de hand van deze bevindingen zullen vervolgens een aantal aanbevelingen worden gedaan, teneinde te komen tot een aanbod van voorzieningen dat (nog) meer op de wensen van de Almeerse bevolking is afgestemd. De volgorde die hierbij wordt aangehouden stemt overeen met de hoofdstukindeling zoals die in het voorgaande is gehanteerd.

### 7.1. Eerstelijnszorg

In grote lijnen zijn de inwoners van Almere tevreden over de eerstelijnsgezondheidszorg. Gevraagd naar de algemene tevredenheid met de verschillende velden waarmee men contact heeft gehad, dan blijkt 70 tot 80% van alle respondenten tevreden of zeer tevreden te zijn. De verschillen in tevredenheid met de afzonderlijke beroepsgroepen zijn betrekkelijk gering. De huisarts, fysiotherapie en de wijkverpleging geven een gelijkvormig beeld te zien, waarbij het gemiddeld rapportcijfer uitkomt op ongeveer 7.5. Wat minder tevredenheid is er met het maatschappelijk werk en een relatief grote tevredenheid met de verloskundige en de tandarts. Bij het maatschappelijk werk past de kanttekening dat het eindoordeel gebaseerd is op een verhoudingsgewijs klein aantal individuele beoordelingen. Het positieve beeld van de tandarts en de verloskundige wordt nog eens extra benadrukt door het feit dat over deze beide beroepsgroepen ook bij de toelichting, die ruim 20% van de respondenten op de invulling van het enqueteformulier gaven, nauwelijks een wanklank werd verwoord.

Bij het maatschappelijk werk is de rol die de huisarts speelt als verwijzende instantie opmerkelijk. Meer dan de helft van de respon-

denten die contacten heeft (gehad) met het maatschappelijk werk, zegt hier via de huisarts te zijn terecht gekomen; landelijk ligt dit percentage door de huisarts verwezenen op 17%. Een voorzichtige conclusie zou kunnen zijn dat door de samenwerking van beide beroepsgroepen volgens het almeerse model de toegankelijkheid van het maatschappelijk werk via de huisarts wordt bevorderd. Overigens blijft het natuurlijk de vraag of de cliënten van het maatschappelijk werk die na aangeven te zijn verwezen door de huisarts uiteindelijk onder andere omstandigheden toch niet zelfstandig de weg hadden gevonden naar het maatschappelijk werk.

In de vragenlijst is extra aandacht geschonken aan de huisarts, gelet op diens centrale positie in de eerstelijnszorg en het gegeven dat bijna iedereen min of meer regelmatig een beroep doet op de huisarts. Met een percentage van 57% van de Almeerse bevolking dat tenminste eenmaal in de drie maanden de huisarts bezoekt, wijkt de situatie in Almere behoorlijk af van het landelijk percentage van ongeveer 40%. Mannen bezoeken de dokter minder vaak dan vrouwen en hetzelfde geldt voor particuliere patiënten versus ziekenfondspatiënten. Andere achtergrondvariablen zoals leeftijd, opleiding en de tijd dat men in Almere woont hebben nauwelijks effect op de frequentie van doktersbezoek. De belangrijkste verklarende variabele blijft echter de eigen gezondheidstoestand.

Als het gaat om het werken van de huisarts, dan geeft bijna 80% van de respondenten de huisarts een rapportcijfer van 7 of hoger. Ouderen zijn hierbij wat positiever dan jongeren, hetgeen toch opmerkelijk is omdat juist de Almeerse huisarts het prototype zal zijn van de nieuwe generatie huisartsen. De verwachting dat met het toenemen van de leeftijd de kritiek op de nieuwe Almeerse stijl van werken zal toenemen, blijkt niet uit de toegekende rapportcijfers. Tevens kan worden vastgesteld dat naarmate mensen langer in Almere woonachtig zijn, men meer en meer tevreden wordt met het werken van de eigen Almeerse huisarts. Bij het beoordelen van de huisarts wordt vooral gelet op de mate waarin hij of zij begrip toont voor patiënten, uit zichzelf informatie geeft en of men terecht kan met niet-medische problemen. Zaken als verwijs- of voorschrijfgedrag en de bereikbaarheid spelen in het oordeel van patiënten een veel minder belangrijke rol. Met name om de drie eerstgenoemde redenen zegt tussen de 20 en 25% van alle respondenten, als men de huisartskeuze over zou mogen doen, te kiezen voor een andere huisarts.

Zoals uit de voorgaande alinea al kon worden begrepen is het niet allemaal rozegeur en maneschijn wat de Almeerse huisartsen betreft. Belangrijkste punten van kritiek vormen de bereikbaarheid van de huisarts overdag maar in het bijzonder buiten de kantooruren en de constatering dat in de ogen van de patiënt de huisarts soms wel wat erg lang wacht met verwijzen. Ook de informatieverstrekking door de huisarts en het feit dat, ondanks het systeem van afspraken, een bezoek aan de huisarts er veel tijd kost, is voor 20-25% van de respondenten een punt van kritiek. Kan het wat langer wachten met een verwijzing nog worden opgevat als voortvloeiend uit de wens te komen tot een sterkere eerstelijnszorg, de in de ogen van de respondenten slechte bereikbaarheid overdag maar vooral s'avonds en in de weekenden zijn punten van kritiek waar ernstig rekening mee moet worden gehouden. Gaat het om de houding van de huisarts tegenover de patiënt, dan wordt een begripvolle en weinig afstandelijke huisarts waarbij men ook met niet-medische problemen terecht kan en die uit zichzelf voldoende informatie geeft, op prijs gesteld. Wat meer begrip en wat meer uit zichzelf gegeven informatie zijn de aanbevelingen die in dit verband naar de huisarts toe kunnen worden gegeven.

Wordt expliciet gevraagd om voorzieningen die men op dit moment mist in het gezondheidscentrum, dan worden genoemd: de apotheekvoorziening (45 keer), een goede EHBO-opvang (19 keer), alternatieve geneeswijzen en geestelijke gezondheidszorg (beide 12 keer) en de oogarts (9 keer). Overigens lijkt zowel wat de EHBO voorziening betreft als de vraag naar een betere geestelijke gezondheidszorg op korte termijn aan deze wensen te kunnen worden voldaan. Van de extra geldmiddelen die voor versterking van de eerstelijnszorg in Almere beschikbaar komen, wordt een deel bestemd voor het in 1986 realiseren van eerste hulp buiten kantooruren. Per wijk zal hiervoor - op experimentele basis - één gezondheidscentrum beschikbaar zijn in de weekenden en s'avonds tot 24.00 uur. Tussen 24.00 en 08.00 blijft het noodzaak eerstehulp in te roepen via de dokterscentrale. Wij willen hierbij nog de aanbeveling doen, te zorgen voor een optimale telefonische bereikbaarheid bij noodgevallen. Er lijkt vooral de angst bij mensen te zijn om, als de nood aan de man/vrouw is, het gekozen nummer in gesprek te vinden of dat er helemaal (even) niet wordt opgenomen. Een ander deel van het extra geld is bestemd voor de versterking van het team maatschappelijk werkers en de aanstelling van een eerstelijnspsycholoog voor een periode van drie jaar. Deze psycholoog zal in twee à drie gezondheidscentra werken. Ten aanzien van de apotheekvoorziening geldt dat inmiddels voorzie-

ningen zijn getroffen om in die gezondheidscentra waar een feitelijke apotheek ontbreekt te zorgen voor een bodedienst. Tenslotte de oogarts en de alternatieve geneeswijzen. Bij de oogarts zou overwogen kunnen worden om op regelmatige tijden per wijk een spreekuur te organiseren; een behoefte hieraan lijkt aanwezig. Gaat het om alternatief werkende artsen dan verdient het aanbeveling op ruime(re) schaal bekend te maken dat een aantal van de in Almere werkende artsen zich gespecialiseerd hebben in bijvoorbeeld homeopathie. Patiëntenkranten of een duidelijke vermelding in introductiefolders lijken hiervoor het meest geschikt. Het feit dat voor EHBO in Almere een beroep moet worden gedaan op de huisarts of in elk geval de eerstelijnszorg is bij het overgrote deel van de inwoners van Almere bekend. Toch is er nog altijd een percentage van 10-20% van alle inwoners, dat bij EHBO niet de weg via de eerstelijns kiest of in het geheel niet weet wat te doen. Omdat het hier kan gaan om zaken van levensbelang is het gewenst om naar de inwoners van Almere toe, extra voorlichting te geven over de wijze waarop de EHBO in Almere is geregeld.

Komen we, waar het gaat om de eerstelijnszorg, tenslotte op de hamvraag. Wordt het idee van samenwerking vanuit gezondheidscentra ondersteund door de bevolking? In grote lijnen blijkt dit het geval te zijn. Tweederde van de bevolking kiest voor samenwerking vanuit een gebouw, terwijl voor bijna 30% van de mensen het werken vanuit één centrum niet persé hoeft of aangeven dat het hen niets uitmaakt. Het aantal voorstanders van een systeem met solistisch werkende hulpverleners schommelt rond de vijf procent. Gelet op het feit dat meer dan de helft van deze respondenten ongevraagd een soms zeer uitgebreide motivering geeft van hun visie op de gezondheidszorg en hun keuze voor een model met vrije vestiging, doet vermoeden dat deze groep ook niet makkelijk zal zijn te winnen voor een opzet zoals toegepast in Almere, en voor een groot deel gezien moeten worden als echte tegenstanders van de opzet zoals die in Almere is gekozen. Voorstanders van de Almeerse opzet zullen vooral gevonden moeten worden bij hen die het nu nog niets uitmaakt of geen voordelen zien in het werken vanuit één gebouw. Wellicht dat positieve ervaringen in de toekomst en het (nog) beter functioneren van de eerstelijnszorg hieraan een bijdrage kunnen leveren.

## 7.2 Tweedelijnszorg

De opmerking van één van de respondenten dat er zo snel mogelijk een ziekenhuis in Almere moet komen zal door de gehele Almeerse bevolking worden onderschreven. Inmiddels staat vast dat een eigen Almeers ziekenhuis voor 1990 zal zijn gerealiseerd, zodat een deel van de in de vragenlijsten gesignaleerde problemen op dat moment tot het verleden zullen behoren. Eén van de meest opvallende conclusies met betrekking tot het gebruik van tweedelijnsvoorzieningen moet luiden dat, ondanks de aanwezigheid van een polikliniek in de vorm van het Medisch Centrum Almere, de meeste poliklinische bezoeken buiten Almere plaatsvinden. Met name Amsterdam (AMC!) en de aan de ziekenhuizen in Naarden/Bussum verbonden poliklinieken nemen een zeer groot deel van alle patiënten (volgens deze enquête: circa 70%) voor hun rekening. Dit cijfer van ongeveer 70% is, doordat wordt gewerkt met betrekkelijk kleine aantallen die gelden voor het gehele jaar 1984, waarschijnlijk wat aan de hoge kant. Een meer uitgebreid onderzoek, waarbij in de eerste helft van 1985 tien weken lang alle verwijzingen naar specialisten zijn bijgehouden, laat zien dat circa 63% van de patiënten wordt verwezen naar specialisten buiten Almere. Wel mag op grond van deze cijfers worden geconcludeerd dat het ombuigen van patiëntenstromen naar Almere zelf, een hele klus zal worden, waarbij met de nodige voorzichtigheid zal moeten worden geopereerd.

Hoewel het merendeel van de inwoners de verschillende aspecten van een bezoek aan de specialist met een rapportcijfer van zeven of meer beoordeelt, passen hier toch enkele kanttekeningen. Relatief tevreden is men over de wijze waarop de specialist met de patiënten omgaat, en ook de snelheid waarmee men bij de specialist terecht kan stemt maar ongeveer 25% tot ontevredenheid. Bij dit laatste is er in het algemeen nauwelijks verschil tussen de Almeerse specialisten en de specialisten die buiten Almere spreekuur houden. Wordt een splitsing gemaakt naar specialismen, dan blijkt er een opmerkelijk verschil tussen oogheelkunde en 'interne geneeskunde'. Patiënten onder behandeling bij een oogheelkundig specialist in Almere geven een lager rapportcijfer voor wachttijd tussen afspraak en behandeling dan de patiënten die buiten Almere onder behandeling zijn. Bij interne geneeskunde is het omgekeerde het geval. Punten van kritiek blijven de wachttijden tijdens het bezoek aan de specialist en de reistijd, daar waar het specialisten buiten Almere betreft. Beperken we ons tot de situatie in Almere dan zal het streven gericht moeten zijn op verkorting van de wachttijden gedurende het bezoek aan de

polikliniek en een kortere tijd tussen het maken van de afspraak en het tijdstip van behandeling, met name voor een specialisme als oogheelkunde.

### **7.3. Tussen eerste- en tweedelij**

Op het grensgebied tussen eerste en tweedelij is aandacht geschonken aan twee zaken, te weten de verwijzing naar de specialist en de behandelingsruimte die men aan specialisten en huisartsen toekent. Een meerderheid van de Almeerse bevolking vindt dat bij een verwijzing de huisarts moet beslissen, in overleg met de patiënt; bijna 40% vindt dat de patiënt moet beslissen in overleg met de huisarts. Kijken we naar de feitelijk situatie dan blijkt dat naarmate de patiënt meer beslissingsruimte claimt voor zichzelf, de uiteindelijke verwijzing ook meer op initiatief van de patiënt plaatsvindt. Wel is het zo, dat naar de mening van de patiënt, de huisarts nog te vaak beslist over verwijzing zonder de patiënt in de besluitvorming te betrekken.

Huisarts en specialist worden door de Almeerse bevolking onafhankelijk van elkaar gewaardeerd. Voor beide professies is een plaats weggelegd. Mensen die een meer centrale rol toekennen aan de huisarts in de gezondheidszorg zoals dit in Almere wordt nagestreefd, zijn ook meer tevreden met het functioneren van de huisarts. Kiest men meer voor een model waarin behandeling door de specialist centraal staat, dan is men minder tevreden met de manier waarop de Almeerse huisarts werkt.

### **7.4. Zelfzorg, mantelzorg en patiëntenverenigingen**

Beginnend met de patiëntenverenigingen kan worden vastgesteld dat met name bij het aanbrengen van verbeteringen een belangrijke stem dient te worden toegekend aan deze organisaties. Over de invloed die patiënten nu hebben op het beleid van de gezondheidscentra zijn de meningen verdeeld. Teleurstellend is het te moeten constateren dat meer dan de helft van de inwoners niet op de hoogte is met het bestaan van per centrum opererende verenigingen. Hier ligt een belangrijke, voorlichtende taak voor degenen die reeds in deze organisaties actief zijn. Wil men meer mensen actief bij het beleid wensen te betrekken, dan zal men het meeste succes hebben indien men zich richt op jongeren, hoger opgeleiden of vrouwen. Het zijn deze groe-

pen die ruimte claimen voor niet-deskundigen en door te participeren hun woorden in daden om kunnen zetten.

Het laatste onderwerp dat aan de orde is gesteld betrof de meningen over het verlenen en ontvangen van mantelzorg. Bij mantelzorg, wat inhoudt dat niet-professionele hulpverleners uit de omgeving van de hulpbehoevende worden ingeschakeld bij de hulpverlening, is ruim 75% van de inwoners van Almere van mening dat hiervoor vrijwilligers kunnen worden ingeschakeld. Zij zouden werkzaamheden moeten verrichten naast het maatschappelijk werk en de gezinsverzorging. Bij de vraag of men zelf bereid is enige tijd te besteden aan het verlenen van mantelzorg, neemt de bereidheid af naarmate de hulpvragende verder af staat van degene die hulp verleent of de gevraagde hulp meer tijd in beslag neemt. Toch zegt nog 20-25% van de respondenten bereid te zijn tot hulpverlening gedurende 1 1/2 uur per dag mits men hiervoor wordt gevraagd. Een actief beleid van een coördinerende patiëntenvereniging zou, indien men de antwoorden serieus neemt, vruchten afwerpen. Dezelfde conclusie is af te leiden uit de vraag of men bereid is bij ziekte hulp van derden te aanvaarden. Zelf vragen doet men alleen bij hele goede bekenden; indien hulp via een patiëntenvereniging wordt aangeboden, zegt bijna de helft van alle inwoners deze hulp te aanvaarden. Ook hier geldt echter dat het op papier makkelijk is een positieve voorstelling van zaken te geven. De werkelijkheid blijkt vaak aanmerkelijk minder zorgzaam, als het gaat om de hulpbehoevende medemens. Misschien is Almere hier een lichtend voorbeeld voor de rest van Nederland.





## NOTEN

1. Sociaal Economische Status (SES) en Sociale Klasse zijn omstreden begrippen. Praten over statusverschillen en de te onderscheiden klassen geeft snel aanleiding tot ideologisch getinte discussies waarbij voor- en tegenstanders van bepaalde operationalisaties elkaar het gelijk betwisten. Beperken we ons even tot onze westerse, kapitalistische samenleving, dan wordt iemands status veelal afgemeten aan de opleiding die men heeft genoten, het beroep dat men uitoefent en de inkomsten die men geniet. Omdat deze drie variabelen veelal hoog gecorreleerd zijn, wordt ook wel gewerkt met direct van het beroep afgeleide SES-scores. Iemands maatschappelijke positie wordt afgemeten aan de plaats die zijn of haar beroep inneemt op een beroepsprestigeladder, (Blau en Duncan, 1966; Treiman, 1977; Sixma en Ultee, 1983). Overigens moet nog vermeld worden dat alle drie de genoemde indicatoren voor de SES van een persoon onder druk staan. Bij opleiding is daar bijvoorbeeld de sterke nivellering in opleidingsniveau; bij het beroep en inkomen spelen de factoren dat meer en meer mensen geen beroep uitoefenen en hun inkomen realiseren via andere bronnen.
2. Eigenlijk zou de verdeling van de Almeerse bevolking op 24-10-1983, zijnde de datum van steekproeftrekking minus één jaar verblijf in Almere, het uitgangspunt moeten worden van de vergelijkingen. Omdat de gegevens op dit tijdstip ontbreken, is als meest nabijgelegen peildatum de stand van zaken op 1-1-1984 aangehouden.
3. Voor het schatten van de in tabel 2.4. vermelde percentages is gebruik gemaakt van CBS gegevens. Hoewel ook hierbij een indeling wordt gebruikt die niet overeenstemt met de zes categorieën die hier worden gegeven, is het met enig omrekenwerk en enkele aannames toch wel mogelijk een globaal beeld te verkrijgen (CBS 1984). Dat de op deze manier gevonden cijfers niet al te zeer van de werkelijkheid af zullen wijken, kan worden afgeleid uit de resultaten uit het onderzoek 'Leven in Almere en Lelystad'. In dit rapport wordt een tabel gepresenteerd met de volgende categorieën en percentages. Gehuwd (73.4%), ongehuwd samenwonend (7.6%), ongehuwd (14.5%), gescheiden (3.0%) en weduwstaat (1.5%). Deze cij-

fers zijn afgeleid uit een enquête-onderzoek bij 700 inwoners uit Almere van 14 jaar en ouder (Constandse en Spronk, 1984).

4. In totaal zijn meer dan 200 verschillende beroepen genoteerd en vervolgens gecodeerd volgens de CBS-beroepenclassificatie (CBS, 1981). Hoewel het mogelijk is om via een omcodeersleutel beroepen te hercoderen in bijvoorbeeld prestigescores (zie Sixma en Ultee, 1983), zou dit hier te ver voeren. Om dezelfde reden is ook afgezien van het vermelden van het aantal uren dat men werkt in een betaalde baan. Dit aantal varieert van vier tot 80 uur per week, met een piek bij 40 uur per week.
5. Een nadere aanwijzing hiervoor kan worden gevonden bij de analyse van de registratiegegevens over de contacten met de huisarts en verwijzingen naar specialisten en fysiotherapeuten. Tussen de 20 en 50 jaar zijn er nauwelijks verschillen in medische consumptie tussen de leeftijdscategorieën. (Sixma, in voorbereiding). Bovendien zijn het niet de respondenten die qua leeftijd afwijken van de populatie, maar liggen de verschillen tussen steekproef en populatie.
6. Op 1-1-1984 waren Almere-Stad en Almere-Haven ongeveer groot. In de steekproef is de verdeling van respondenten nagenoeg gelijk over beide stadsdelen. Zou men aparte conclusies willen trekken voor de inwoners van Almere-Stad en Almere-Haven, dan is het basismateriaal hiervoor aanwezig. In dit rapport wordt gesproken over de Almeerse bevolking en is verder geen onderscheid gemaakt naar stadsdeel.
7. Voor een goed overzicht van de discussie over het werken met rapportcijfers als meetinstrument van tevredenheid met gezondheidsvoorzieningen en de tevredenheid met deze voorzieningen in het algemeen kan worden verwezen naar Visser (1984). Voor een overzicht van het satisfactie-onderzoek in de eerstelijnsgezondheidszorg kan men terecht bij Warmenhoven (1985.)

## GERAADPLEEGDE LITERAATUUR

- APPELBOOM, W.J.M.J., - 1984. Contacten met huisarts en specialist in 1 jaar, GE 1981 en 1982. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 3, no. 10, 5 - 9
- BERG, J. VAN DEN, - 1983. Geheugeneffecten bij het rapporteren van huisartscontacten. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 2, no. 5, 24 - 27
- BERG, J. VAN DEN, - 1984. Kerncijfers medische consumptie, 1979 - 1982. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 3, no. 1, 5 - 12
- BERG, J. VAN DEN, - 1985. Contact met de tandarts 1974 - 1983. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 4, no. 1, 5 - 14
- BERGSMAN, J., - 1984. Het bezoek aan de huisarts: naar de dokter en terug. Medisch Contact, 39, no. 22, 693 - 695
- BLAU, P.M., O.D. DUNCAN, - 1967. Occupational Structure. New York, Wiley
- BOERMA, W.G.W., - 1982. Stervens- en rouwbegeleiding vanuit gezondheidscentra. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- BOERMA, W.G.W., - 1983. Verloskunde in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- BOOM-VAN DUIN, F.T. DE, J.P.J. BASTIAENEN EN G. GOUDRIAAN, - 1975. Twee onderzoeken bij de bevolking in Ommoord en Hoensbroek ten aanzien van de aldaar gevestigde gezondheidscentra. Amsterdam, Instituut voor Toegepast Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek, Advies en Begeleiding
- BREKEL, E.J.G. VAN DEN, - 1985. Fysiotherapie in Nederland, 1974 - 1983. Maandbericht Gezondheidsstatistiek, 4, no. 2, 5 - 16
- BRUNSCHOT, C.J.M. VAN, - 1984. Samenwerking door huisartsen: een vergelijkende case-studie. Tilburg, Instituut voor gezondheidszorg
- BUURMA, H., S. SMITS, Tj. TIJMSTRA, - 1982. Voorlichting over geneesmiddelen: een onderzoek onder bewoners van een nieuwe stads-wijk. Pharmaceutisch weekblad, 117, no. 40, 933 - 936
- CAMPOS CARDOSO, A. DE, - 1983. Geborenen naar aard van verloskundige hulp en plaats van geboorte, 1982. Maandbericht gezondheidsstatistiek, 2, no. 12, 48 - 59
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK, - 1981. Functie- en beroepenbepalingen behorende bij de beroepenclassificatie. Voorburg
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK, - 1984. Bevolkingsstatistieken 1983. 's Gravenhage, Staatsuitgeverij

- CONSTANDSE, A.K., M.K.A. SCHONK, - 1984. Leven in Lelystad en Almere. Flevobericht no. 244, Rijksdienst voor de IJsselmeerpolders, Lelystad
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, - 1977. Rapport inzake kwantitatieve verschuivingen in de omvang en opbouw van de wijkverpleegkundige zorg (1974-1977). Rijswijk
- CREBOLDER, H.F.J.M., - 1977. Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum: cliënten, cijfers, beschouwingen. Nijmegen, Katholieke Universiteit
- DEKKER, L., - 1985. Verslag inzake bestuurlijke samenhang. Utrecht, Nationaal Ziekenhuis Instituut. Project evaluatie gezondheidszorg Almere no. 2
- DOPHEIDE, J.P., F.P. NIJHOUT, - 1983. Een ziekenhuis op nieuw land, 1e interimrapport. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- EWALDS, J., S. VAN BENTUM, - 1978. Onderzoek onder patiënten van gezondheidscentrum 'De Hazenkamp'. Nijmegen, Universitair Huisartsen Instituut
- GADDOUREK, I., - 1982. Social Change as redefinition of roles. Assen, Van Gorcum
- HAMERS, R.T.J., W.G.W. BOERMA, - 1985. Het dienstenaanbod van huisartsen in verschillende praktijkvormen. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
- HERMANS, W., - 1985. Bewonersparticipatie in het project gezondheidszorg Almere. Maastricht
- HOFSTEDE, B., - 1981. Onderzoek wijkgezondheidscentrum De Hazenkamp: resultaten en analyse. Nijmegen, Gezondheidscentrum De Hazenkamp
- KERSTEN, D., - 1985. Samenwerking tussen maatschappelijk werk en gezondheidszorg in de eerstelijns. Utrecht, Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
- KRUISVERENIGING FLEVOLAND, - 1983. Jaarverslag 1982. Dronten
- KUYVENHOVEN, M., F. TOUW-OTTEN, - 1978. De verschillen en overeenkomsten in frekwentie van eerste contacten tussen agrarische, autochtone en forenzen-gezinnen. Utrecht, Rijksuniversiteit, Instituut Huisartsgeneeskunde
- LAMBERTS, H., - 1982. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 25, no. 10, 401 - 414
- LEUFKENS, H.G.M., I. KRAAYVELD, W.E.J. VIERLING, - 1985. Aan welke informatiebronnen over geneesmiddelen geven patiënten de voorkeur? Pharmaceutisch weekblad, 120, no. 6, 105 - 112

- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE, - 1980. Nota 'Schets van de eerstelijnszorg'. 's Gravenhage, Staatsuitgeverij
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR, - 1983. Nota 'Eerstelijnszorg'. 's Gravenhage, Staatsuitgeverij
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR, - 1983. Nota 'Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen. 's Gravenhage, Staatsuitgeverij
- RIJKSDIENST VOOR DE IJSSELMEERPOLDERS, - 1984. Statistisch overzicht Openbaar lichaam Zuidelijke IJsselmeerpolders, 1983. Lelystad
- ROMIJN, J.M., M.F.C. VERSANTVOORT, R.H. BRIEDE, - 1982. Voorlichting over geneesmiddelen, informatie bij het afleveren. Pharmaceutisch Weekblad, 117, no. 23, 525 - 530
- SIXMA, H., W.C. ULTEE, - 1983. Een beroepsprestigeschaal voor Nederland in de jaren tachtig. Mens en Maatschappij, 58, no. 4, 360 - 382
- SIXMA, H., C. VAN DE VOORT, - 1985. Situatieschets van Almere. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg/Nationaal Ziekenhuis Instituut. Project evaluatie gezondheidszorg Almere no. 1
- SIXMA, H., -(In voorbereiding)-. Contacten en verwijzingen bij de Almeerse huisartsen. Utrecht, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg. Project evaluatie gezondheidszorg Almere no. 4
- STIKKER, A., - 1982. Zelf gaan of verwezen worden: een overschat verschi. In: Met het oog op hulpverlening: T. Biewenga e.a. Alphen a.d. Rijn, Samson
- STUURGROEP GEZONDHEIDSZORG ALMERE, - 1983. Projectplan Gezondheidszorg Almere. Almere
- TREIMAN, D.J., - 1977. Occupational prestige in comparative perspective. New York, Academic Press
- VEN, W.P.M.M. VAN DE, J. VAN DER GAAG, - 1982. Health as an unobservable, a MIMIC-model of demand for health care. Journal of Health Economics, 1, no. 2, 157 - 183
- VERHAAK. P.F.M., - 1983. Interdoktervariantie bij psychosociale problematiek, eerste interimrapport. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- VISSER, A. PH., - 1984. De beleving van het verblijf in het algemeen ziekenhuis. Assen, van Gorcum
- VLIET, R.C.J.A. VAN, W.P.M.M. VAN DE VEN, - 1983. Analyse van medische consumptie en verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Leiden, Rijksuniversiteit, Centrum voor Onder-

- zoek van de Economie van de Publieke Sector
- VLIET, R.C.J.A. VAN, W.P.M.N. VAN DE VEN, - 1983. Analyse van verschillen in huisartsenhulp tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Economisch Statistische Berichten, 68, no. 3406, 456 - 461
- VOORN, TH. B., - 1983. Chronisch zieken in de huisartsenpraktijk. Utrecht, Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge. Dissertatie Rijksuniversiteit Utrecht
- WAL, G. VAN DER, R.G.T. SMEENK, - 1984. De werkelijkheid nader bekeken: een poging tot kwantificering van een tweetal bewerkelijheidsfactoren in de huisartsenpraktijk. Huisarts en Wetenschap, 27, no. 9, 309 - 310
- WARMENHOVEN, N.E., - 1984. Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg: het oordeel van leden van de Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut
- WARMENHOVEN, N.E., - 1985. Consumenten in de eerstelijnsgezondheidszorg. In: Overzichtsstudie Onderzoek eerstelijns: E.M. Sluijs, J.P. Dopheide en J. van der Zee (red). Utrecht, Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
- WERKGROEP FYSIOTHERAPEUTEN, 1984. Fysiotherapie onder druk. Almere
- WINKLER PRINS, J., - 1966. Huisarts en Patiënt. Meppel, Boom
- ZEE, J. VAN DER, - 1985. Sociale Klasse en ziekte in de huisartspraktijk: een pleidooi voor de empirie. In: De eerste lijn onderzocht: W.G.W. Boerma, L. Hingstman, (red.). Deventer, van Loghum Slaterus, 193 - 206

## BIJLAGEN





Utrecht, november 1984  
REL 211 - HS/JE



nederlands huisartsen instituut - postbus 812 - 3500 AV utrecht - telefoon: 030-3199 46

Geachte mevrouw/mijnheer,

In Almere is de gezondheidszorg wat anders georganiseerd dan in de rest van Nederland. Iedere wijk heeft een eigen gezondheidscentrum waar huisartsen samenwerken met de wijkverpleging, het maatschappelijk werk, fysiotherapeuten, verloskundigen en tandartsen.

Bij het opzetten en het uitbreiden van een nieuwe gezondheidszorg is het van belang dat ook de mening van de bevolking wordt gehoord. Men kan op deze manier vaststellen of het nieuwe systeem aansluit bij hetgeen de bewoners wensen of dat wellicht aanpassingen noodzakelijk zijn.

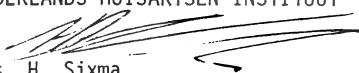
In opdracht van de Stuurgroep van het Project Gezondheidszorg Almere wordt door het Nederlands Huisartsen Instituut een onderzoek uitgevoerd naar de ervaringen van Almeerse bevolking met de gezondheidszorg. Wij zouden het bijzonder op prijs stellen als U aan dit onderzoek wilt deelnemen.

Bijgaand sturen wij U een vragenlijst over huisartsen, specialisten en andere voorzieningen in de gezondheidszorg. Wij verzoeken U vriendelijk dit vragenformulier in te vullen en vervolgens aan ons terug te sturen. Voor een nadere toelichting verwijzen wij U naar de bijbehorende instructie.

Hartelijk dank voor Uw medewerking.

Hoogachtend,

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

  
Drs. H. Sixma,

Afd. Wetenschappelijk Onderzoek.

Zie voor nadere toelichting de volgende pagina.

## INSTRUCTIE

Een aantal punten waarvoor wij nog even Uw aandacht willen vragen

- Wij verzoeken U de ingevulde vragenlijst zo spoedig mogelijk in de bijgevoegde antwoordenvolpde aan ons op te sturen. U hoeft geen postzegel te plakken.
- Als U bij het invullen onduidelijkheden tegenkomt of wanneer de vragenlijst anderszins vragen bij U oproept, verzoeken wij U telefonisch contact op te nemen met Herman Sixma van het Nederlands Huisartsen Instituut (tel. 030-319946, op werkdagen tussen 13.00 en 17.00 uur).
- Op het eerste blad van de vragenlijst en op het adresetiket staat een nummer. Dit is gedaan om na te kunnen gaan welke mensen na 1 of 2 weken nog niet hebben gereageerd. Deze personen ontvangen van ons een verzoek om alsnog het vragenformulier in te vullen en naar ons op te sturen. Wij gaan uiteraard strikt vertrouwelijk met Uw gegevens om.
- Het is van groot belang dat elke vragenlijst wordt ingevuld door de persoon aan wie hij is gericht en niet door één van de andere huisgenoten. Het kan voorkomen dat twee personen op hetzelfde adres een vragenlijst ontvangen. Ook in zo'n geval is het belangrijk dat ieder de vragenlijst invult die aan hem of haar persoonlijk gericht is. Wilt U s.v.p. ook de vragen beantwoorden als U zelden of nooit bij een dokter komt.
- Wij hebben Uw naam gekregen van de gemeente Almere, die ten behoeve van dit onderzoek een steekproef uit het bevolkingsregister heeft getrokken. De gemeente heeft ons alleen naam, adres, geslacht, geboortedatum en tijdstip van vestiging in Almere verstrekt en geen andere gegevens.
- De verwerking van de gegevens is anoniem en vindt plaats op het Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht. Behalve het Nederlands Huisartsen Instituut krijgt niemand inzage in Uw antwoorden; ook de huisartsen van Almere niet.
- Uiteraard is deelname aan dit onderzoek geheel vrijwillig. Wel is het zo dat om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van wat de mensen vinden, Uw medewerking ten zeerste op prijs wordt gesteld.

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

Afdeling Wetenschappelijk Onderzoek

Utrecht, december 1984

Geachte Mevrouw/Mijnheer,

Een week geleden zonden wij U een vragenlijst over de gezondheidszorg in Almere, met het verzoek deze in te vullen en aan ons terug te sturen. Mocht U dit nog niet gedaan hebben, dan zouden wij het op prijs stellen als U dit alsnog zoudt doen. Hoe meer mensen aan ons onderzoek deelnemen, hoe betrouwbaarder de resultaten. Als U de vragenlijst al heeft ingevuld en opgestuurd, dan kunt U dit kaartje als niet verzonden beschouwen.

Hoogachtend,

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

Drs. H. Sixma,

Afdeling Wetenschappelijk Onderzoek.

Utrecht, december '84  
REL 210 - HS/JE



nederlands huisartsen instituut - postbus 812 - 3500 AV utrecht - telefoon: 030-31 99 46

Geachte mevrouw/mijnheer,

Twee weken geleden hebben wij een aantal inwoners van Almere, waaronder U, een vragenlijst gezonden. Deze vragenlijst bevat een aantal vragen over huisartsen, specialisten en overige aspecten van de gezondheidszorg.

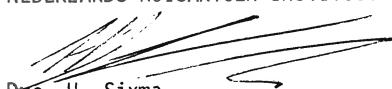
Een vrij groot aantal mensen heeft inmiddels de vragenlijst ingevuld en aan ons opgestuurd. Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van wat de mensen vinden, vinden wij het belangrijk ook Uw mening te kennen. Wij zouden het daarom zeer op prijs stellen als U bereid bent alsnog onze vragenlijst in te vullen. Voor het geval het formulier zou zijn zoek geraakt, doen wij U hierbij een nieuw exemplaar toekomen.

Voor een nadere toelichting verwijzen wij U naar onze brief ter introductie van dit onderzoek en de bijbehorende instructie. Beide brieven vindt U bijgevoegd.

Mocht U onze eerste vragenlijst intussen al hebben ingevuld en opgestuurd, dan verzoeken wij U deze brief als niet geschreven te beschouwen. Wij danken U hartelijk voor Uw medewerking.

Hoogachtend,

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT

  
Dr. H. Sixma,

Afd. Wetenschappelijk Onderzoek.

# VRAGENLIJST

Bevolkingsenquête Almere 1984



NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT  
Postbus 812 - 3500 AV Utrecht  
Tel. 030 - 319946

TOELICHTING

Wij verzoeken U deze vragenlijst in te vullen. Het is daarbij van belang dat U geen vragen overslaat. Let U vooral goed op de aanwijzingen. Wilt U een kruisje zetten in het hokje dat het meest met Uw mening overeenkomt.

Bijvoorbeeld:

	Dat is zo	Ik twijfel, maar dat is eigenlijk wel zo	Ik twijfel, maar dat is eigenlijk niet zo	Dat is niet zo
ROKEN IS SLECHT VOOR DE GEZONDHEID	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dit betekent dat U twijfelt, maar eigenlijk wel vindt dat roken slecht is voor de gezondheid

Bij voorbaat onze dank voor Uw medewerking!

Voor alle duidelijkheid willen we vooraf graag de volgende opmerking maken:

Als in een vraag iets ongunstigs of gunstigs over huisartsen of andere hulpverleners doorklinkt, wil dat niet zeggen dat wij als onderzoekers die mening delen. Het zijn uitspraken die je soms wel eens hoort van mensen als het over dit soort onderwerpen gaat.

We zijn louter in Uw mening geïnteresseerd.

Hieronder volgt allereerst een aantal vragen over het bezoek aan de huisarts en andere instanties op het terrein van de gezondheidszorg.

1. Wanneer heeft U voor het laatst voor Uzelf (dus niet bijvoorbeeld als begeleider van kinderen) een bezoek gebracht aan een huisarts of een huisarts thuis laten komen? (s.v.p. maand en jaar invullen)

Maand \_\_\_\_\_ Jaar 19..

2. Had het laatste bezoek van/aan een huisarts betrekking op de huisarts in Almere, waar U ook op dit moment als patiënt staat ingeschreven? (s.v.p. één hokje aankruisen)

Ja, eigen huisarts in Almere

Nee, andere arts in Almere

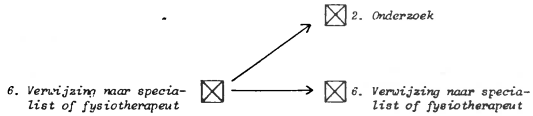
Nee, huisarts in vorige woonplaats

Anders, nl.:

3. Bij een bezoek aan een huisarts kan het voorkomen dat mensen niet precies die hulp krijgen die men eigenlijk wil hebben. Deze vraag gaat over de hulp die U bij Uw laatste bezoek aan de huisarts wilde hebben en de hulp die U van de huisarts kreeg. U kunt dit aangeven door in onderstaand schema één of meerdere pijltjes te trekken.

Voorbeeld

Tijdens Uw laatste bezoek aan de huisarts wilde U eigenlijk van hem/haar een verwijzing hebben voor de specialist. U kreeg een onderzoek en een verwijzing naar de specialist. U zet dat pijltjes op de volgende manier:



U mag meerdere pijltjes zetten!

HULP DIE U WILDE VAN HUISARTS

HULP DIE U KREEG VAN HUISARTS

- 1. Controle
- 2. Onderzoek
- 3. Goed gesprek
- 4. Slaap- of kalmerende middelen
- 5. Medicijnen anders dan bij punt 4.
- 6. Verwijzing naar specialist of fysiotherapeut
- 7. Informatie/geruststelling/instructie
- 8. Anders, namelijk:

- 0. Geen hulp
- 1. Controle
- 2. Onderzoek
- 3. Goed gesprek
- 4. Slaap- of kalmerende middelen
- 5. Medicijnen anders dan bij punt 4.
- 6. Verwijzing naar specialist of fysiotherapeut
- 7. Informatie/geruststelling/instructie
- 8. Anders, namelijk:

4. Wilt U met een soort rapportcijfer aangeven hoe tevreden U, alles in aanmerking genomen, was over dit laatste bezoek aan de huisarts? (s.v.p. cijfer omcirkelen)

Zeer ontevreden	Zeer tevreden
1   2   3   4   5   6	7   8   9   10

---

5. Weet U nog hoeveel keer U de afgelopen drie maanden voor Uzelf bij de huisarts bent geweest of de huisarts thuis heeft laten komen? (s.v.p. een hokje aankruisen)

Geen enkele keer  

Eén keer  

Twee keer  

Drie/vier keer  

Vijf/zes keren  

Meer dan zes keer  

---

6. Wilt U met een rapportcijfer aangeven hoe tevreden U, alles in aanmerking genomen, bent met de huisarts waar U op dit moment als patiënt staat ingeschreven?

Zeer ontevreden	Zeer tevreden
1   2   3   4   5   6	7   8   9   10

---

7. Elke huisarts heeft zo een eigen manier van werken. Hieronder staat een aantal uitspraken en beweringen over huisartsen. Wilt U aangeven of U het eens of juist oneens bent met deze uitspraken als het gaat om de huisarts waarbij U op dit moment staat ingeschreven. Het gaat erom wat U vindt van de manier van werken van Uw huisarts; goede of foute antwoorden zijn niet mogelijk. (s.v.p. per uitspraak één hokje aankruisen).

	Dat is zo	Ik twijfel, maar dat is eigenlijk wel zo	Ik twijfel, maar dat is eigenlijk niet zo	Dat is niet zo
a. Mijn huisarts begrijpt altijd precies wat er aan de hand is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mijn huisarts houdt patiënten op een afstand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bij mijn huisarts kan ik ook terecht met niet-medische problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Als ik hem/haar nodig heb, is mijn huisarts overdag altijd bereikbaar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Een bezoek aan mijn huisarts kost meestal erg veel tijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Mijn huisarts wacht wel wat erg lang met verwijzen naar een specialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Mijn huisarts geeft over het algemeen uit zichzelf voldoende informatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Mijn huisarts schrijft wel erg snel medicijnen voor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Als ik nu een nieuwe dokter moest kiezen, dan koos ik weer de huisarts die ik nu heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



8. Vindt U dat de avond- en weekenddiensten van de huisartsen in de gemeente Almere goed geregeld zijn?  
(s.v.p. één hokje aankruisen)

- Goed geregeld
- Matig geregeld
- Slecht geregeld
- Ik weet het niet

9. In Almere werken verschillende onderdelen van de gezondheidszorg samen in gezondheidscentra. Wilt U aangeven van welke voorzieningen U in de afgelopen 12 maanden gebruik heeft gemaakt en hoe U bij deze instanties terecht bent gekomen. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat de huisarts U heeft verwezen, maar ook dat U rechtstreeks naar de betreffende hulpverlener bent toegestapt.

- |                         | NEE                      | JA   |
|-------------------------|--------------------------|--|
| A. Wijkverpleging       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Rechtstreeks<br><input type="checkbox"/> Verwezen door huisarts<br><input type="checkbox"/> Verwezen door andere hulpverlener, nl.: _____ |
| B. Maatschappelijk werk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Rechtstreeks<br><input type="checkbox"/> Verwezen door huisarts<br><input type="checkbox"/> Verwezen door andere hulpverlener, nl.: _____ |
| C. Fysiotherapeut       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Rechtstreeks<br><input type="checkbox"/> Verwezen door huisarts<br><input type="checkbox"/> Verwezen door andere hulpverlener, nl.: _____ |
| D. Verloskundige        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Rechtstreeks<br><input type="checkbox"/> Verwezen door huisarts<br><input type="checkbox"/> Verwezen door andere hulpverlener, nl.: _____ |
| E. Tandarts             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Rechtstreeks<br><input type="checkbox"/> Anders, nl.: _____   |

10. Kunt U met een rapportcijfer aangeven hoe tevreden U, alles in aanmerking genomen, bent over deze instanties? Heeft U de afgelopen 12 maanden geen gebruik gemaakt van de wijkverpleging, maatschappelijk werk, fysiotherapeut, verloskundige of tandarts dan kan dat gedeelte van de vraag worden opengelaten. (s.v.p. cijfers omcirkelen)

	Zeer ontevreden									Zeer tevreden					
A. Wijkverpleging	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
B. Maatschappelijk werk (Madi)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
C. Fysiotherapeut	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
D. Verloskundige	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
E. Tandarts	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					

11. Zijn er, naast de hulpverleners die op dit moment al werken vanuit het gezondheidscentrum in Uw wijk, nog andere instanties, waarvan U vindt dat zij eigenlijk in dit gezondheidscentrum thuishoren? (s.v.p. één hokje aankruisen)

Ja

Nee

Zo ja, welke instanties?  
(s.v.p. hieronder invullen)

---

---

---

12. U kunt ook van mening zijn dat er al teveel verschillende instanties in Uw centrum zijn ondergebracht. Vindt U dat er onder de huisartsen, het maatschappelijk werk, fysiotherapie, wijkverpleging, verloskundigen, tandarts en soms de apotheek instanties zijn die eigenlijk niet in een gezondheidscentrum thuishoren? (s.v.p. één hokje aankruisen)

Ja

Nee

Zo ja, welke instanties?  
(s.v.p. hieronder invullen)

---

---

---

13. Er zijn situaties waarin de ene persoon de huisarts zou willen raadplegen, terwijl een ander liever naar een wijk-verpleegkundige of het maatschappelijk werk zou gaan.

Hieronder beschrijven wij een aantal situaties. Wilt U bij elk van deze situaties aangeven bij welke hulpverlenende instantie mensen naar Uw mening het beste kunnen aankloppen. Goede of foute antwoorden zijn niet mogelijk. (s.v.p. per situatie een hokje aankruisen)

	DAARMEE KUNNEN MENSEN HET BESTE EEN BEROEP DOEN OP :					Beslist geen zaak voor een professionele hulpverlener
	Wijkverpleging	Maatschappelijk werk	Huisarts	Centrum-/ dokters-assistente	Andere hulpverlener	
A. Er zijn problemen met de opvoeding van een 9-jarige jongen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. In een drie jaar oud huwelijk zijn ernstige moeilijkheden ontstaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Een ouder echtpaar wil eigenlijk liever naar een bejaardentehuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Iemand voelt zich erg eenzaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Een vrouw met 5 jonge kinderen is overspannen en heeft hulp in de huishouding nodig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Een meisje van 2 jr. komt elke nacht een paar keer huilend uit bed. De ouders zijn bekaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Van een echtpaar is de man plots weggelopen. De vrouw is volledig overstuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Iemand heeft schulden; de telefoon wordt afgesneden. Thuis wordt een ernstig zieke moeder verpleegd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Een zieke vraagt steun gedurende de laatste weken van het leven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Iemand zit drie maanden in het gips en krijgt te weinig hulp. Een buurvrouw, ook in het gips, krijgt veel meer hulp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. In Almere vindt de gezondheidszorg voor een groot gedeelte plaats vanuit de gezondheidscentra. In andere gemeenten werken de verschillende onderdelen vaak minder intensief samen; elke instantie heeft een eigen praktijkgebouw. Waar gaat in dit verband Uw voorkeur naar uit? (s.v.p. een hokje aankruisen)

Liefst een gezondheidszorg, waarbij de hulpverleners samenwerken in één gebouw

Liefst een gezondheidszorg waarbij hulpverleners wel samenwerken, maar vanuit een gemeenschappelijk gebouw hoeft niet

Liefst een gezondheidszorg, waarbij elke hulpverlener een eigen praktijk heeft en niet teveel met anderen samenwerkt

Het maakt mij niets uit

14a. Bent U gedurende de laatste 12 maanden (dus sinds november 1983) voor Uzelf bij de specialist geweest of bent U op dit moment onder behandeling van een specialist? (s.v.p. één hokje aankruisen)

Ja

Nee

Zo ja, op welk(e) specialisme(n) heeft dit betrekking?  
(s.v.p. het soort specialisme aangeven)

Specialisme(n) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15b. Bezoekt U deze specialist tijdens een ziekenhuisopname, was het een bezoek aan de polikliniek of kwam U bij de specialist aan huis? (s.v.p. naam en plaats van ziekenhuis of polikliniek invullen)  
(Let op: Als U de laatste 12 maanden bij meer dan één specialist bent geweest of in meer dan één ziekenhuis/polikliniek werd behandeld, dan gaarne vermelden in volgorde van behandeling)

Opname 1. In het \_\_\_\_\_ ziekenhuis te \_\_\_\_\_  
2. In het \_\_\_\_\_ ziekenhuis te \_\_\_\_\_

Polikliniek 1. Van het \_\_\_\_\_ ziekenhuis te \_\_\_\_\_  
2. Van het \_\_\_\_\_ ziekenhuis te \_\_\_\_\_

Bij specialist aan huis in (s.v.p. plaatsnaam invullen) \_\_\_\_\_

Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

15c. Hoe tevreden bent U alles bij elkaar genomen over Uw laatste bezoek aan de specialist als het gaat om de volgende onderdelen? (s.v.p. cijfers omcirkelen)

	Zeer ontevreden					Zeer tevreden				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Snelheid waarmee U bij de specialist terecht kon voor controle of behandeling										
Reistijd naar de specialist toe										
Wachttijd bij Uw bezoek aan de specialist										
Wijze waarop de specialist met U omging als patiënt										

16. Voordat U bij de specialist terecht kunt heeft U meestal een advies of verwijskaart van de huisarts nodig. Als U de laatste 12 maanden onder behandeling bent geweest van een specialist, hoe is de laatste verwijzing naar de specialist tot stand gekomen? (s.v.p. één hokje aankruisen)

Niet van toepassing; ik ben de laatste twaalf maanden niet verwezen

De huisarts vertelde mij dat verwijzing noodzakelijk was

De huisarts stelde verwijzing voor, en ik was het daarmee eens

Ik stelde verwijzing voor en de huisarts was het daarmee eens

Ik heb sterk op verwijzing aangedrongen, maar de huisarts was het er eigenlijk niet mee eens

Ik ben buiten de huisarts om bij de specialist terecht gekomen

17. Wie moet volgens U beslissen of een patiënt wordt verwezen naar een specialist? (s.v.p. één hokje aankruisen)  
(s.v.p. één hokje aankruisen)

- Uitsluitend de huisarts  De patiënt, in overleg met de huisarts   
De huisarts, in overleg met de patiënt  Uitsluitend de patiënt

18. Hieronder volgen enkele uitspraken over huisartsen en specialisten. Wilt U bij elke uitspraak door middel van een kruisje aangeven of U het eens bent of juist oneens met deze uitspraken?

	Dat is zo	Ik twijfel, maar dat is eigenlijk wel zo	Ik twijfel, maar dat is eigenlijk niet zo	Dat is niet zo
a. Het belang van hulpverlening door een specialist wordt meestal overdreven; de meeste ziekten kan een huisarts zelf behandelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Een huisarts moet proberen zoveel mogelijk klachten zelf te behandelen en patiënten niet te snel naar een specialist verwijzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Als er teveel dokters zouden zijn, kan beter het aantal specialisten worden verminderd dan het aantal huisartsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ook bij minder ernstige ziekten kun je beter door een specialist worden behandeld dan door een huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Huisartsen hebben een belangrijkere taak in de gezondheidszorg dan specialisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Als een huisarts twijfelt of je iets mankeert, dan moet hij je meteen doorverwijzen naar een specialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Bij een specialist ben je in betere handen dan bij een huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Huisartsen sturen je maar voor elk wisselwase naar de specialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Voor de meeste ziekten kun je beter bij de huisarts terecht dan bij de specialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Soortgelijke uitspraken zijn te doen over bijvoorbeeld het maatschappelijk werk, de gezinsverzorging of de invloed van patiëntenorganisaties. Wilt U weer door het zetten van een kruisje aangeven in hoeverre U het eens of juist oneens bent met de volgende uitspraken? (s.v.p. per uitspraak één hokje aankruisen).

	Dat is zo	Ik twijfel, maar dat is eigenlijk wel zo	Ik twijfel, maar dat is eigenlijk niet zo	Dat is niet zo
a. Maatschappelijk werk(st)ers zijn eigenlijk overbodig; hun werk kan net zo goed worden gedaan door familie, bureu of bekenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Het is een goede zaak dat mensen met veel vrije tijd als vrijwilligers worden ingeschakeld bij de hulpverlening aan zieken en hulpbehoevenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Gezinsverzorging is in de eerste plaats een taak voor familieleden, bureu of goede bekenden en niet voor betaalde beroepskrachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. De invloed die patiënten hebben op het beleid v.d. gezondheidscentra in Almere is heel erg klein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. De opbouw v.d. gezondheidszorg in Almere is een zaak die men het beste aan deskundigen kan overlaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Een goed en regelmatig contact tussen hulpverleners onderling komt de kwaliteit van de hulpverlening ten goede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Patiëntenorganisaties horen een belangrijke taak te vervullen bij het aanbrengen van verbeteringen in de gezondheidszorg in Almere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Hieronder vindt U een aantal situaties waarin mensen informatie, advies of hulp nodig hebben. Wilt U bij elke uitspraak, door het zetten van een kruisje, aangeven wat U in zo'n geval zou doen?  
(s.v.p. per uitspraak één hokje aankruisen)

20a. U wilt erg graag wat meer weten over de werking van bepaalde medicijnen. U vraagt dit aan .....

- |                      |                          |                  |                          |
|----------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| De huisarts          | <input type="checkbox"/> | Anders,          | <input type="checkbox"/> |
| De doktersassistente | <input type="checkbox"/> | namelijk: _____  |                          |
| De apotheker         | <input type="checkbox"/> | Ik weet het niet | <input type="checkbox"/> |

20b. U bent overdag in Almere gevallen en heeft een hevig bloedende wond aan Uw been. U heeft snel EHBO-verzorging nodig. U gaat hiervoor naar .....

- |                                    |                          |                  |                          |
|------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Dichtstbijzijnd gezondheidscentrum | <input type="checkbox"/> | Anders,          | <input type="checkbox"/> |
| Polikliniek/MCA                    | <input type="checkbox"/> | namelijk: _____  |                          |
| Dichtstbijzijnd ziekenhuis         | <input type="checkbox"/> | Ik weet het niet | <input type="checkbox"/> |

20c. U heeft midden in de nacht snel een huisarts nodig. Wat doet U?

- |  |                          |                  |                          |
|--|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Ik bel mijn eigen huisarts uit bed     | <input type="checkbox"/> | Anders,          | <input type="checkbox"/> |
| Ik bel naar de polikliniek Almere      | <input type="checkbox"/> | namelijk: _____  |                          |
| Ik bel het dichtstbijzijnde ziekenhuis | <input type="checkbox"/> | Ik weet het niet | <input type="checkbox"/> |
| Ik bel de dokters-telefoon in Almere   | <input type="checkbox"/> |                  |                          |

20d. Een buurvrouw van U verwacht een kind. Zij vraagt een aantal mensen om advies over de plaats van bevalling. U adviseert haar .....

- |   |                          |                  |                          |
|---|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Thuis bevallen m.b.v. een verloskundige | <input type="checkbox"/> | Anders,          | <input type="checkbox"/> |
| Thuis bevallen met hulp van de huisarts | <input type="checkbox"/> | namelijk: _____  |                          |
| Een bevalling in een kraamcentrum       | <input type="checkbox"/> | Ik weet het niet | <input type="checkbox"/> |
| Een bevalling in polikliniek/ziekenhuis | <input type="checkbox"/> |                  |                          |

20e. U heeft thuis op een doordeweekse dag Uw hand verbrand. Het is overdag en U heeft snel EHBO nodig. U gaat naar .....

- |                                       |                          |                  |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Dichtstbijzijnd<br>gezondheidscentrum | <input type="checkbox"/> | Anders,          | <input type="checkbox"/> |
| Polikliniek/MCA                       | <input type="checkbox"/> | namelijk: _____  |                          |
| Dichtstbijzijnd<br>ziekenhuis         | <input type="checkbox"/> | Ik weet het niet | <input type="checkbox"/> |

20f. U wordt te hulp geroepen door Uw buurvrouw. Zij is van de trap gevallen en heeft waarschijnlijk haar been gebroken.  
Wat doet U?

- |  |                          |                  |                          |
|--|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Ik bel het dichtstbij-<br>zijnd gezondheidscentrum | <input type="checkbox"/> | Anders,          | <input type="checkbox"/> |
| Ik bel naar de<br>polikliniek/MCA                  | <input type="checkbox"/> | namelijk: _____  |                          |
| Ik bel het dichtstbij-<br>zijnde ziekenhuis        | <input type="checkbox"/> | Ik weet het niet | <input type="checkbox"/> |
| Ik bel de dokters-<br>telefoon in Almere           | <input type="checkbox"/> |                  |                          |

20g. U heeft klachten over de avond- en weekend-dienstregeling van de huisartsen in Almere. U gaat hiermee naar .....

- |                                     |                          |                  |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Uw eigen huisarts                   | <input type="checkbox"/> | Anders,          | <input type="checkbox"/> |
| Patiëntenwerkgroep<br>eigen centrum | <input type="checkbox"/> | namelijk: _____  |                          |
| De gemeente Almere                  | <input type="checkbox"/> | Ik weet het niet | <input type="checkbox"/> |

21. Er zijn situaties waarin mensen in verband met ziekte voor korte of langere tijd verzorging nodig hebben. Hieronder vindt U een aantal van zulke situaties. Wilt U bij elke situatie door middel van een kruisje aangeven wat U in deze gevallen zou doen? Goede of foute antwoorden zijn er niet, elk antwoord is even goed:

	U biedt uit Uzelf aan deze verzorging op U te nemen	U wacht af of men U vraagt. Vraagt men U, dan bent U bereid deze verzorging op U te nemen	U wacht af of men U vraagt, maar bent eigenlijk niet bereid deze verzorging op U te nemen	U neemt in geen geval deze verzorging op U
a. Een goede kennis uit Almere heeft 4 weken in het weekend 1½ uur verzorging nodig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dezelfde goede kennis heeft 4 weken niet alleen in het weekend, maar elke avond 1½ uur verzorging nodig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Iemand uit Uw straat, waar U weinig contact mee hebt, heeft 4 weken in het weekend 1½ uur verzorging nodig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dezelfde persoon heeft niet alleen in het weekend, maar elke avond 1½ uur verzorging nodig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Vanuit een patiëntenorganisatie worden vrijwilligers gevraagd om 4 weken lang in het weekend iemand gedurende 1½ uur te verzorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Nu is het omgekeerde het geval. U bent zelf ziek thuis en heeft 4 weken lang in het weekend aanvullende verzorging nodig, gedurende 1½ uur per dag. Een aantal personen zou in aanmerking kunnen komen om deze verzorging op zich te nemen. Wilt U bij elk van onderstaande personen d.m.v. een kruisje aangeven of U aan hem of haar hulp zou vragen, of hulp zou aanvaarden als het U door deze persoon werd aangeboden.

	U vraagt zelf of deze persoon bereid is om U te helpen	U zult het niet zelf vragen maar als deze persoon hulp aanbiedt, aanvaardt U de hulp	U zult het niet zelf vragen en ook als deze persoon hulp aanbiedt, aanvaardt U de hulp liever niet	U zult beslist geen hulp van deze persoon aanvaarden
a. Een goede kennis uit Almere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Eén van Uw naaste bureu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Iemand bij U uit de straat, waar U verder weinig contact mee heeft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Iemand uit Almere die U verder niet kent, maar via een patiëntenorganisatie op de hoogte is van Uw situatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Een familielid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



TOT SLOT NOG ENKELE VRAGEN OVER UZELF

23a. Kunt U met een soort rapportcijfer aangeven hoe Uw gezondheidstoestand de laatste tijd is?  
(s.v.p. een cijfer omcirkelen)

Zeer slecht  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Zeer goed

23b. En hoe was Uw gezondheidstoestand ongeveer 5 jaar geleden?  
(s.v.p. een cijfer omcirkelen)

Zeer slecht  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Zeer goed

24. Op welke wijze bent U verzekerd tegen ziektekosten?  
(s.v.p. één hokje aankruisen)

Ziekenfonds

Particulier

Als U particulier verzekerd bent:

a. Zijn in Uw verzekering de huisartskosten meeverzekerd?

Ja, geheel

Ja, met  
eigen risico

Nee

b. Zijn in Uw verzekering de kosten voor specialistische hulp meeverzekerd?

Ja, geheel

Ja, met  
eigen risico

Nee

25a. Bestaat er bij het gezondheidscentrum in Almere waar U als patiënt staat ingeschreven ook een patiëntenvereniging?  
(s.v.p. één hokje aankruisen)

Ja

Nee

Ik weet niet

Ik sta niet ingeschreven  
bij één van de centra

25b. Indien er een patiëntenvereniging aanwezig is, bent U dan ook lid van deze vereniging?  
(s.v.p. één hokje aankruisen)

Ja, een actief lid

Ja, een passief lid

Nee

Niet van  
toepassing

<p>26. Wat is Uw geslacht? (s.v.p. één hokje aankruisen)</p>	Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/>
<p>27. In welk jaar bent U geboren? (s.v.p. jaartal invullen)</p>	In 19--
<p>28a. In welke maand en welk jaar bent U in Almere komen wonen? (s.v.p. maand en jaar invullen)</p> <p>In _____ 19 ..</p> <p>28b. Wat was Uw woonplaats voordat U naar Almere verhuisde? (s.v.p. vorige woonplaats invullen)</p> <p>Mijn vorige woonplaats was : _____</p>	
<p>29. Wat is de hoogste schoolopleiding die U heeft voltooid? (s.v.p. één hokje aankruisen)</p>	Lager Onderwijs <input type="checkbox"/> Voortgezet Lager Onderwijs LAVO, VGLO, 7/8 klas <input type="checkbox"/> ULO/MULO/MAVO <input type="checkbox"/> Lager Beroeps Onderwijs (LTS LEAO, Huishoudschool e.d.) Middelbaar Onderwijs (HBS, Gymnasium, Atheneum, HAVO) of Middelbaar Beroeps Onder- wijs (MEAO, MTS, e.d.) <input type="checkbox"/> Hoger Beroeps Onderwijs of Semi-Universitair Onderwijs (Pedagogische Academie, Sociale Academie, HEAO, HTS, MO-akten, propedeutisch/ kandidaats) <input type="checkbox"/> Universiteit of Hogeschool <input type="checkbox"/> Anders, te weten: <input type="checkbox"/> _____
<p>30. Welke van de onderstaande situaties is het meest op U van toepassing? (s.v.p. één hokje aankruisen)</p>	Werkzaam in loondienst <input type="checkbox"/> Werkzaam in vrij beroep of in eigen bedrijf <input type="checkbox"/> Huisvrouw <input type="checkbox"/> Thans werkloos <input type="checkbox"/> Thans arbeidsongeschikt <input type="checkbox"/> Gepensioneerd <input type="checkbox"/> Scholier, student of ander dagonderwijs volgend <input type="checkbox"/>

31. Als U op dit moment een betaalde baan heeft of in het verleden heeft gehad, wat is (was) dan Uw beroep?  
(s.v.p. beroep invullen)

Beroep: \_\_\_\_\_

31b. Als U op dit moment een betaalde baan heeft, hoeveel uur per week werkt U in deze baan?  
(s.v.p. aantal uren invullen)

--- uur per week

32. Wat is Uw burgerlijke staat?  
(s.v.p. één hokje aankruisen)

Gehuwd of samenwonend

Gescheiden

Weduwe/wedenaar

Ongehuwd/  
zelfstandig wonend

Ongehuwd/  
bij ouders wonend

Anders, te weten:

\_\_\_\_\_

33a. In ons onderzoek naar de gezondheidszorg in Almere zal, naast de meningen van de Almeerse bevolking, ook aan de in Almere gevestigde huisartsen worden gevraagd wat zij vinden van de gezondheidszorg.

Om een goede vergelijking te kunnen maken is het van belang te weten welke mensen bij welke huisarts horen. Zou U daarom hieronder willen opschrijven bij welke huisarts in Almere U staat ingeschreven? Uiteraard krijgt Uw huisarts geen inzage in de antwoorden die U op de vragen hebt gegeven.

(s.v.p. naam huisarts invullen)

Mijn huisarts in Almere is dokter \_\_\_\_\_

33b. Bent U sinds U in Almere woont al eens bij deze huisarts geweest?  
(s.v.p. één hokje aankruisen)

Ja

Nee

Als U nog aanvullende opmerkingen heeft over de gezondheidszorg in Almere of toelichtingen bij Uw antwoorden, dan nodigen wij U uit deze op de achterkant van de vragenlijst te noteren.

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING!

## PERSBERICHT

Onderzoek Gezondheidszorg Almere.

Gezondheidszorg is een zaak die iedereen aangaat. In Almere is de hele gezondheidszorg wat anders georganiseerd dan in de rest van Nederland. Het is daarom belangrijk te weten wat de Almeerse bevolking nu van zo'n nieuwe opzet vindt.

Om dit te onderzoeken is aan 1000 willekeurig gekozen inwoners een vragenlijst gestuurd. In de lijst wordt gevraagd naar de ervaringen die mensen hebben met de plaatselijke gezondheidszorg. Bovendien worden enkele vragen gesteld over de taken van de huisarts en andere hulpverleners. De onderzoekers vragen de inwoners ook nog enkele achtergrond-gegevens in te vullen.

De opzet en uitvoering van dit onderzoek onder de bevolking van Almere is in handen van het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI), dat ook zorgt voor de anonieme verwerking van de vragenlijsten. Het NHI doet dan ook een beroep op iedereen die een vragenlijst in de bus heeft gekregen om het formulier in te vullen en op te sturen. Hoe meer mensen meedoen, hoe betrouwbaarder de resultaten zullen zijn. Op deze wijze kunnen de bewoners van Almere laten zien dat de gezondheidszorg ook werkelijk een zaak is die iedereen aangaat.