



NIVEL  
bibliotheek

drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

## Bereikbaarheid en toegankelijkheid van de eerstelijnsgezondheidszorg

Het oordeel van leden van de Nederlandse  
Vereniging van Huisvrouwen

N.E. Warmenhoven  
augustus 1984



## I. INLEIDING

In de Nota Eerstelijnsgezondheidszorg 1983 worden de volgende kenmerken van de eerstelijnsgezondheidszorg (ELGZ) genoemd:

- het generalistische karakter van de aangeboden hulp en zorg met preventieve, voorlichtende, curatieve, verplegende, verzorgende, revaliderende, bewakende en signalerende aspecten, niet beperkt tot bepaalde categorieën hulpvragers, hulpverleners of hulpverleningsmethoden;
- de (in principe) vrije toegankelijkheid van de daarin werkzame hulpverleners;
- de situering dichtbij of temidden van de doelpopulatie;
- de gerichtheid op de mens in zijn vertrouwde omgeving;
- de ambulante wijze van hulpverlening.

In het project "Bereikbaarheid van de Eerstelijnsgezondheidszorg" is onder de leden van de Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen (NVvH) nagegaan, in hoeverre men vindt dat de eerstelijnsgezondheidszorg voldoet aan een aantal van deze kenmerken.

Er zijn gegevens verzameld over de *geografische* bereikbaarheid van verschillende hulpverleners en over de mate waarin de hulpverlening *organisatorisch* bereikbaar en toegankelijk is.

Tenslotte zijn een aantal vragen gesteld over de wijze waarop *hulpvraag* en *hulpaanbod* op elkaar aansluiten.

Aanleiding tot het onderzoek was een actie ter verbetering van de bereikbaarheid van de eerstelijnsgezondheidszorg, binnen de Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen.

De NVvH heeft begin 1982 het besluit tot deze actie genomen. Er is contact opgenomen met de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, die haar medewerking toezegde. De Geneeskundige Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid voor de Eerstelijnsgezondheidszorg (dhr. A. Vrij) raadde de Vereniging aan om de hulp in te roepen van een organisatie die de actie onderzoeksmatig zou kunnen begeleiden.

In de loop van 1982 heeft de NVvH daartoe contact gezocht met het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI), dat na interne besluitvorming een subsidie-verzoek indiende bij het Ministerie van WVC.

Inmiddels zat de NVvH niet stil. In het najaar van 1982 werden er gewestelijke bijeenkomsten belegd voor alle consumentenpijlers van de plaatselijke afdelingen van de NVvH in dat gewest. Op deze bijeenkomsten werd het onderwerp 'Eerstelijnsgezondheidszorg' ingeleid door de Regionaal Inspecteur van de Volksgezondheid of door een vertegenwoordiger van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid.

De Landelijke Konsumentenpijler (mw. L.J. v.d. Keijl) lichtte toe waarom de bereikbaarheid van de ELGZ juist voor de huisvrouw zo belangrijk is. Tot slot van de bijeenkomst werden de 'afdelingspijlers' geadviseerd over de opzet van een vergadering van hun afdeling, ten behoeve van de actie. Deze plaatselijke bijeenkomsten begonnen in januari 1983.

Het doel van het onderzoeksproject van het NHI is als volgt geformuleerd:

1. Het behulpzaam zijn van de NVvH bij een actie ter verbetering van de ELGZ;
2. Het verkrijgen van beschrijvende informatie over de bereikbaarheid van de ELGZ, bestaande uit de volgende onderdelen:
  - a. het oordeel van de leden van de NVvH van alle afdelingen;
  - b. een beschrijving van de organisatie van de gezondheidszorg ter plaatse, in een aantal afdelingen, geselecteerd op grond van de uitkomsten van a.
3. Een poging tot het verklaren van verschillen van oordeel over bereikbaarheid.

Het doel onder 1 is nagestreefd door de opzet van de vragenlijst, waarvan een gedeelte bestemd was om discussie binnen de afdeling te stroomlijnen.

Bovendien krijgen alle afdelingen, die aan het project hebben meegedaan een verslagje van de afdelingsspecifieke resultaten. Hiermee kan per afdeling bekeken worden of er knelpunten zijn waar iets aan gedaan kan worden. Dit rapport gaat in op de doelstellingen, zoals die zijn geformuleerd onder 2 en 3. Vooruitlopend op de resultaten lijkt het zinvol om op deze plaats op te merken dat deel 2b van de doelstelling in de loop van het project is komen te vervallen. In hoofdstuk 3 wordt hier verder op ingegaan.

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op 'tevredenheidsonderzoek in de gezondheidszorg'. Hoofdstuk 3 is gewijd aan de vraagstelling, en hoofdstuk 4 aan de



werkwijze. In hoofdstuk 5 volgen algemene gegevens over de onderzoekspopulatie. De hoofdstukken 6, 7 en 8 beschrijven de gevonden resultaten ten aanzien van de 'geografische', de 'organisatorische' en de 'psychologische bereikbaarheid'.

In hoofdstuk 9 komt de relatie tussen het oordeel over de bereikbaarheid en medische consumptie aan de orde.

Hoofdstuk 10 gaat in op gevonden verschillen in oordeel tussen de plaatselijke afdelingen van de NVvH.

In hoofdstuk 11 tenslotte volgen de conclusies.

## 2. TEVREDENHEIDSONDERZOEK

Het onderzoek, waarvan in dit rapport verslag wordt gedaan, kan beschouwd worden als onderzoek naar de tevredenheid van (potentiële) patiënten over aspecten van de gezondheidszorg. Deze vorm van tevredenheidsonderzoek, ook wel 'satisfactie-onderzoek' genoemd, staat steeds meer in de belangstelling (o.a. Locker & Dunt, 1978).

Alle onderzoeken naar tevredenheid van patiënten over de gezondheidszorg leiden tot de conclusie dat het merendeel der patiënten tevreden is over de verleende zorg. Een percentage dat varieert van 10 tot 25% is minder tevreden of ontevreden met de zorg of met deelaspecten daarvan.

Dit resultaat lijkt enigszins verrassend omdat bijna iedereen de ervaring kent dat het in het dagelijks leven helemaal niet zo moeilijk is om kritiek op te vangen over de (eerstelijns)gezondheidszorg.

Nu is het natuurlijk zo dat feilen en falen van de gezondheidszorg méér en dankbaarder gespreksstof opleveren dan wanneer alles op rolletjes loopt. Onvrede met de gang van zaken zal daardoor in een gesprek tussen een aantal mensen relatief veel aandacht krijgen. Bij tevredenheidsonderzoek speelt dit verschijnsel een minder grote rol.

Aan de andere kant zijn de beschikbare methoden voor satisfactie-onderzoek misschien niet gevoelig genoeg om een juist beeld te geven van alle nuances van tevredenheid en ontevredenheid van patiënten over de gezondheidszorg en de hulpverleners van die zorg (Spangenberg, 1981).

Er zijn verschillende redenen te bedenken waarom respondenten zich in interviews of enquêtes nóg tevredener kunnen tonen dan ze toch al zijn. Zo wijst onder meer Van Es (1980) erop dat bijvoorbeeld de huisarts een bijzonder hoge plaats inneemt in de beroepsprestigestratificatie. In grote lijnen heeft men respect voor de huisarts en kijkt tegen hem/haar op. Hetzelfde geldt, zij het in wat mindere mate, voor andere 'medische' beroepen. Informeel kan men dan misschien wel eens wat (welwillende) kritiek laten horen, maar bij een interview of een enquête voert dan toch het gevoel van respect en misschien dankbaarheid de boventoon.

Dit geldt waarschijnlijk met name wanneer de enquête globaal gesteld is. Zowel Patrick en anderen als Locker vinden minder tevredenheid over

specifieke aspecten van de gezondheidszorg, dan over de zorg in het algemeen.

Tevredenheid heeft alles te maken met de verwachtingen die men heeft over de gezondheidszorg. Freidson (1961) maakt een onderscheid tussen ideale en praktische verwachtingen. Ideale verwachtingen weerspiegelen wat een patiënt het liefst zou willen gezien zijn/haar probleem, en wat men met de hulpvraag wil bereiken. Praktische verwachtingen ontstaan uit eigen ervaringen, ervaringen die anderen hebben verteld, of kennis uit andere bronnen. Het is duidelijk dat deze verwachtingen niet samenvallen; iemand kan tevreden zijn omdat beantwoord is aan de praktische verwachtingen, zonder dat al zijn/haar doelen zijn bereikt.

Een derde reden waarom in patiënteninterviews of -enquêtes zo'n grote mate van tevredenheid wordt gemeten is misschien het feit, dat respondenten geneigd zijn te antwoorden in 'sociaal-wenselijke' richting. Dit zal met name een rol spelen wanneer het interview of de enquête wordt afgenomen door een persoon of instantie die geassocieerd kan worden met het onderwerp van de enquête.

Een duidelijk voorbeeld daarvan is de verpleegkundige die vragenlijsten over het ziekenhuisverblijf uitdeelt, toelicht en weer verzamelt.

In onderzoek naar het effect van de methode op de gemeten tevredenheid vindt Visser (1982) dat factoren als antwoordtendenties, de wijze en de plaats van onderzoek amper van invloed zijn op de gemeten tevredenheid. Visser vindt wel een grote invloed van de factoren 'sociale wenselijkheid' en 'dankbaarheid' (verklaren gemiddeld 15,6% van de variantie in de satisfactie van patiënten).

De methode van satisfactie-onderzoek is volgens sommige auteurs van invloed op de gemeten tevredenheid (o.a. Spangenberg, 1981). Locker & Dunt (1978) onderscheiden 3 benaderingen voor de aanpak van satisfactie-onderzoek:

1. Een globale evaluatie
2. Een tevredenheidsmaat voor ieder aspect van de zorg voor het individu
3. Een samengestelde maat, afgeleid van gegevens zoals verkregen door middel van 2.

De eerste benadering heeft nogal wat nadelen. Het blijkt dat mensen in grote lijnen heel tevreden kunnen zijn terwijl ze op specifieke punten wel kritiek hebben. Bij gemeten ontevredenheid is het niet zonder meer duidelijk in welke richting gezocht moet worden om de situatie te verbeteren. De benadering zoals genoemd in 2. en 3. (in feite varianten van elkaar) hebben dus de voorkeur.

De zeer positieve uitkomsten van satisfactie-onderzoek over de gezondheidszorg moeten misschien wat gerelativeerd worden. Dat neemt niet weg dat de grote tevredenheid ook zeker voorkomt uit de goede kwaliteit en bereikbaarheid van de gezondheidszorg in Nederland en grote delen van West-Europa.

In het project "Bereikbaarheid van de ELGZ" is gewerkt met schriftelijke vragenlijsten met gesloten (multiple choice) vragen. Op deze wijze was het mogelijk gegevens te verkrijgen over zoveel mogelijk aspecten van de zorg van een behoorlijk aantal verschillende hulpverleners.

### 3. DE VRAAGSTELLING

De vraagstelling van het onderzoek luidt:

1. Wat vinden Nederlandse huisvrouwen van de bereikbaarheid in geografische, organisatorische en in psychologische zin.
2. Welke factoren beïnvloeden de perceptie van de bereikbaarheid. Hierbij moet men zowel denken aan de feitelijke situatie ter plaatse, als aan ervaringen met de ELGZ (medische consumptie), als aan factoren die de medische consumptie op hun beurt weer beïnvloeden (demografische variabelen).

Ad 1.

Onder *geografische bereikbaarheid* wordt verstaan de bereikbaarheid in ruimtelijke zin: hoe ver verwijderd woont men van de verschillende hulpverleners. Naast de precieze afstand in kilometers is het ook van belang of er groepen respondenten zijn voor wie de gang naar de diverse hulpverleners specifieke problemen oplevert. Onder *organisatorische bereikbaarheid* valt de bereikbaarheid zoals die wordt gevormd (of belemmerd) door de wijze waarop de praktijk van een hulpverlener is georganiseerd: spreekuren, waarnemingsregelingen, telefonische bereikbaarheid, wachttijden etcetera. *Psychologische bereikbaarheid* is een term waarmee getracht wordt aan te geven de meer subjectieve kanten van bereikbaarheid. Hieronder valt het op elkaar aansluiten van hulpvraag en hulpaanbod, de 'bereikbaarheid' van voldoende informatie en dergelijke.

Ad 2.

De vraagstelling kan op de volgende wijze worden verduidelijkt:

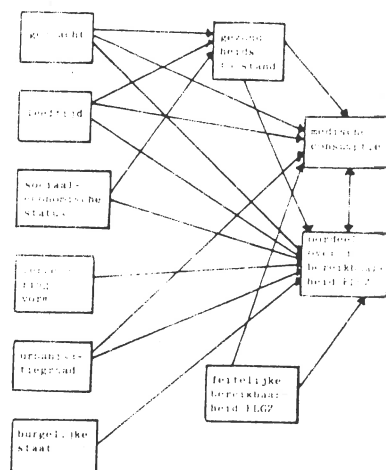


fig. 3: Schematische weergave van de vraagstelling

De achtergrondvariabelen links in het schema zijn gedeeltelijk van invloed op de *gezondheidstoestand*.

Van der Zee (1982) vindt onder meer dat vrouwen méér klachten over hun gezondheid hebben dan mannen.

De gezondheidstoestand van ouderen is minder goed dan die van jongere mensen.

Mensen in de lagere sociaal-economische lagen van de maatschappij ervaren hun gezondheidstoestand als minder goed, dan mensen uit de 'hogere' lagen. Verzekeringsvorm heeft volgens Van der Zee geen op zichzelf staande invloed op de gezondheidstoestand, evenmin als burgerlijke staat.

De gezondheidstoestand is vanzelfsprekend van invloed op de *medische consumptie*. De achtergrondvariabelen hebben gedeeltelijk een aparte invloed op het gebruik van medische voorzieningen.

Vrouwen hebben een minder goede (ervaren) gezondheid dan mannen maar gaan, los daarvan, ook eerder naar de dokter.

Oudere mensen zijn minder geneigd om te 'klagen' dan jongere, hetgeen een remmende invloed kan hebben op hun medische consumptie.

Mensen uit kleine steden uiten eveneens, onafhankelijk van de gezondheidstoestand, minder klachten dan mensen uit grotere steden.

Het verband tussen *het oordeel over* de bereikbaarheid en de medische consumptie volgt gedeeltelijk uit andere relaties. Zo kan de leeftijd invloed hebben op het oordeel over de bereikbaarheid en ook op de medische consumptie.

Daarnaast kan het oordeel over de bereikbaarheid op zichzelf de consumptie beïnvloeden. Andersom kan de mate waarin men van een voorziening gebruik maakt van invloed zijn op de waardering van (de bereikbaarheid van) die voorziening.

In welke richting deze laatste beïnvloeding gaat, is niet helemaal duidelijk. Enerzijds ligt het voor de hand dat mensen, die regelmatig van een bepaalde voorziening gebruik maken, kritischer zullen zijn ten aanzien van die voorziening. Anderzijds wordt wel gevonden (Patrick e.a., 1983) dat 'ongezonde' mensen ten aanzien van sommige aspecten tevredener zijn dan 'gezonde'.

Patrick e.a. vonden ook dat mensen die korter dan 14 dagen geleden de arts hadden bezocht, in het algemeen méér tevreden waren.

Van alle variabelen links in het schema is het op zichzelf denkbaar dat ze van invloed zijn op het oordeel over (de bereikbaarheid van) de eerstelijnsgezondheidszorg. Zo wordt veelal verondersteld (en ook wel door onderzoek bevestigd) dat de oudere generatie wat 'milder' is dan de jongere en dat mensen uit de hogere sociale strata van de maatschappij kritischer staan ten opzichte van aspecten van de gezondheidszorg dan mensen uit de lagere sociale strata (Patrick e.a., 1983; Locker & Dunt, 1978). De invloed van geslacht varieert in verschillende onderzoeken.

Het schema in figuur 3.1 en de toelichting daarop trachten een kader te geven waarin het onderzoek 'Bereikbaarheid van de ELGZ' geplaatst kan worden. Niet alle relaties die worden aangegeven zijn ook onderzocht; deels omdat de gegevens zich daartoe niet lenen, deels omdat zulks buiten het bestek van het project zou vallen.

Het lag oorspronkelijk in de bedoeling om in een aantal afdelingen van de NVvH te inventariseren, hoe de gezondheidszorg ter plaatse feitelijk was georganiseerd. Met behulp van een dergelijke inventarisatie zou worden nagegaan of met name een minder gunstige beoordeling van een plaatselijke afdeling signaal is voor een minder goede bereikbaarheid van de eerstelijnsgezondheidszorg ter plaatse.

Deze analyse zou, om begrijpelijke redenen, worden uitgevoerd ten aanzien van afdelingen, waarvan de leden relatief gunstig, of juist ongunstig, oordeelden over de bereikbaarheid van de ELGZ.

Bij de verwerking van de gegevens van de eerste 2000 respondenten bleken echter twee dingen:

- ten eerste was het verschil in oordeel tussen verschillende afdelingen, hoewel duidelijk aanwezig, niet bijzonder groot.
- Ten tweede, hiermee samenhangend, was het oordeel over de bereikbaarheid van de ELGZ over het geheel zeer positief.

In overleg met de subsidiënt, het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, werd dan ook besloten af te zien van verdere beschrijving van afzonderlijke afdelingen.

De invloed van de feitelijke bereikbaarheid, volledigheidshalve wél in schema 3.1 aangegeven, kon dus niet worden nagegaan.

De invloed van de achtergrondvariabelen op de gezondheidstoestand en de medische consumptie is niet uitputtend onderzocht, enerzijds omdat dit stof genoeg zou opleveren voor een zelfstandig project en anderzijds omdat het niet zou passen binnen de doelstelling.



#### 4. WERKWIJZE

##### 4.1. De vragenlijsten

De afdelingsbijeenkomsten van de NVvH over de bereikbaarheid van de eerste-lijnsgezondheidszorg vonden plaats verdeeld over twee perioden: winter/voorjaar 1983 en najaar/winter 1983-84.

Voor de eerste periode werd een vragenlijst gemaakt over de geografische en de organisatorische bereikbaarheid van de volgende hulpverleners:

1. de huisarts
2. de tandarts
3. de apotheker
4. de fysiotherapeut
5. de maatschappelijk werker
6. de verloskundige

en van de volgende hulpverlenende instanties:

7. kraamzorg
8. gezinshulp
9. gezinsverpleging
10. het consultatiebureau voor zuigelingen/kleuters

Van de onder 7, 8 en 9 genoemde vormen van hulpverlening werden geen gegevens verzameld over de geografische bereikbaarheid omdat die daarbij niet zo van belang is. Ten aanzien van de huisarts en de apotheker werd gevraagd hoe vaak men deze in de voorafgaande 3 maanden bezocht had. De vragen over de tandarts hoefden alleen beantwoord te worden wanneer de respondent (of één van haar huisgenoten) zelf, regelmatig naar de tandarts toe ging.

De vragen over de overige hulpverleners c.q. vormen van hulpverlening werden alleen ingevuld door degenen die in de twee jaar voorafgaand aan het onderzoek ervaring hadden gehad met de betreffende zorg.

Van de respondenten werden ook een aantal algemene gegevens gevraagd zoals woonplaats, geboortejaar, burgerlijke staat, samenstelling van het gezin, gezondheidstoestand (van de respondent en van het gezin), eventuele chronische ziekte of handicap, opleiding, bezigheden van de partner (indien

van toepassing) en (beroeps)arbeid van de respondent zelf. Verder werd gevraagd of men lid was van de NVvH (ook niet-leden waren welkom op de bijeenkomsten), en of men als regel de bijeenkomsten van de NVvH bezocht.

Vóór de tweede periode van de afdelingsbijeenkomsten was het project "Bereikbaarheid van de ELGZ" officieel van start gegaan. Er kon dus nog wat meer aandacht besteed worden aan een herziene versie van de vragenlijst. In de tweede versie werden zoveel mogelijk dezelfde vragen gesteld als in de eerste versie. Er werden een aantal slordigheden gecorrigeerd. De vragen over de verloskundige, de kraamzorg en het consultatiebureau werden achterwege gelaten, omdat bleek dat de respondenten daar over het algemeen geen ervaring (meer) mee hadden. Aan de vragenlijst werd een serie vragen toegevoegd over de psychologische bereikbaarheid van de huisarts en de tandarts. Tot slot kreeg de vragenlijst een wat meer professioneel aanzien. De tweede versie van de vragenlijst staat in bijlage I, evenals de extra-vragen uit de eerste versie. De eerste versie van de vragenlijst is ingevuld door 3048 respondenten op 83 bijeenkomsten; de tweede door 2034 respondenten op 68 bijeenkomsten (zie verder hoofdstuk 5).

#### 4.2. De afdelingsbijeenkomsten

De afdelingsbijeenkomsten werden georganiseerd door de plaatselijke consumentenpijlers. Op de bijeenkomsten werden de enquêtes ingevuld, hetgeen (inclusief de toelichting) een half tot één uur in beslag nam. Een enkele consumentenpijler organiseerde het zó, dat de vragenlijsten eerst werden uitgezet en weer verzameld, en dat er pas een bijeenkomst werd belegd als de resultaten van de afdeling geturfd waren. Het resterende deel van de bijeenkomst varieerde sterk per afdeling. Soms werd er gediscussieerd na het invullen van de enquêtes. Vaak kwam er een spreker of spreekster iets vertellen over een onderwerp, dat meestal (maar niet altijd) min of meer verwant was met 'de bereikbaarheid van de ELGZ'. Zo werd bijvoorbeeld in sommige plaatsen door werkers in de eerstelijnsgezondheidszorg uitgelegd hoe de diensten van de verschillende hulpverleners geregeld waren, en wie, waar, waarvoor te bereiken was.

De vragenlijst werd hier en daar wel lang gevonden en sommige vragen waren

niet meteen voor iedereen even duidelijk. Toch bestaat in het algemeen de indruk dat de actie als positief werd ervaren. Sommige consumentenpijlers hadden de bijeenkomst voorbereid door bij een aantal werkers in de eerstelijnsgezondheidszorg langs te gaan en informatie in te winnen. Men vond het een uitdaging om een tijd gericht met een bepaald onderwerp om te gaan. Een paar reacties uit de brieven, die consumentenpijlers tegelijkertijd met de enquêteformulieren terugstuurden:

*"Zoals u begrijpt was onze ochtend een overweldigend succes, misschien mede veroorzaakt door het feit, dat (...) vele dames al nieuwsgierig waren gemaakt. Vele complimentjes over de leerzame ochtend waren ons deel, vooral ook omdat we veel informatie hebben kunnen doorgeven over o.a. wijkverpleging en maatschappelijk werk."*

*"De meeste leden vonden het een vruchtbare middag. Sommigen zeiden: 'Zoiets moesten we meer doen.' Wel waren er voor deze middag meer oud-verpleegsters en doktersvrouwen aanwezig dan anders."*

Over de voorbereidingen voor de bijeenkomst schreef een pijler:

*"Het bezoeken van alle instanties is erg prettig werk. Iedereen werkt met plezier mee, weet je geen vraag te stellen dan vertellen ze alles wel zelf. Bijvoorbeeld wat doet de maatschappelijk werker? Daar wist ik van tevoren niets over."*

Er waren ook afdelingspijlers die wezen op de vertekening van de 'steekproef' (zie hoofdstuk 5). Het is goed mogelijk dat die pijlers, die een briefje bij de ingevulde enquêteformulieren meestuurden, enthousiaster over de bijeenkomst waren, dan degenen die dat niet deden.

Alhoewel benadrukt werd dat het de bedoeling was, dat mensen hun éigen ervaringen op de enquêteformulieren weergaven, werd natuurlijk wel overlegd. Er waren zelfs afdelingen die de vragenlijst 'klassikaal' invulden: degene die de bijeenkomst leidde, las één voor één de vragen voor en gaf een toelichting op de vraag en de antwoordmogelijkheden, waarna een ieder haar (eigen) antwoord kon aankruisen. Een waarschijnlijk aanzienlijk aantal afdelingsbijeenkomsten werd bijgewoond door hulpverleners van de eerstelijnsgezondheidszorg ter plaatse. Zeker zullen de echtgenoten van

huisarts, tandarts en apotheker, al of geen lid van de NVvH, vaak de bijeenkomsten hebben bijgewoond.

Wanneer er discussie plaatsvond, werd deze soms, om begrijpelijke redenen voorafgegaan door het verzoek om toch vooral niet te 'roddelen' over werkers in de gezondheidszorg.

Genoemde factoren kunnen in een deel van de afdelingen geleid hebben tot extra positieve antwoorden en een vrij milde discussie. Daar staat tegenover dat er ook afdelingen zijn die nu al, naar aanleiding van de discussie of eerste verwerking van de resultaten, overleg zijn aangegaan met hulpverleners van de eerstelijnsgezondheidszorg.

#### 4.3. De verwerking

In totaal 5082 vragenlijsten werden door werkstudenten gecodeerd. De codes werden op ponskaarten overgebracht en vervolgens in de computer ingevoerd. Na het 'opschonen' van de gegevens werden 3 bestanden gemaakt:

1. alle gegevens van de 3048 'oude' vragenlijsten (I).
2. alle gegevens van de 2034 'nieuwe' vragenlijsten (II).
3. de gemeenschappelijke variabelen van beide vragenlijsten, over 5082 respondenten (III).

Om de veelheid aan gegevens (ca. 450 variabelen) wat gemakkelijker hanteerbaar te maken, zijn de variabelen samengevoegd tot de indexen 'geografische bereikbaarheid', 'organisatorische bereikbaarheid' en 'psychologische bereikbaarheid'. In bijlage II is de wijze van berekening van deze indexen te vinden. De indexen zijn gebruikt om een overzicht van de resultaten te kunnen verkrijgen. Natuurlijk is ook nog naar de afzonderlijke variabelen gekeken.

Op deze plaats lijkt het goed om op te merken dat de gegevens, zoals ook uit de tabellen zal blijken, lang niet helemaal compleet zijn.

Zo gebeurde het, blijkens de resultaten, dat respondenten alleen een kruisje zetten als het antwoord op de vraag positief was.

Door de lengte van de vragenlijst zijn de vragen aan het einde door veel respondenten niet (helemaal) ingevuld.

Er wordt in het rapport steeds aangegeven over hoeveel respondenten de gegevens berekend zijn.

## 5. DE ONDERZOEKSPOPULATIE

5.1. Algemene gegevens over de onderzoekspopulatie

Bij de aanvang van het project was al duidelijk, dat de leden van de NVvH op een aantal punten afwijken van de groep van alle Nederlandse vrouwen ouder dan 20 jaar. Om na te gaan hoe de verschillen liggen is een vergelijking gemaakt met de leeftijdsopbouw en urbanisatiegraad van de Nederlandse bevolking (CBS, Statistisch Zakboek, 1982). Voor een aantal andere gegevens is een vergelijking gemaakt met de respondenten van de CBS Gezondheidsenquête 1981.

## a) Leeftijd

De leeftijdsopbouw van de respondenten laat zich als volgt vergelijken met de leeftijdsopbouw van de Nederlandse vrouwen boven de 20 jaar.

tabel 5.1. leeftijdsopbouw van de respondenten

	NVvH		vrouwen > 20 jr CBS 1982 (percentage)
	absoluut	percentage	
20 - 44 jaar	802	16%	52%
45 - 54 jaar	1163	24%	28%
55 - 64 jaar	1673	34%	
65+	1246	26%	
	4884	100%	100%
< 20 jr	(3)		
niet ingevuld	195		
	5082		(ca. 5.1 miljoen)

De leeftijd van de respondenten ligt dus beduidend hoger dan die van alle Nederlandse vrouwen boven de 20 jaar. Dat geldt overigens niet alleen voor de respondenten, maar voor alle leden van de NVvH (volgens een onderzoek van Bureau Makrotest was in 1975 57% van de leden van de vereniging ouder dan 50 jaar).

## b) Opleiding

Bureau Makrotest vond een relatief hoog opleidingsniveau van leden en echtgenoten van leden. Aan de 5082 respondenten van de enquête werd gevraagd hoeveel jaar dagopleiding ze hadden gevolgd ná de lagere school. Dit gaf het volgende beeld:

tabel 5.2. dagopleiding na de lagere school

	absoluut	percentage
minder dan 3 jr	696	18
3 - 6 jr	2077	53
6 - 9 jr	877	23
meer dan 9 jr	237	6
totaal ingevuld	3887	100
niet ingevuld	1195	
t o t a a l	5082	

De vrouwelijke respondenten van de Gezondheidsenquête waren als volgt verdeeld, wat betreft de behaalde opleiding:

tabel 5.3. behaalde opleiding respondenten gezondheidsenquête

	absoluut	percentage
lager onderwijs	1134	30
L.A.V.O./L.B.O.	1529	41
H.A.V.O./M.B.O.	763	20
H.B.O./kandidaats	269	7
universiteit	36	1
anders	30	1
	3761	100
n.v.t./n.i.	1313	
t o t a a l	5074	

Deze gegevens laten zich moeilijk vergelijken, maar er kan geconcludeerd worden dat slechts 18% van de respondenten van de NVvH minder dan 3 jaar voortgezet onderwijs heeft gehad, terwijl 30% van de respondenten van de Gezondheidsenquête alleen lager onderwijs heeft gehad.

De overige gegevens zijn eigenlijk niet te vergelijken, niet alleen door de verschillende vraagstelling, maar ook door het grote aantal respondenten (in beide groepen) waarover geen gegevens beschikbaar zijn.

## c) Gezondheidstoestand

De ervaren gezondheidstoestand van de respondenten van de NVvH is wat moeilijk te vergelijken met die van de respondenten van de Gezondheids-enquête 1981, omdat in de vragenlijst 'Bereikbaarheid van de ELGZ' gevraagd werd een rapportcijfer te geven, terwijl bij de Gezondheidsenquête gekozen moest worden voor 'goed' en 'gaat wel', 'wisselend' en 'slecht'.

Per leeftijdscategorie waren de resultaten als volgt:

tabel 5.4. gezondheidstoestand leden NVvH/Gezondheidsenquête

	Respondenten NVvH	Gezondheids-enquête
<u>20 t/m 44 jr</u>		
8 t/m 10 / goed	448 (73%)	1594 (85%)
6 t/m 7 / gaat wel	113 (18%)	163 (9%)
4 t/m 5 / wisselend	45 (7%)	79 (4%)
1 t/m 3 / slecht	10 (2%)	21 (1%)
	616(100%)	1857(100%)
<u>45 t/m 54 jr</u>		
8 t/m 10 / goed	497 (64%)	359 (67%)
6 t/m 7 / gaat wel	180 (23%)	118 (22%)
4 t/m 5 / wisselend	84 (11%)	46 (9%)
1 t/m 3 / slecht	16 (2%)	14 (3%)
	777(100%)	537(101%)
<u>55 t/m 64 jr</u>		
8 t/m 10 / goed	579 (54%)	299 (59%)
6 t/m 7 / gaat wel	335 (31%)	138 (27%)
4 t/m 5 / wisselend	140 (13%)	51 (10%)
1 t/m 3 / slecht	26 (2%)	21 (4%)
	1080(100%)	509(100%)
<u>65 jr e.o.</u>		
8 t/m 10 / goed	278 (50%)	266 (50%)
6 t/m 7 / gaat wel	186 (34%)	165 (31%)
4 t/m 5 / wisselend	70 (13%)	74 (14%)
1 t/m 3 / slecht	20 (4%)	28 (5%)
	554(101%)	533(100%)
0 - 19 jr	3	1600
n.i./n.v.t.	2052	38
<b>T O T A A L</b>	<b>5082</b>	<b>5074</b>

Wanneer de vergelijking op deze manier gemaakt mag worden, lijkt de ervaren gezondheidstoestand van de onderzoekspopulatie niet duidelijk af te wijken van de gezondheidstoestand zoals die ervaren wordt door de respondenten van de Gezondheidsenquête.

Volgens een aantal onderzoeken hangt gezondheidstoestand samen met sociaal-economische status in die zin, dat mensen uit de lagere sociaal-economische strata een minder goede gezondheid zouden hebben en ervaren, dan mensen uit de hogere economische strata (Van der Zee, 1982).

In de gegevens van de Gezondheidsenquête vindt men een verband tussen ervaren gezondheidstoestand en opleiding in de leeftijdscategorieën '20-44 jr'

en '55-64 jr'. Het verband is significant, maar niet erg sterk; Pearson's  $R = 0,09$ , respectievelijk  $0,13$ .

Uit de gegevens van het project 'Bereikbaarheid van de ELGZ' blijkt (ten dele) ook een verband tussen (ervaren) gezondheid en sociaal-economische status (hier:opleiding). Bij de groep '45-54 jr' is er een significante relatie tussen gezondheidstoestand en opleiding met een Pearson's  $R = 0,1$ ; bij de groep '55-64 jr' is de relatie eveneens significant ( $R=0,07$ ). Bij de respondenten jonger dan 44 jaar en ouder dan 65 jaar is geen significante relatie aantoonbaar.

#### d) Contacten met de huisarts

In de vragenlijst 'Bereikbaarheid van de ELGZ' werd gevraagd naar het aantal malen dat de respondent de huisarts had bezocht in de voorafgaande 3 maanden. Deze periode was met opzet gelijk gehouden aan die van de Gezondheidsenquête, zodat kan worden nagegaan of de onderzoekspopulatie in dit aspect sterk afwijkt van een meer representatieve steekproef van de Nederlandse vrouwen boven de 20 jaar.

tabel 5.5. Contactfrequentie met de huisarts over 3 mnd.

	Respondenten NVvH	Gezondheids- enquête
<u>20 t/m 44 jr</u>	(N=776)	(N=1875)
0-1 maal	510 (66%)	1545 (82%)
2-3 maal	173 (22%)	263 (14%)
4-6 maal	74 (10%)	56 (3%)
7 en meer maal	19 (2%)	11 (1%)
<u>45 t/m 54 jr</u>	(N=1082)	(N=542)
0-1 maal	780 (72%)	420 (77%)
2-3 maal	227 (21%)	92 (17%)
4-6 maal	67 (6%)	28 (5%)
7 en meer maal	8 (1%)	2 (-)
<u>55 t/m 64 jr</u>	(N=1526)	(N=513)
0-1 maal	1130 (74%)	401 (78%)
2-3 maal	308 (20%)	92 (18%)
4-6 maal	73 (5%)	17 (3%)
7 en meer maal	15 (1%)	3 (1%)
<u>65 jaar e.o.</u>	(N=1054)	(N=539)
0-1 maal	741 (70%)	408 (76%)
2-3 maal	227 (22%)	107 (20%)
4-6 maal	65 (6%)	21 (4%)
7 en meer maal	21 (2%)	3 (1%)

Het meest opvallende verschil tussen de twee groepen is, dat de vrouwen van 20-44 jaar van de NVvH aanzienlijk meer naar de huisarts lijken te gaan



dan hun leeftijdsgenoten die de Gezondheidsenquête hebben beantwoord. De NVvH opperde zelf als verklaring hiervoor, dat juist de jonge vrouwen met veel dokterservaring meededen aan de ELGZ-bijeenkomsten. Ook bij de andere leeftijdsgroepen is er een dergelijk verschil, maar het is minder groot.

Er is geen direct voor de hand liggende verklaring voor genoemd verschil. Gezien eerdergenoemd verschil in opleiding tussen beide groepen, zou men bij de leden van de NVvH eerder een betere (ervaren) gezondheid en daarmee samenhangend minder doktersbezoek verwachten.

#### e) Verzekeringsvorm

De respondenten van de enquête waren op de volgende wijze verzekerd tegen ziektekosten.

tabel 5.6. Verzekeringsvorm van respondenten NVvH

verzekeringsvorm	aantal	percentage
hele gezin verplicht ziekenfonds	636	16
hele gezin vrijwillig ziekenfonds	518	13
hele gezin particulier	1491	38
andere regeling (bv. IZA)	565	14
respondent zelf ziekenfonds, anderen particulier	153	4
respondent zelf particulier, anderen ziekenfonds	349	9
bejaardenverzekering	203	5
	3914	99
Niet ingevuld/niet van toepassing	1168	
T O T A A L	5082	

Het percentage particulier verzekerden van de respondenten is in totaal 47%; duidelijk veel hoger dan het landelijk percentage dat ca. 30% bedraagt.

#### f) Overige gegevens

De verdeling van de respondenten wat betreft urbanisatiegraad wijkt niet noemenswaardig af van de landelijke verdeling. 13% van de respondenten woont in een plattelandsgemeente (landelijk 12%, gegevens CBS 1982), 37% in een zogenaamde 'verstedelijkte plattelandsgemeente' (landelijk eveneens 37%) en 49% is stedeling (landelijk 51%).

28% van de respondenten woont in Groningen, Friesland of Drente,

15% in de twee oostelijke provincies, 14% in Limburg, Noord-Brabant of Zeeland en het merendeel (uiteraard) 39% in Utrecht, Noord- of Zuid-Holland.

Wat betreft de burgerlijke staat valt het op, dat in de groep 20-44 jarigen het percentage gehuwden aanmerkelijk hoger ligt dan bij de even oude respondenten van de Gezondheidsenquête (1981): respectievelijk 94% en 76%.

De NVvH-respondenten tussen 45 en 64 jaar wijken wat betreft burgerlijke staat nauwelijks af van een meer representatieve steekproef.

Bij de groep '65 jaar en ouder' ligt het aantal gehuwden relatief hoog; het aantal weduwen wat lager dan gemiddeld. Het feit, dat er relatief veel gehuwden lid zijn van de NVvH ligt waarschijnlijk aan het feit, dat een dergelijke vereniging voor gehuwden aantrekkelijker is dan voor niet-gehuwden.

Samenvattend kan gesteld worden dat de dames van de NVvH, die de enquête hebben ingevuld, op twee punten duidelijk afwijken van de totale groep Nederlandse vrouwen ouder dan 20 jaar. Ten eerste zijn de 20-44 jarigen sterk ondervertegenwoordigd, en zijn met name de 55-64 jarigen oververtegenwoordigd. Ten tweede is de sociaal-economische status van de respondenten relatief hoog, zoals blijkt uit het opleidingsniveau en de wijze van verzekering tegen ziektekosten.

Er is een aanwijzing dat de respondenten, met name de jongeren onder hen, wat vaker de huisarts bezoeken dan gemiddeld.

Er zijn onder de respondenten méér gehuwden dan in een doorsnede van de groep vrouwen boven de 20.

## 5.2. Vergelijking van de twee subpopulaties

Zoals in paragraaf 4.1. werd uiteengezet, is er bij het project 'Bereikbaarheid van de ELGZ' gewerkt met twee verschillende vragenlijsten. Daardoor is de onderzoeksgroep in twee gedeeltes gesplitst. Hoewel dit om technische en praktische redenen gebeurd is -en niet uit methodologische overwegingen- zullen deze groepen worden aangeduid met 'subpopulatie I' en 'subpopulatie II', om voortdurende lange omschrijvingen te vermijden. Waar mogelijk zullen de gegevens van de beide subpopulaties bij elkaar opgeteld worden. Het lijkt zinvol, om na te gaan of de beide populaties

niet in belangrijke opzichten van elkaar afwijken. Overigens is er geen reden om dat aan te nemen, omdat de splitsing vrij toevallig tot stand is gekomen. De plaatselijke afdelingen, die in het (vroegere) voorjaar van 1983 hun bijeenkomst organiseerden, behoren tot subpopulatie I.

De afdelingen, die om welke redenen dan ook de bijeenkomst over de ELGZ pas in het najaar of de winter van 1983 hielden, behoren tot subpopulatie II.

De plaatselijke afdelingen in Groningen, Friesland en Drente hebben wat vaker hun bijeenkomst in het najaar gehouden. Er is geen verschil in de verdeling naar urbanisatiegraad tussen de twee subpopulaties. De leeftijdsopbouw van beide populaties verschilt nauwelijks.

De groepen verschillen wél in opkomst op de bijeenkomsten. Subpopulatie I bestaat uit 3048 respondenten, die bijeenkwamen op 83 afdelingsbijeenkomsten. De gemiddelde opkomst was dus 36,7 personen.

De tweede subpopulatie omvat 2034 respondenten uit 68 afdelingen; gemiddeld 29,9 personen. De meest voor de hand liggende verklaring hiervoor is dat de meeste enthousiaste pijlers het eerst met de actie begonnen, en dat deze er daardoor het beste in slaagden om hun leden op te trommelen.

In totaal hebben 151 afdelingen van de ruim 200 aan de actie meegedaan.

## 6. GEOGRAFISCHE BEREIKBAARHEID

### 6.1. Inleiding

Wat betreft de geografische bereikbaarheid werden vragen gesteld over de volgende onderwerpen:

- a. de afstand naar de hulpverlener;
- b. vervoer naar de hulpverlener;
- c. reistijd naar de hulpverlener.

De resultaten zullen op deze volgorde aan de orde komen, waarna zal worden nagegaan of er categorieën respondenten zijn aan te wijzen voor wie de geografische bereikbaarheid duidelijk afwijkt van het gemiddelde. Tenzij anders vermeld, zijn de gegevens berekend over 5082 respondenten.

### 6.2. Aanwezigheid van hulpverleners in de woonplaats

Terwille van de overzichtelijkheid worden de gegevens over de verschillende hulpverleners eerst in een tabel weergegeven.

	N	hulpverlener niet in de woonplaats	
huisarts	4951	200 (4%)	waarvan 132(66%) 1-5 km ver 67(34%) 6-10 km ver 1( - ) >10 km ver
tandarts	3586	248 (7%)	waarvan 106(42%) 1-5 km ver 100(40%) 6-10 km ver 43(17%) >10 km ver
apotheker	3527	87 (2,5%)	waarvan 71(82%) 1-5 km ver 11(12%) 6-10 km ver 5( 6%) >10 km ver
fysiotherapeut	2091	81 (4%)	waarvan 50(62%) 1-5 km ver 22(28%) 6-10 km ver 8(10%) >10 km ver
maatschappelijk werk	1560	91 (6%)	waarvan 41(45%) 1-5 km ver 23(25%) 6-10 km ver 14(15%) >10 km ver

tabel 6.2.1. Afstand tot  
verschillende hulpverleners

Hierbij moet worden opgemerkt, dat steeds gevraagd is of de *eigen* huisarts, tandarts enz. in de woonplaats van de respondent gevestigd is. Dat betekent, dat het best kan zijn dat er wél een dergelijke hulpverlener in de woonplaats aanwezig is, maar dat respondenten kiezen voor een hulpverlener elders. Dit komt met name vrij veel voor bij de tandarts; mensen houden

vaak hun tandarts aan als ze verhuizen.

De vraag over het maatschappelijk werk luidde: "Is er in uw woonplaats een maatschappelijk werker die spreekuur houdt?" Hierbij gaat het dus wél om de vraag of er überhaupt een maatschappelijk werker in de woonplaats beschikbaar is. Voor zover de antwoorden betrouwbaar zijn (slechts 3% van de respondenten heeft de afgelopen twee jaar contact met de maatschappelijk werker gehad) kan men concluderen dat er relatief wat vaker géén maatschappelijk werker in de woonplaats beschikbaar is, in vergelijking met de andere hulpverleners. Bovendien is de afstand tot de maatschappelijk werker, wanneer deze niet in de woonplaats aanwezig is, gemiddeld groter.

Hetzelfde geldt, in nog wat sterkere mate, voor de tandarts, doch daar geldt de eerdergenoemde mogelijkheid van vrije keuze. Inderdaad geeft meer dan de helft van de respondenten aan, dat hun tandarts niet de dichtstbijzijnde is.

### 6.3. Vervoer naar de verschillende hulpverleners

De respondenten begeven zich op de volgende wijze naar hun huisarts, hun tandarts, hun apotheker, hun fysiotherapeut en hun maatschappelijk werker.

tabel 6.3. Wijze van vervoer naar verschillende vormen van hulpverlening

	huisarts	tandarts	apotheker	fysiotherap.
lopend	23%	16%	26%	24%
fietsend	44%	43%	51%	36%
bus/tram	3%	5%	2%	3%
eigen auto	27%	35%	21%	37%
taxi	1%	1%	-	1%
anders	-	-	-	-
	N=4936	N=3486	N=4033	N=2040

Het CBS\* vindt de volgende percentages voor het vervoer naar de huisarts voor mannen én vrouwen ouder dan 20 jaar: lopend-24%, fiets/brommer-34%, auto-36%, openbaar vervoer-6%. Het verschil is waarschijnlijk grotendeels terug te voeren op het feit dat de respondenten van de NVvH alleen vrouwen zijn, minder de beschikking hebben over de auto en (dus) vaker de fiets pakken. Ook de gemiddeld hogere leeftijd van de NVvH-leden kan hierbij een rol spelen. Voor het vervoer naar de tandarts wordt wat vaker de auto gebruikt dan naar de huisarts of de apotheker. Hierbij speelt de grotere gemiddelde afstand naar de tandarts weer een rol.

\*Maandbericht Gezondheidsstatistiek, CBS, 3(1984) no. 3 p.5-13

Het gebruik van de auto naar de fysiotherapeut is enerzijds te verklaren door het feit dat deze vaker wat verder weg woont. Anderzijds zijn patiënten van de fysiotherapeut (tijdelijk) wat minder mobiel en daardoor meer op de auto aangewezen.

#### 6.4. Reistijd naar de verschillende hulpverleners

De reistijd is berekend voor de 2034 respondenten van de tweede versie van de vragenlijst. Er bleek namelijk, dat in de eerste versie niet duidelijk was of 'enkele reis' of 'retour' werd bedoeld. Vergelijking van de twee subpopulaties levert op, dat de gemiddelde reistijd van 'subpopulatie I' wat lager ligt dan die van 'subpopulatie II', waar nadrukkelijk om de reistijd heen én terug werd gevraagd. Dit wijst erop, dat de respondenten van subpopulatie I de vraag inderdaad verschillend hebben opgevat en dat de resultaten dus niet betrouwbaar zijn.

Het CBS (zie noot paragraaf 6.3) vindt een gemiddelde enkele reistijd naar de huisarts van 8,2 minuten; bijna 2 minuten meer dan de gemiddelde reistijd van de NVvH respondenten. Dit valt moeilijk te verklaren, gezien de andere bevindingen. De hogere leeftijd van leden van de NVvH zou eerder een langere gemiddelde reistijd verklaren; men maakt niet méér gebruik van een eigen auto en de gezondheidstoestand is niet beter dan die van een meer representatieve steekproef van de bevolking.

Het kan zijn, dat de vraagstelling in de enquête 'Bereikbaarheid van de ELGZ' leidde tot lage schattingen, omdat naar reistijd heen én terug werd gevraagd.

tabel 6.4. gemiddelde reistijd naar verschillende hulpverleners  
heen en terug

	N	gemiddeld	Percentage ≤ 30 min.	Percentage ≥ 60 min.
huisarts	1593	12.6 min.	95	1,5
tandarts	1220	19.0 min.	88	2,5
apotheker	1473	13.3 min.	96	-
fysiotherapeut	780	14.4 min.	92	-

### 6.5. Geografische bereikbaarheid voor speciale categorieën respondenten

Van de factoren 'afstand', 'vervoer' en 'reistijd' is een index 'geografische bereikbaarheid' samengesteld. De factoren zijn 'gewogen' op grond van het belang, wat een tiental ondervraagden (niet NVvH-leden) aan deze factoren hechtten (zie bijlage II).

Er is nagegaan of de index 'geografische bereikbaarheid' samenhangt met de leeftijd van de respondent. De index ligt tussen de 1,0 en 3,0 waarbij 1,0 positief is en 3,0 een 'slechte' geografische bereikbaarheid aangeeft. Het gemiddelde van de hele populatie bedraagt 1,99; de standaard deviatie is 0,31. Het gemiddelde voor de jongste leeftijdscategorie is 1,90; voor de oudste (65 jaar en ouder) 2,09. De geografische bereikbaarheid van de huisarts is dus voor oudere mensen minder goed dan voor jongere mensen ( $R=0,19$ ,  $P=0,0001$ ). Dit komt overeen met de bevindingen van het CBS, waaruit blijkt dat oudere mensen een duidelijk langere gemiddelde reistijd hebben, vaker lopen of het openbaar vervoer moeten gebruiken en minder vaak fietsen of met de auto gaan.

Het verband tussen leeftijd en geografische bereikbaarheid van de tandarts is nog sterker dan bij de huisarts:  $r = 0,32$ . Ten aanzien van de apotheker is het verband eveneens significant, maar zwak evenals ten aanzien van de fysiotherapeut.

Extra aandacht behoeft de geografische bereikbaarheid van hulpverleners voor mensen met een minder goede gezondheidstoestand en/of een chronische ziekte. Deze groep is immers sterk aangewezen op professionele hulpverleners, terwijl men anderzijds minder mobiel is, of kan zijn.

In tegenstelling tot de C.B.S.-gegevens is er bij de respondenten van de NVvH géén aantoonbaar verband tussen gezondheidstoestand en reistijd, en tussen de aanwezigheid van een chronische ziekte/handicap en reistijd.

Dit geldt voor alle vier de hulpverleners.

Ook tussen de index voor de geografische bereikbaarheid en de gezondheidstoestand blijkt geen verband.

Het kan zijn dat het aantal valide gegevens over chronisch zieken/gehandicapten te klein is om een relatie tussen ziekte en reistijd of geografische bereikbaarheid aan te tonen. Een kwart van de respondenten heeft de vraag over reistijd niet ingevuld, waaronder juist een groot deel van de

chronisch zieken/gehandicapten (338 van de 707). Wellicht vonden deze **respondenten** het niet zinvol om de vraag te beantwoorden, omdat de hulpverlener bij hen thuis komt. Voor de relatie tussen gezondheidstoestand en de reistijd geldt dezelfde redenering.

Het CBS vindt wel een verband tussen reistijd (naar de huisarts) en gezondheidstoestand. Het verschil in gemiddelde reistijd tussen mensen met een 'heel goede' gezondheid en mensen met een 'niet zo beste/slechte gezondheid' bedraagt volgens hun gegevens 3 minuten (respectievelijk 7,7 en 10,7 minuten). Mensen met een langdurige aandoening doen ruim een minuut langer over de reis naar de huisarts, dan mensen zonder een dergelijke aandoening (respectievelijk 9,1 en 8,0 minuten).

Er is onder de respondenten van de NVvH een significante, maar in het algemeen zwakke relatie tussen geografische bereikbaarheid en urbanisatiegraad. Voor de huisarts geldt dat de geografische bereikbaarheid in de steden wat minder is dan op het (verstedelijkt) platteland. Voor de tandarts, de apotheker en de fysiotherapeut geldt het omgekeerde. De geografische bereikbaarheid van de apotheker heeft zelfs een correlatie van 0,38 met urbanisatiegraad; de bereikbaarheid op het platteland is aanzienlijk slechter (index: 2,7) dan in de stad (index: 2,0).

#### 6.6. Geografische bereikbaarheid van de verloskundige en het consultatiebureau

Zoals in 4.1 werd aangegeven, is er maar een klein percentage respondenten dat de afgelopen twee jaar te maken heeft gehad met een bevalling en/of zuigelingen- en kleuterzorg. Vragen over de betreffende vormen van eerstelijnsgezondheidszorg zijn alleen aan de eerste groep respondenten gesteld (N = 3048). De resultaten ten aanzien van de verloskundigen en ten aanzien van het consultatiebureau worden hier kort uiteengezet.

64 respondenten zijn in de twee jaar, voorafgaande aan de enquête, bevallen. Bij 21 respondenten vond de bevalling plaats onder leiding van een verloskundige. Vier van hen gingen daar voor controle over het algemeen lopend naar toe; 8 vrouwen namen de fiets en 9 gingen met de auto. De reistijd (heen en terug) was gemiddeld 10,7 minuten.



79 respondenten hebben in de twee jaar voor de enquête ervaring gehad met het consultatiebureau voor zuigelingen en/of kleuters. Het consultatiebureau is in bijna alle gevallen (op 2 na) in de woonplaats gevestigd. 48 respondenten gaan er lopend heen, 14 op de fiets en 17 met de auto. De reistijd bedraagt gemiddeld 9,6 minuten.

#### 6.7 Algemene waardering voor de ligging van de praktijk

Naast de genoemde vragen naar min of meer 'feitelijke' gegevens, werd aan de respondenten gevraagd om aan een aantal aspecten van de eerstelijnsgezondheidszorg rapportcijfers toe te kennen.

Eén van die aspecten was tevredenheid over de ligging van de praktijk van verschillende hulpverleners.

De antwoorden op deze vraag geven het volgende beeld.

tabel 6.7 waardering voor de ligging van de praktijk

	N	%-age ≤6	%-age ≤7	%-age '10'	gemiddeld	standaard deviatie
huisarts	3756	10	24	28	8,3	1,5
tandarts	2970	17	35	21	7,9	1,7
apotheker	3084	8	24	24	8,2	1,4
fysiotherapeut	1513	7	22	29	8,4	1,4
maatsch. werk	82	21	39	21	7,6	1,8
verloskundige	32	22	41	25	7,9	1,7
cons. bureau	71	6	24	30	8,4	1,3

De waardering voor de ligging van de praktijk van de tandarts en het maatschappelijk werk ligt het laagst; minder tien en een wat lager gemiddelde. De fysiotherapeut en het consultatiebureau oogsten de meeste waardering wat betreft de ligging.

## 7 ORGANISATORISCHE BEREIKBAARHEID

Onder 'organisatorische bereikbaarheid' wordt verstaan dat deel van de bereikbaarheid dat wordt bepaald door de *organisatie van de praktijk* van de betreffende hulpverlener. In dit verband zijn vragen gesteld over

- het maken van een afspraak;
- wachttijden;
- wijze waarop het spreekuur is geregeld;
- telefonische bereikbaarheid;
- regeling van avond- en weekenddiensten (zie bijlage II).

Niet alle vragen zijn voor alle hulpverleners gesteld, omdat ze niet allemaal van toepassing zijn. Over de huisarts zijn de meeste vragen gesteld, gezien zijn belangrijke 'sleutelfunctie' binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. De belangrijkste vragen zullen afzonderlijk aan de orde komen voor de hulpverleners waarop zij betrekking hebben.

### 7.1. Beschikbaarheid van verschillende hulpverleners

tabel 7.1. regeling van avond- en weekenddiensten

	huisarts	tandarts	apotheker
"goed geregeld"	89%	82%	83%
"matig geregeld"	10%	13%	11%
"slecht geregeld"	1%	6%	6%
	(N=3121)	(N=811)	(N=2077)

Het percentage minder tevreden of zelfs ontevreden variëert van ruim 10% tot bijna 20%. De avond- en weekenddiensten van de tandarts en de apotheker komen er wat minder goed af dan die van de huisarts.

Eén van de oorzaken hiervoor is dat de dienstdoende tandarts of apotheker voor sommige respondenten vrij ver verwijderd zijn.

Bij de huisarts speelt dit minder een rol, omdat deze bij problemen 's nachts of in het weekend vaak naar de respondent toe zal komen. De problemen die het meeste genoemd werden door de mensen die de diensten niet goed geregeld vonden waren dat de dienstdoende hulpverlener soms geen hulp wil verlenen of de zaak telefonische afhandelt (m.n. bij de huisarts), dat het moeilijk te achterhalen is wie er dienst heeft (m.n. bij de tandarts) of dat men een grote afstand af moet leggen (vooral bij de apotheker).

Een enkele keer komt het voor, dat mensen hulp nodig hebben maar niemand kunnen bereiken.

Bij de huisarts was dat 159 mensen wel eens overkomen (3%), bij de tandarts eveneens 3%, bij de apotheker 1%, bij de fysiotherapeut 4% en bij het maatschappelijk werk 1 op de 37 mensen die deze vraag beantwoordden.

De tijd die verstrijkt tussen het maken van een afspraak en het consult of de behandeling zelf, varieert sterk tussen de verschillende hulpverleners, logisch voortvloeiend van het feit dat ze met heel verschillende hulpvragen te maken hebben.

Bij de huisarts kunnen de meeste mensen (93%) dezelfde of de volgende dag terecht; bij de tandarts wordt 59% van de respondenten binnen een week geholpen en 72% binnen 2 weken. 75% van de respondenten kan binnen een week na de afspraak bij de fysiotherapeut terecht en 94% binnen 2 weken.

Een apart aspect van de organisatorische bereikbaarheid van de huisarts is de visite. Er wordt weleens geklaagd dat huisartsen minder bereid zouden zijn om visites af te leggen dan vroeger.

De respondenten van de NVvH hebben er volgens de gegevens klaarblijkelijk geen slechte ervaring mee. 74% gaf aan dat de huisarts meestal komt als men dat nodig vindt. 23% heeft een huisarts die eerst wat vragen stelt om de noodzaak voor een visite vast te stellen. Slechts 2,5% heeft een huisarts die nogal wat bezwaren maakt en erop aandringt dat de zieke naar hém toe komt. Vier respondenten gaven aan dat geen huisbezoek mogelijk was.

Een 'telefonisch spreekuur' wordt gehouden door de huisartsen van 44% van de respondenten. Een kwart daarvan was echter niet op de hoogte van de tijden waarop men de arts kan bellen. 39% van de respondenten heeft een huisarts die geen telefonisch spreekuur houdt en 16% weet niet of er bepaalde tijden zijn dat men de huisarts kan opbellen. Hierbij moet worden opgemerkt dat een telefonisch spreekuur niet altijd een verbetering van de (telefonische) bereikbaarheid inhoudt. Sommige artsen willen geen telefonisch spreekuur instellen omdat ze hun patiënten niet willen beperken in de mogelijkheid om de arts te spreken.

Slechts 15% van de respondenten heeft een huisarts met alleen een 'inloopspreekuur' (vaste tijden waarop iedereen zonder afspraak terecht kan). 16% is aangewezen op een 'afsprakenpreekuur' en 24% heeft de keuze om naar het inloopspreekuur te gaan of een afspraak te maken.

Ook over de 'beschikbaarheid' van de verschillende hulpverleners werden van de respondenten rapportcijfers gevraagd.

Er werd gevraagd een cijfer te geven voor de bereikbaarheid overdag, de bereikbaarheid 's nachts en de telefonische bereikbaarheid.

tabel 7.1.2 gemiddelde rapportcijfers voor de organisatorische bereikbaarheid

	overdag		's nachts		telefonisch	
	cijfer	Standaard-deviatie	cijfer	Standaard-deviatie	cijfer	Standaard-deviatie
huisarts	8,5	1,2	8,1	1,5	8,6	1,3
tandarts	8,3	1,4	7,5	1,9	8,5	2,1
apotheker	8,6	1,2	7,6	1,7	8,6	1,2
fysiotherapeut	8,6	1,2	8,0	1,8	8,6	1,2
maatschappelijk werk	8,1	1,5	7,0	2,8	8,1	1,7

De waardering voor de bereikbaarheid 's nachts ligt duidelijk lager dan voor de bereikbaarheid overdag en de telefonische bereikbaarheid. Ook de spreiding rond het gemiddelde is steeds groter, waaruit blijkt dat hier wel wat 'onvoldoendes' vallen. Vooral het maatschappelijk werk springt er negatief uit, maar daar is doorgaans ook geen sprake van 24-uurs bereikbaarheid. Bij alle hulpverleners komt het waarschijnlijk 's nachts iets vaker voor dat men moeite heeft om iemand te pakken te krijgen. Wanneer men wél iemand te pakken krijgt, zal de betreffende hulpverlener, gezien het tijdstip, wel wat minder geneigd zijn om onmiddellijk hulp te verlenen, tenzij er sprake is van acute nood.

## 7.2. Wachttijden

Het moeten wachten in de wachtkamer van hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg is voor iedereen een normale zaak. Het heeft in het algemeen geen ernstige consequenties, zoals wanneer men helemaal geen hulp kan krijgen.

Toch kan de wachttijd een belangrijk aspect van de organisatorische bereikbaarheid zijn, vooral voor die mensen, die er vaak mee te maken hebben.

Tabel 7.2.1. Wachttijden van de verschillende hulpverleners

	N	gemiddelde wachttijd	%-age 15 min.	algemene waardering (gem.)
huisarts	3867	17,4 min.	70%	7,8 (N=2796)
tandarts	2836	12,8 min.	81%	7,9 (N=2207)
apotheker	2954	9,3 min.	93%	7,8 (N=2106)
fysiotherapeut	1459	6,3 min.	89%	8,3 (N= 989)
maatsch. werk	53	5,6	83%	-

De gemiddelde wachttijd is bij de huisarts het langst en het percentage mensen dat minder dan een kwartier hoeft te wachten is daar het laagst. Het totale beeld ziet er gunstig uit. 135 (3%) respondenten gaven aan dat ze bij de huisarts een uur moeten wachten en 1% wachtte langer dan een uur. Daarbij is er een belangrijk verschil tussen respondenten van wie de huisarts een inloopspreekuur heeft en degenen die naar een afspraakspreekuur gaan. De gemiddelde wachttijd bij het inloopspreekuur is bijna 20 minuten (539 respondenten); bij het afspraakspreekuur 12 minuten (2249 respondenten).

Tabel 7.2.2. Verschil tussen inloopspreekuur en afspraakspreekuur bij de huisarts

	Inloopspreekuur		Afspraakspreekuur	
	percentage	cumulatief	percentage	cumulatief
0-10 minuten	27%	27%	51%	51%
11-20 minuten	29%	56%	33%	84%
21-30 minuten	25%	81%	12%	96%
31-45 minuten	6%	87%	2%	98%
46-60 minuten	10%	97%	2%	100%
> 60 minuten	3%	100%	--	--
	100% (N=539)		100% (N=2249)	

### 7.3. Relatie tussen (het oordeel over) de organisatorische bereikbaarheid en respondent-kenmerken

In hoofdstuk 3 is al het een en ander opgemerkt over de mogelijke relatie tussen demografische variabelen, gezondheidstoestand en medische consumptie enerzijds en (het oordeel over) de bereikbaarheid anderzijds. In deze paragraaf zal worden aangegeven hoe deze relatie ligt voor de respondenten van het NVvH, voorzover dat uit de beschikbare gegevens is op te maken.

tabel 7.3. relatie organisatorische bereikbaarheid en respondent-kenmerken

Organisa- <sup>1)</sup> torische bereikbaar- heid	leeftijd <sup>2)</sup>	urbanisatie- <sup>3)</sup> graad	gezondheid <sup>4)</sup>	verzekeringsvorm <sup>5)</sup>
huisarts	R= -0,20	niet sign.	niet sign.	R= 0,01
tandarts	R= -0,36	R= -0,02	niet sign.	R= 0,09
apotheker	R= -0,06	R= 0,37	niet sign.	R= 0,05
fysiotherapeut	R= -0,08	R= 0,04	R= -0,08	niet sign.

1) = van 'slecht' naar 'goed'

4) = van slecht naar goed

2) = van jong naar oud

5) = van ziekenfonds naar particulier

3) = van platteland naar stad

Oudere mensen ervaren de organisatorische bereikbaarheid als minder goed dan jongeren. Dit geldt met name voor de tandarts en in iets mindere mate voor de huisarts. Dit resultaat is enigszins verrassend, omdat in de literatuur juist oudere mensen meestal als minder kritische beoordelaars worden aangemerkt dan jongere. Nadere analyse van de gegevens levert op, dat het verband tussen leeftijd en organisatorische bereikbaarheid niet terug te voeren is op één of twee van de variabelen waaruit de index is samengesteld. Oudere mensen geven iets vaker aan dat de tijd tussen afspraak en consult wat langer is dan gemiddeld; ze geven iets langere wachttijden aan, ze vinden iets vaker de weekenddiensten matig of slecht geregeld, enzovoorts (zie bijlage II).

De organisatorische bereikbaarheid van de apotheek lijkt in de stad wat beter te zijn dan op het platteland. Dit ligt met name aan het feit, dat men de weekend- en avonddiensten vaker matig of slecht vindt op het platteland, en dát komt weer omdat daar buiten 'kantooruren' soms nogal een afstand afgelegd moet worden naar de dienstdoende apotheek.

Ook de relatie tussen subjectieve tevredenheid (rapportcijfers) en respondentkenmerken is nagegaan.

Het mildere oordeel van oudere mensen komt hier wél naar voren, tenminste wat betreft de tevredenheid over de huisarts. De oudste categorie geeft gemiddeld een 8,6, de jongste een 8,2. Voor de overige hulpverleners is er geen significant verschil in tevredenheid tussen oudere en jongere respondenten.

Mensen met een betere gezondheid zijn tevredener over de hulpverleners dan mensen met een slechtere gezondheid ( $R = 0,09$  bij de huisarts,  $0,08$  bij de tandarts;  $0,07$  bij de apotheker;  $0,03$  bij de fysiotherapeut).

Er is geen relatie tussen urbanisatiegraad en tevredenheid over de hulpverleners van de eerstelijnsgezondheidszorg.

#### 7.4. De organisatorische bereikbaarheid van de verloskundige, de kraamzorg en het consultatiebureau

Zoals in hoofdstuk 4 en 6 al werd opgemerkt heeft maar een klein aantal respondenten recentelijk ervaring opgedaan met de zorg rond bevalling en kraambed en het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters. Vragen over deze aspecten van de eerstelijnsgezondheidszorg zijn ook alleen in de eerste versie van de vragenlijst gesteld. De antwoorden op de vragen zullen hier globaal worden weergegeven:

64 respondenten zijn in de twee jaar, voorafgaande aan de enquête, bevallen. Bij 24 respondenten vond de bevalling plaats onder leiding van een specialist, 19 bevallingen werden door de huisarts begeleid en de overige 21 door de verloskundige.

Wanneer de specialist de bevalling leidde, gebeurde dat meestal omdat er sprake was van een medische indicatie. Bij de keuze tussen verloskundige en huisarts speelden allerlei uiteenlopende overwegingen een rol.

De overweging dat een verloskundige meer ervaring zou hebben met bevallingen werd maar drie keer genoemd. De persoonlijke relatie met de huisarts werd 15 maal als reden opgegeven om voor begeleiding van de huisarts te kiezen.

De respondenten die voor prenatale controle naar de verloskundige gingen, moesten daar gemiddeld 12,0 minuten wachten.

Ruim 90% van de respondenten vond de bereikbaarheid van de verloskundige goed. De bereikbaarheid vlak voor de bevalling werd door een nog groter percentage goed beoordeeld, vooral 's nachts en in het weekend (95% goed).

Van de respondenten die recentelijk een baby hadden gekregen, had 78% (47) zich opgegeven om in aanmerking te komen voor kraamhulp. De overigen bevielen in het ziekenhuis of kraamkliniek; 2 respondenten hadden alleen de hulp van hun echtgenoot nodig.

De meeste respondenten hadden zich 6 of 7 maanden voor de bevalling al opgegeven. 41 van de 47 respondenten kregen ook inderdaad kraamhulp.

Vier mensen gaven aan dat zij géén hulp hadden gekregen. Zij noemden daarvoor verschillende redenen. Drie van de 4 hadden zich minder dan 6 maanden voor de bevalling voor kraamhulp opgegeven.

79 respondenten hadden in de twee jaar vóór de enquête gebruik gemaakt van het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters. De gemiddelde wachttijd was 20 minuten; 4 mensen wachtten in het algemeen een uur.

29 respondenten hadden tussen de controles door wel eens advies nodig gehad en 27 hadden die hulp ook gekregen, waarvan 1 'met moeite'.

De algemene tevredenheid over het consultatiebureau ligt relatief laag.

13% van de respondenten gaf een 5 of minder. Er vielen 9 zessen (percentage 6 of lager: 27%). De gemiddelde tevredenheid was 7,3.

Wanneer deze getallen worden vergeleken met de tevredenheid over de overige vormen van hulpverlening lijkt de tevredenheid over het consultatiebureau wat 'beneden de maat' te zijn. Gezien de bevindingen over de organisatorische en over de geografische bereikbaarheid (paragraaf 6.7) lijkt het aannemelijk dat deze geringere tevredenheid gebaseerd is op meer inhoudelijke aspecten van de zorg. In de literatuur zijn wel aanwijzingen te vinden dat ouders weleens wat kanttekeningen plaatsen bij de begeleiding door het consultatiebureau (zie o.a. Swets-Gronert, 1983). Bovendien zij nogmaals benadrukt, dat bovenstaande gegevens op kleine aantallen respondenten berusten.



### 7.5. Ziekenhuisnazorg en thuisverpleging

De vragen over ziekenhuisnazorg en thuisverpleging zijn in de tweede versie van de vragenlijst wat anders gesteld dan in de eerste versie. Voor zover de gegevens zich daarvoor lenen, zullen de resultaten gecombineerd worden. Er zal steeds worden aangegeven voor hoeveel respondenten de resultaten gelden.

Van de 3048 respondenten die de eerste versie van de vragenlijst invulden, gaven 136 mensen aan dat zij de afgelopen 2 jaar gezinshulp of thuisverpleging nodig hadden gehad. Onder de 2034 respondenten van subpopulatie II hadden 205 mensen gezinshulp of thuisverpleging willen hebben, waarvan 143 mensen aangaven dat hulp 'noodzakelijk' of 'dringend nodig' was.

In totaal ging het dus om 341 respondenten (7%). In ruim de helft van de gevallen had men gezinshulp nodig; de rest betrof verpleeghulp.

Van de 179 mensen die *gezinshulp* nodig hadden, waren er 17 (9,5%) die slechts gedeeltelijk hulp kregen (b.v. alleen 's ochtends terwijl men de hele dag hulp nodig had) en 37 (21%) die helemaal geen hulp kregen. In totaal kreeg dus eenderde deel van de mensen die gezinshulp nodig hadden, deze hulp niet of maar ten dele.

Als reden hiervoor werd meestal gebrek aan personeel genoemd.

De mensen die *verpleeghulp* nodig hadden, kregen die meestal ook; slechts 9 mensen (6%) gaven aan dat ze de hulp slechts gedeeltelijk of geheel niet hadden gekregen.

Over de *kwaliteit* van de ziekenhuisnazorg en de thuisverpleging was niet veel kritiek. In alle gevallen, waarin nazorg nodig was, namen huisarts en/of wijkverpleegkundige contact op met de betrokkene. De huisarts deed dat meestal (in  $\frac{3}{4}$  van de gevallen) uit zichzelf; de wijkverpleegkundige in ruim de helft van de gevallen (dat verschil kan heel goed te maken hebben met de doorstroming van informatie van ziekenhuis naar huisarts naar wijkverpleegkundige). In de overige gevallen moest de huisarts of wijkverpleegkundige wél eerst gebeld worden.

Uit de gegevens bleek niet dat men ontevreden was over de hulp die men kreeg. Belangrijkste knelpunten lijkt bij de betreffende leden van de NVvH niet zo zeer de inhoud van de hulp te zijn, maar het ontbreken van hulp (met name gezinshulp) wanneer die wél nodig is.

De ziekenhuisnazorg lijkt zeker een onderwerp om aan nader onderzoek te

onderwerpen, en dan bij een grotere groep respondenten voor wie deze problematiek actueel is.

## 8. PSYCHOLOGISCHE BEREIKBAARHEID

### 8.1. Aspecten van de psychologische bereikbaarheid

#### 8.1.1. Inleiding

In het kader van de "psychologische bereikbaarheid" werden vragen gesteld over de volgende onderwerpen (bijlage I):

- a. Aansluiten van het hulpaanbod op de hulpvraag (huisarts)
- b. voorlichting/informatie (huisarts, tandarts)
- c. inzage in verwijsbrief, dossier (huisarts)
- d. persoonlijke eigenschappen van de hulpverlener (huisarts, tandarts)
- e. handelwijze bij problemen (van hulpverlener veranderen, erover praten, klacht indienen) (huisarts, tandarts).

Alle vragen hebben betrekking op 2034 respondenten.

#### 8.1.2. Het aansluiten van het hulpaanbod op de hulpvraag

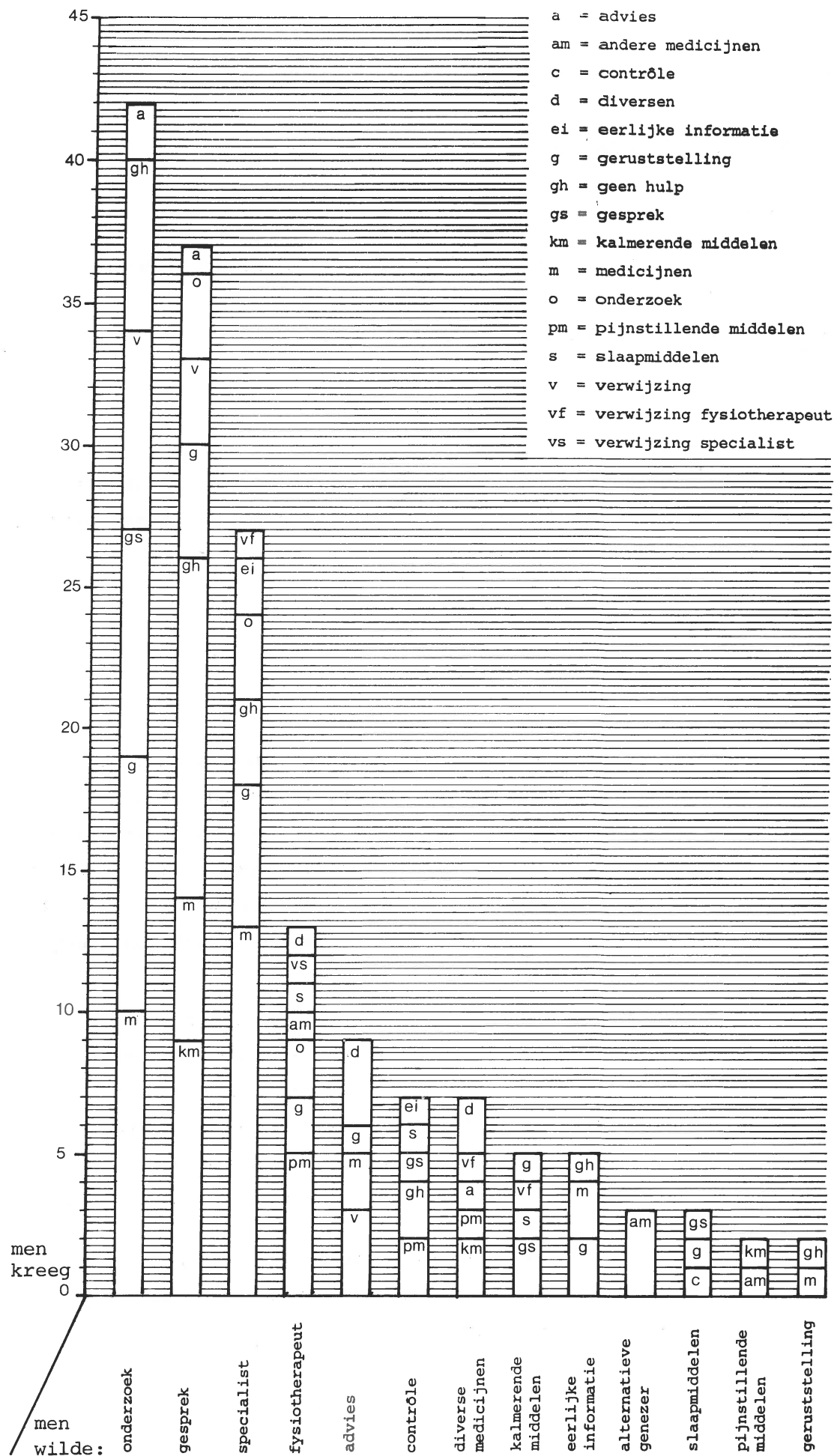
##### DE HUISARTS

Van de respondenten die deze vraag invulden (1726) gaf 14% aan, dat zij soms *andere* hulp hadden gekregen dan ze wilden. 1,5% vond dat dat hen 'geregeld' of 'vaak' overkwam. Het percentage ligt (gelukkig) vrij laag, maar de vraag veronderstelt ook wel een heel bewust proces bij de patiënt. Vaak zal een patiënt er wellicht niet zo stil bij staan wat ze eigenlijk wilde. Het proces speelt dan omgekeerd: wat men wilde is wat men kreeg.

199 respondenten gaven door middel van een pijltje (zie vraag HA 24 B bijlage 1) aan, welke hulp zij wilden, en welke ze kregen. Het gaat hier dus alleen om respondenten die vonden dat ze *andere* hulp hadden gekregen dan ze wilden. Dit kan, medisch gezien, overigens een heel juiste beslissing van de huisarts zijn. De overige 27 mensen hadden wel een pijltje gezet, maar hadden bij nader inzien wél de hulp gekregen die zij wilden.

De drie meest voorkomende hulpvragen, die naar het gevoel van de respondent niet werden gerealiseerd, waren dus vragen om *onderzoek*, om een *gesprek* en om *verwijzing* naar een specialist.

figuur 8.1.2: Respondenten die (weleens) andere hulp kregen dan zij wilden (absolute aantallen)



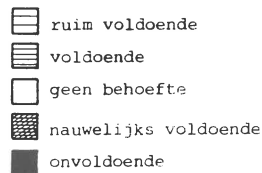
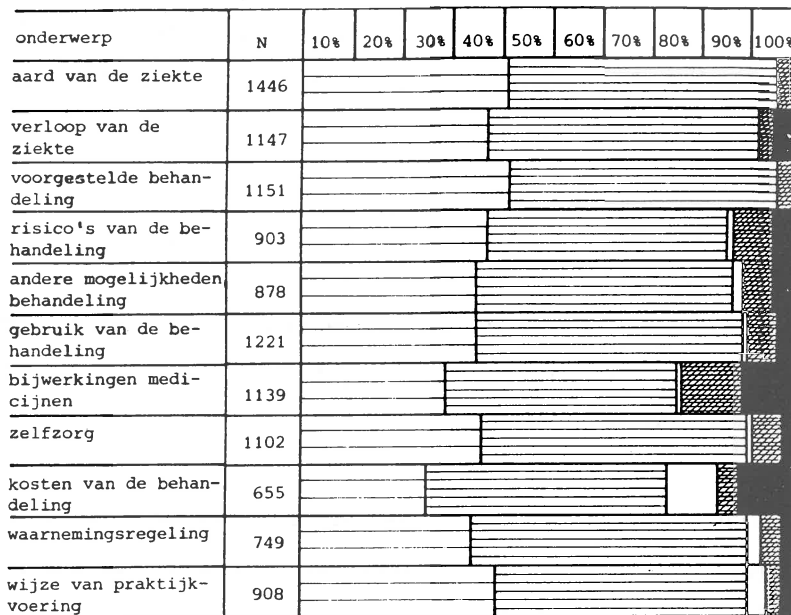
### 8.1.3. Voorlichting en informatie

Bij satisfactieonderzoek onder (ziekenhuis) patiënten komen voorlichting, informatie en begeleiding er relatief slecht af (Patrick, 1983; Visser, 1982). Deze aspecten van de zorg worden door patiënten nogal eens ontoereikend gevonden.

Aan de leden van de NVvH werd onder meer gevraagd of men de voorlichting van huisarts en tandarts over bepaalde onderwerpen voldoende vond, en of men behoefte had aan voorlichting over die onderwerpen.

De resultaten staan in figuur 8.1.3. a en b.

Figuur 8.1.3.a: Oordeel over de voorlichting door de huisarts



Globaal gesproken is 90% van de respondenten tevreden over de hoeveelheid informatie die men van de huisarts krijgt over een aantal onderwerpen. Het aantal mensen dat deze vraag niet (helemaal) invulde lag overigens nogal hoog: ca. 50%.

Het percentage mensen, dat invult 'geen behoefte' te hebben aan voorlichting over bepaalde onderwerpen is opvallend klein: minder dan 1%.

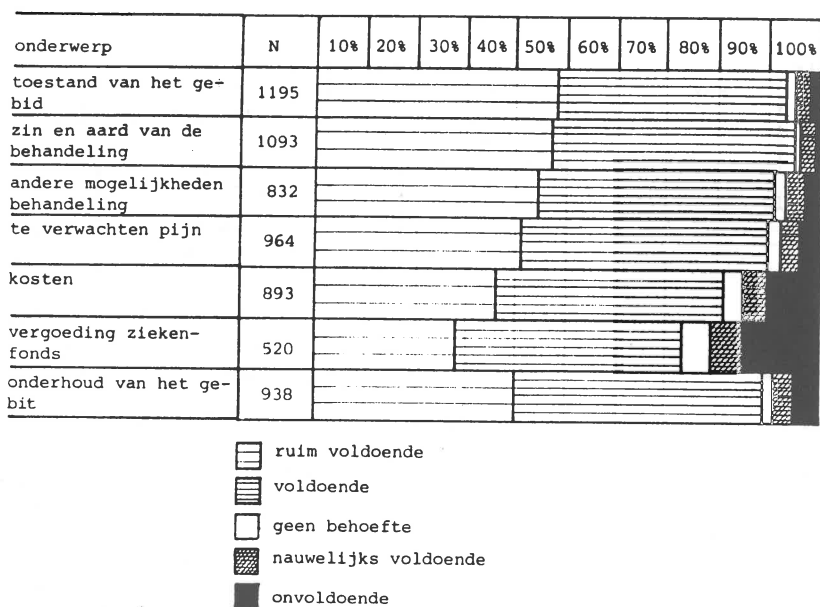
Naarmate het gaat om wat minder gebruikelijke onderwerpen van voorlichting, wordt het aantal mensen dat daaraan geen behoefte heeft, groter. Tegelijkertijd zijn er minder mensen die de voorlichting (ruim) voldoende vinden. Zo vond 'slechts' 85% de voorlichting over de risico's van de behandeling en over de alternatieven voor de behandeling, voldoende. Over voorlichting over bijwerkingen van medicijnen was maar driekwart van de respondenten tevreden. Voorlichting over bijkomende kosten van behandeling of onderzoek wordt maar door 73% van de respondenten als (ruim) voldoende beschouwd, terwijl 10% er geen behoefte aan heeft.

Vindt men, dat de huisarts voldoende informatie *uit zichzelf* geeft?  
'Altijd' zegt 35% en 'meestal' 45%.

De overige 20% vindt dat maar soms, en in een enkel geval nooit. Wanneer men zo mondig is om informatie te vragen, krijgt 95% van de respondenten meestal of altijd voldoende informatie.

Tenslotte is 87% van de respondenten van mening dat zij voldoende ruimte van de huisarts krijgen voor hun eigen inbreng en ideeën. 10% vindt die ruimte maar matig, de overigen zelfs 'onvoldoende'.

Figuur 8.1.3.b: Oordeel over de voorlichting door de tandarts



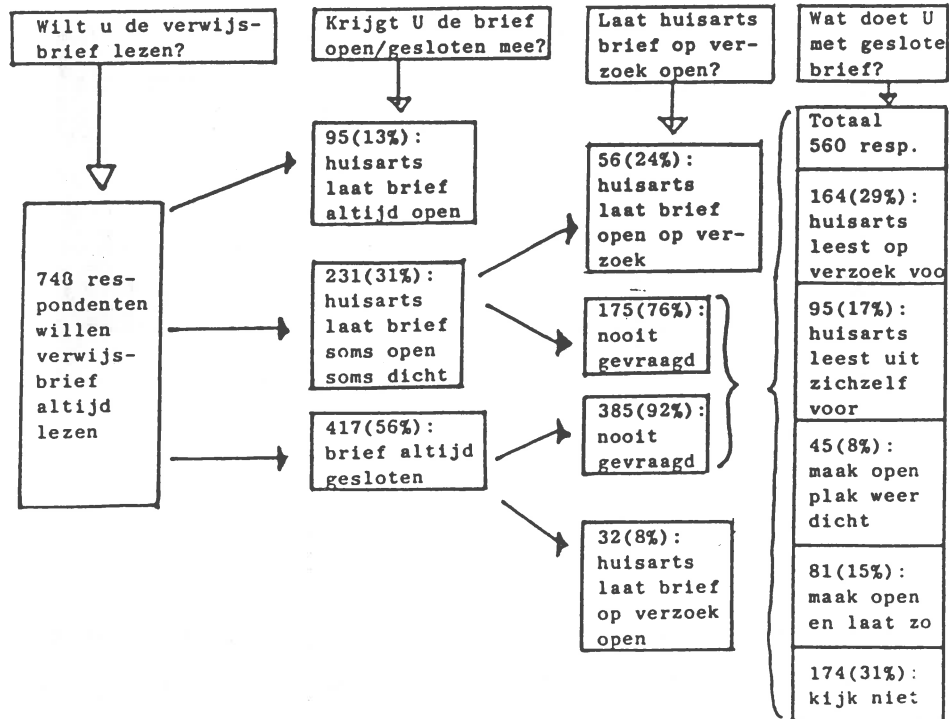
Ook voor de tandarts geldt dat ca. 90% tevreden is over de hoeveelheid informatie die men krijgt over een aantal onderwerpen. Het percentage 'tevreden' ligt zelfs nog iets hoger dan ten aanzien van de huisarts. Hierbij speelt denkkelijk ook de verwachting van mensen een rol; men verwacht van de tandarts minder voorlichting dan van de huisarts. Net als bij de huisarts komt het onderwerp 'kosten van behandeling' er minder goed af, evenals voorlichting over de vergoeding door het ziekenfonds. Bijna een kwart van de respondenten vindt de voorlichting daarover onvoldoende.

#### 8.1.4. Inzage in de verwijsbrief en het 'patiëntendossier'

Er zijn 748 respondenten die aangeven, dat zij de inhoud van de verwijsbrief 'altijd' willen weten. 509 willen de inhoud 'soms' weten en 274 'nooit'.

Daarentegen hebben 463 respondenten een huisarts die de verwijsbrief altijd open laat, 400 respondenten krijgen de brief soms open en soms gesloten mee en 774 respondenten krijgen de brief altijd gesloten mee. In schema 8.1. wordt duidelijk in hoeverre de 'belangstellenden' ook inderdaad de verwijsbrief konden lezen.

schema 8.1.4.  
Inzage in de  
verwijs-  
brief



Er blijven in totaal 300 mensen over (de onderste 3 hokjes van de rechter kolom) die de verwijsbrief (soms) gesloten meekrijgen, terwijl zij wél de inhoud willen weten. Anderzijds krijgt dus een aantal mensen de verwijsbrief geopend mee, terwijl zij niet in de inhoud zijn geïnteresseerd, maar het is niet aannemelijk dat men daar problemen mee heeft.

Al met al lijkt het erop, dat huisartsen een standpunt innemen t.a.v. het open of gesloten laten van de verwijsbrief en hun handelwijze niet af laten hangen van de patiënt.

De respondenten is gevraagd of zij hun 'patiëntendossier' kunnen inzien. 876 respondenten (43%) hebben hier geen behoefte aan. Van de 900 respondenten die het dossier wél willen zien, heeft 82% er nog nooit om gevraagd. Waarschijnlijk gaat het hier (gedeeltelijk) om een behoefte in die zin, dat men 'best eens zou willen kijken'.

119 respondenten (13%) hebben een huisarts die het dossier of de kaart gewoon laat zien, 4% van de respondenten mocht de gegevens op verzoek inzien en slechts 1% (10 respondenten) hadden er wel om gevraagd en nul op het request gekregen.



### 8.1.5 Persoonlijke eigenschappen van de huisarts en de tandarts

Er zijn 13 mogelijke eigenschappen van de huisarts en tandarts genoemd:

Tabel 8.1.5 Karaktereigenschappen van huisarts en tandarts

Mijn huisarts/tandarts is meestal	Huisarts				Tandarts			
	ja	nee	geen mening	niet ingevuld	ja	nee	geen mening	niet ingevuld
- gehaast	8%	62%	4%	26%	6%	66%	4%	24%
- geïnteresseerd	85%	4%	4%	3%	77%	6%	7%	10%
- zakelijk	38%	19%	16%	27%	53%	18%	12%	17%
- streng	3%	55%	8%	34%	8%	57%	8%	27%
- vriendelijk	95%	2%	3%	---	92%	5%	3%	---
- hartelijk	57%	8%	12%	23%	52%	11%	15%	22%
- koel	4%	52%	9%	35%	9%	54%	8%	29%
- aardig voor kinderen	44%	1%	22%	33%	49%	5%	24%	22%
- begrijpend	75%	3%	6%	16%	67%	3%	12%	18%
- onzeker	6%	50%	10%	34%	1%	64%	6%	29%
- korzelig	1%	57%	6%	36%	3%	61%	7%	29%
- grof	1%	60%	4%	35%	1%	66%	4%	29%
- beleefd	81%	2%	2%	15%	82%	3%	3%	12%

355 mensen hebben de vraag over de huisarts helemaal niet ingevuld en 830 mensen de vraag over de tandarts niet. De kolom 'niet ingevuld' geeft het percentage respondenten aan, dat de vraag wel invulde, maar de betreffende karaktereigenschappen niet. Dit kan zijn, omdat sommigen alleen de eigenschappen aankruisten die aan de huisarts of tandarts werden toegekend, en geen kruisje plaatsten als men vond dat de huisarts/tandarts die eigenschap niet had, of als men er geen mening over had.

Het is duidelijk dat men in het algemeen positief denkt over de huisarts en de tandarts. De tandarts wordt wat vaker 'streng', 'koel' of 'korzelig' gevonden dan de huisarts. De huisarts lijkt wat meer 'gehaast' te zijn en maakt vaker een wat onzekere indruk.

Verdere analyse van de gegevens levert op, dat een klein aantal respondenten haar huisarts of tandarts op meer dan 10 eigenschappen 'negatief' beoordeelt (ca. 3%). Zo'n 10% vindt dat de huisarts of tandarts zowel goede als minder goede eigenschappen heeft en het overgrote deel beoordeelt de huisarts of tandarts aan bijna alle kanten positief.

### 8.1.6. Problemen in het contact met huisarts en tandarts

#### HUISARTS

Van de 1991 mensen die deze vraag invulden gaf 8,4% (168) aan dat zij problemen hadden ervaren in het contact met de huisarts.

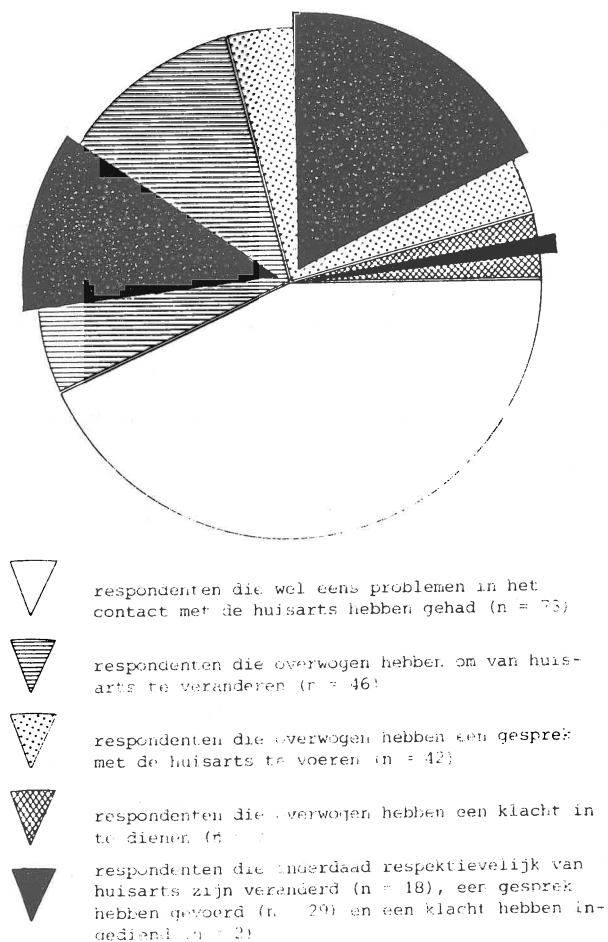
De helft van dit aantal had overwogen om iets aan de problemen te doen en de helft niet (meestal omdat men het 'toch niet zo belangrijk' vond, of omdat er toch niets aan te doen viel).

De 84 mensen die hadden overwogen om iets aan de problemen te doen streep- ten de volgende mogelijkheden daartoe aan:

- 42 respondenten hadden overwogen een gesprek met de huisarts te beginnen;
- 46 respondenten hadden overwogen om van huisarts te veranderen;
- 7 respondenten hadden overwogen een klacht in te dienen.

In figuur 8.1.6. wordt ook aangegeven in hoeverre men deze overwegingen ook ten uitvoer heeft gebracht.

Figuur 8.1.6: problemen in het contact met de huisarts  
(N = 168)



ad. a. 29 respondenten van de 42 hebben inderdaad een *gesprek* met hun huisarts gehad over de problemen. In 18 gevallen verliep dat bevredigend; 9 respondenten vinden het maar ten dele bevredigend en 2 respondenten vonden het niet bevredigend verlopen.

De mensen die bij nader inzien toch geen gesprek met de huisarts aanknoopten over hun problemen deden dat niet omdat men niet durfde (5 maal) omdat er nooit tijd voor was (5 maal), of ze hadden een andere huisarts genomen (3 maal).

ad. b. Van de 46 respondenten die hadden overwogen om van *huisarts te veranderen* hebben 18 dat ook gedaan (39%). In 14 gevallen ging dat zonder problemen. De rest deed het niet, omdat men de problemen toch met de arts had uitgepraat (7 maal), omdat men het toch niet belangrijk vond (5 maal), omdat er geen andere artsen waren, of omdat de andere artsen geen nieuwe patiënten aannamen (10 maal) of om andere redenen.

ad. c. De 7 respondenten die overwogen een *klacht in te dienen* deden dat minder dan 3 jaar vóór de enquête. Het betrof in 6 van de gevallen hun huidige huisarts. Twee mensen dienden ook werkelijk een klacht in; één bij de Landelijke Huisartsenvereniging en één bij de Geneeskundige Inspectie. De overigen deden het niet, omdat men van huisarts veranderde of het met de huisarts uitpraatte.

51 van de 88 respondenten (58%) die deze vraag beantwoordden, gaven aan, dat men door problemen toch minder vaak naar de huisarts gaat dan men zou willen, ofwel in bepaalde gevallen een bezoek achterwege laat.

#### TANDARTS

69 respondenten hadden problemen (gehad) in het contact met de tandarts.

30 van hen hadden overwogen iets aan die problemen te doen.

De anderen lieten het maar zo; net als bij de huisarts, omdat men het toch niet belangrijk vond, of omdat men meende dat er toch niets aan te doen was.

16 respondenten hadden een *gesprek* overwogen; 6 hadden ook een gesprek gevoerd, maar vonden dat niet bevredigend (4 maal) of maar ten dele.

18 respondenten hadden overwogen om een *andere* tandarts te nemen en 13 respondenten hadden dat ook gedaan.

## 8.2. Relatie tussen het oordeel over de psychologische bereikbaarheid en respondentkenmerken

De leeftijd is maar van invloed op een enkel aspect van het oordeel over de psychologische bereikbaarheid. Het meest opvallende is, dat oudere mensen minder vaak de verwijsbrief willen zien dan jongere. Van de jongste leeftijdscategorie wil 56% de verwijsbrief altijd zien en 12% nooit, bij de categorie 65 jaar en ouder wil 46% de verwijsbrief altijd zien en 22% nooit. Oudere respondenten geven niet minder vaak aan dat ze andere hulp kregen dan ze wilden; ze schrijven de huisarts niet meer positieve eigenschappen toe en ze zijn niet minder geneigd om stappen te ondernemen, wanneer ze met de huisarts problemen hebben.

Gezondere respondenten hebben veel minder het gevoel dat ze soms, geregeld of vaak andere hulp krijgen dan ze willen (8 à 9% van de respondenten met een heel goede gezondheid en meer dan 20% van de respondenten die hun gezondheid wisselend of slecht vinden).

Hoe beter de gezondheid, hoe vaker respondenten de uitleg van huisarts of tandarts voldoende vinden. Van de mensen met een 10 voor hun eigen gezondheid vindt ruim 50% de uitleg 'ruim voldoende', van de mensen met een 5 is dat maar 33%.

Mensen met een goede gezondheid zeggen wat minder vaak, dat ze een eventuele verwijsbrief willen inzien.

76% van de respondenten met een 10 voor de gezondheid wil dat soms of altijd, tegen 85% van de mensen met een 5.

Ziekenfondsverzekerden vinden vaker, dat zij 'nauwelijks voldoende' of 'onvoldoende' informatie krijgen dan particulieren (respectievelijk 10% en 2%).

Het maakt geen verschil uit of men al dan niet lid is van de NVvH en of men in een stad of op het platteland woont, wat betreft het oordeel over de psychologische bereikbaarheid.

## 9. VERSCHILLEN TUSSEN DE PLAATSELIJKE AFDELINGEN

Er is nagegaan of er tussen de verschillende afdelingen van de NVvH verschil bestaat in (het oordeel over) de bereikbaarheid van de eerstelijnsgezondheidszorg. Met behulp van het SPSS-programma ANOVA is eveneens nagegaan of een eventueel verschil niet berust op een verschil in leeftijdsopbouw, urbanisatiegraad, gezondheidstoestand of verzekeringswijze van de respondenten van die afdeling.

Omdat het bedoelde programma niet meer dan 50 eenheden kan vergelijken, zijn beide subpopulaties in tweeën gedeeld, zodat vier groepen afdelingen ontstonden. De afdelingen waar minder dan tien respondenten de enquête hadden ingevuld, werden buiten de analyse gelaten. De vier groepen omvatten respectievelijk 31, 32, 36 en 37 afdelingen.

Er blijkt een significant verschil tussen de afdelingen te bestaan ten aanzien van bepaalde aspecten van de bereikbaarheid. Een overzicht van de mate van verschil staat in tabel 9. Het maatschappelijk werk wordt door te weinig mensen bezocht om een statistisch verschil tussen afdelingen op te leveren.

tabel 9. Verschillen in oordeel over de bereikbaarheid tussen de afdelingen

	Gemiddelde over alle afdelingen	Laagste gemiddelde & hoogste gemiddelde	%-age verklaarde variantie over afdeling**
<b>Geografische bereikbaarheid*</b>			
huisarts	1,97	1,79-2,80	17%-20%
tandarts	2,26	1,85-2,90	18%-21%
apotheker	2,12	1,53-2,71	40%-60%
fysiotherapeut	2,57	1,92-2,88	8%- 9%
<b>Organisatorische bereikbaarheid*</b>			
huisarts	1,48	1,32-1,86	12%-15%
tandarts	1,85	1,35-2,16	17%-18%
apotheker	1,50	1,06-2,65	38%-60%
fysiotherapeut	2,30	1,60-2,74	ca. 30%
<b>Psychologische bereikbaarheid*</b>			
huisarts	1,51	1,20-1,78	ca.12%
tandarts	1,13	1,02-1,31	ca. 10%

\* Alle indexen lopen van 1.0 (positief) tot 3.0 (negatief) (zie bijlage II)

\*\* Dit percentage varieert tussen de verschillende analyse-groepen. De variantie is gecorrigeerd voor de invloed van leeftijd, gezondheidstoestand, urbanisatiegraad en verzekeringsvorm.

Het is duidelijk dat de afdelingen verschillen in oordeel over de bereikbaarheid, hetgeen niet wil zeggen dat ook *iedere* afdeling significant afwijkt van het landelijk gemiddelde. In de verslagen aan de afzonderlijke afdelingen wordt aangegeven, of binnen de afdeling *significant afwijkend geoordeeld* is over bepaalde aspecten van de bereikbaarheid, en of het oordeel gunstiger of minder gunstig is dan gemiddeld. Het is opvallend dat vooral de bereikbaarheid van de apotheker sterk lijkt te verschillen tussen de afdelingen.

Bij gebrek aan gegevens over de feitelijke situatie ter plaatse kan niet gezegd worden in hoeverre de gevonden verschillen terug te voeren zijn op verschillen in feitelijke bereikbaarheid tussen de afdelingen.

10. RELATIE TUSSEN HET OORDEEL OVER DE BEREIKBAARHEID  
EN MEDISCHE CONSUMPTIE

Een mogelijke relatie tussen het oordeel over de bereikbaarheid en medische consumptie kan op twee verklaringen berusten. Naarmate men méér tevreden is over de bereikbaarheid, kan men makkelijker (en dus meer) gebruik van de voorziening maken. Anderzijds is het denkbaar, dat mensen die meer gebruik van een voorziening maken, kritischer zijn ten aanzien van de bereikbaarheid van die voorziening.

Van Sonsbeek (1984) vindt in eerste instantie een positief verband tussen reistijd en medische consumptie (respondenten met een langere reistijd gaan vaker naar de huisarts). Dit verband blijkt echter geheel verklaard te worden door de gezondheidstoestand: mensen met een minder goede gezondheid hebben een langere reistijd maar moeten ook vaker naar de dokter.

In het onderzoek van Patrick e.a. (1983) blijken mensen die onlangs bij de dokter zijn geweest, méér tevreden te zijn over de bereikbaarheid ('access'), dan mensen die niet onlangs bij de arts zijn geweest.

Voor de respondenten van de NVvH is nagegaan hoe de relatie ligt tussen het oordeel over de bereikbaarheid van de huisarts (geografisch, organisatorisch en psychologisch) en het aantal malen dat men in de voorgaande 3 maanden de huisarts heeft bezocht. Voor de hele populatie geldt, dat men in de voorgaande 3 maanden gemiddeld 1,22 maal bij de huisarts is geweest.

tabel 10. Aantal bezoeken aan de huisarts naar oordeel over de bereikbaarheid

Geografische bereikbaarheid	Gemiddeld aantal h.a.-bezoeken (3 mnd)
goed	1,29
matig	1,20
slecht	1,11
<b>Organisatorische bereikbaarh.</b>	
goed	1,20
matig	1,27
slecht	1,52

Er lijkt een tendens te zijn, dat naarmate men de geografische bereikbaarheid beter vindt, men vaker de huisarts bezoekt.

Ten aanzien van de organisatorische bereikbaarheid is de tendens omgekeerd: respondenten die dat aspect van de bereikbaarheid matig vinden, gaan vaker naar de huisarts (of omgekeerd: mensen die vaker naar de huisarts gaan, vinden de organisatorische bereikbaarheid minder goed).

Er is echter slechts sprake van een tendens; er is geen significante relatie.

Het oordeel over de psychologische bereikbaarheid is niet aantoonbaar van invloed op de contactfrequentie met de huisarts. Wél stelden 51 respondenten dat zij, door problemen die zij hadden in het contact met de huisarts, hem minder vaak bezochten dan ze zouden willen (in totaal waren er 168 respondenten die problemen hadden (gehad) in het contact met de huisarts).



## 11. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

In de periode augustus 1983 tot en met 1 juni 1984 is onderzoek gedaan naar het oordeel van leden van de Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen over de bereikbaarheid van de eerstelijnsgezondheidszorg. Daartoe zijn de gegevens verwerkt van enquêtes, die door 5082 respondenten op bijeenkomsten van 151 plaatselijke afdelingen van de NVvH waren ingevuld. Deze bijeenkomsten vonden plaats in het kader van een actie van de NVvH ter verbetering van de eerstelijnsgezondheidszorg.

De respondenten vormen geen representatieve steekproef van de groep Nederlandse vrouwen van 20 jaar en ouder. Vergelijking met gegevens van het CBS levert op, dat er relatief weinig 'jonge' vrouwen (tussen 20 en 44 jaar) onder de respondenten zijn en dus relatief véél vrouwen boven de 44 jaar. Vooral de groep tussen 55 en 64 jaar is sterk oververtegenwoordigd.

De sociaal-economische status van de respondenten is relatief hoog, geme-ten aan de opleiding en de wijze van ziektekostenverzekering.

Er zijn onder de respondenten meer gehuwden dan onder een meer represen-tatieve doorsnede van vrouwen van dezelfde leeftijd.

De *geografische bereikbaarheid* van de verschillende hulpverleners is over het algemeen goed te noemen. Meer dan 90% van de respondenten heeft de huisarts, de tandarts, de apotheker, de fysiotherapeut en de maatschappe-lijk werker in eigen woonplaats.

Ruim tweederde van de respondenten begeeft zich lopend of met de fiets naar de vier eerstgenoemde hulpverleners. De gemiddelde reistijd (heen en terug) ligt tussen de 12,6 minuten (naar de huisarts) en de 19 minuten (naar de tandarts).

Voor oudere mensen is de geografische bereikbaarheid wat minder goed dan voor de jongere; oudere mensen zijn meer aangewezen op het openbaar ver-voer, en ze gaan vaker lopend. Hun reistijd is wat langer dan gemiddeld. Er is geen significant verband tussen gezondheidstoestand en het oordeel over de geografische bereikbaarheid. Ook de aanwezigheid van een chronische aandoening is in dit onderzoek niet aantoonbaar van invloed op het oordeel over de geografische bereikbaarheid.

Het ontbreken van een dergelijke relatie in deze onderzoekspopulatie berust waarschijnlijk op het feit, dat er onvoldoende valide gegevens zijn over chronisch zieken of gehandicapten (hfdst. 6).

Onder de *organisatorische bereikbaarheid* wordt verstaan waarneemregelingen, telefonische bereikbaarheid, wachttijden en dergelijke.

11% van de respondenten vond de *avond- en weekenddiensten* van de huisarts *matig* of *slecht* geregeld, met name omdat de dienstdoende huisarts de zaak dan wat vaker telefonisch afhandelt.

De avond- en weekenddiensten van tandarts en apotheker werden door wat meer respondenten matig of slecht gevonden (19 en 17%), met als belangrijkste redenen dat het moeilijk te achterhalen is welke tandarts dienst heeft, en dat de dienstdoende apotheker soms ver verwijderd is (met name op het platteland). 159 (3%) respondenten hadden het weleens meegemaakt dat men hulp nodig had, maar de huisarts *niet kon bereiken*.

2,5% van de respondenten gaf aan dat hun huisarts nogal wat bezwaren maakt tegen het maken van een *visite*. Vier respondenten hebben een huisarts die helemaal geen visites aflegt.

Er werden duidelijk lagere 'rapportcijfers' gegeven voor de bereikbaarheid van de hulpverleners 's *nachts* dan overdag.

De meeste respondenten toonden zich tevreden over de *wachttijden* bij hulpverleners. De gemiddelde wachttijd varieerde van 5,6 minuten bij het maatschappelijk werk tot 17,4 minuten bij de huisarts. Patiënten van huisartsen die alleen een inloopspreekuur hebben, wachten veel langer dan patiënten op een afspraakspreekuur.

*Oudere* patiënten ervaren de organisatorische bereikbaarheid als *minder goed* dan jongere respondenten, vooral die van de huisarts en de tandarts.

Mensen op het *platteland* zijn minder tevreden over de organisatorische bereikbaarheid van de apotheker. Dit ligt vooral aan het feit, dat men 's avonds of in het weekend nogal eens een afstand moet afleggen naar de dienstdoende apotheek.

Het is moeilijk om *gezinshulp* te krijgen. Van de 179 respondenten die gezinshulp nodig hadden kreeg 9,5% slechts een gedeelte van de benodigde hulp en 21% helemaal geen hulp. Wanneer er hulp wordt verkregen, sluit deze schijnbaar redelijk aan bij de behoefte.

Onder *psychologische bereikbaarheid* vallen in dit project de volgende aspecten:

- aansluiten van het hulpaanbod op de hulpvraag
- voorlichting/informatie
- inzage in de verwijsbrief/patiëntendossier
- oordeel over persoonlijke eigenschappen van de hulpverlener
- handelwijze bij problemen met een hulpverlener

15,5% van de respondenten vond dat zij 'soms', 'geregeld' of 'vaak' *andere hulp* hadden gekregen dan ze wilden. Dit kwam het meest voor wanneer men onderzoek, een gesprek of een verwijzing naar de specialist wilde hebben.

Rond 90% van de respondenten vindt de *voorlichting* van de huisarts en de tandarts over de meeste onderwerpen (ruim) voldoende. Slechts ca. 1% heeft geen behoefte aan voorlichting.

15% van de respondenten vindt de voorlichting van de huisarts over alternatieve mogelijkheden van behandeling *onvoldoende* en 25% de voorlichting over de bijwerkingen van medicijnen.

Voor zowel de huisarts als de tandarts geldt, dat 25% de informatie over de kosten van een behandeling onvoldoende vindt.

20% vindt dat de huisarts niet altijd voldoende informatie *uit zichzelf* geeft.

Bijna de helft van de respondenten wil 'altijd' de *verwijsbrief* aan de specialist lezen, en nog eens een derde 'soms'. Daarentegen geeft bijna de helft van de huisartsen de verwijsbrief gesloten mee, en nog eens een kwart 'soms open, soms gesloten'. Er is geen verband tussen 'wat de patiënt wil' en wat de huisarts doet, zodat in totaal een aanzienlijk deel van de respondenten de verwijsbrief niet in kan zien, terwijl zij het wél willen.

De belangrijkste verklarende factor voor het oordeel over de psychologische bereikbaarheid is de gezondheidstoestand van de respondent.

Het oordeel van (zeer) gezonde respondenten over deze aspecten van de bereikbaarheid is in het algemeen wat gunstiger dan dat van minder gezonde respondenten.

Al met al kan geconstateerd worden dat een groot deel van de respondenten in het algemeen wel tevreden is over de bereikbaarheid. Dit komt overeen met de bevindingen van andere onderzoeken naar de tevredenheid van patiënten over aspecten van de gezondheidszorg.

Er zijn bovendien een aantal factoren aan te wijzen, die geleid kunnen hebben tot een positiever oordeel van de onderzoekspopulatie.

- de relatief hoge leeftijd van de respondenten. Er is maar een heel klein aantal (4%) mensen jonger dan 35 jaar, en juist die 'jongere generatie' heeft meer geleerd zich mondig en kritisch op te stellen ten aanzien van (onder meer) de gezondheidszorg.

Bovendien hebben jongere vrouwen andersoortige ervaringen met de gezondheidszorg dan oudere -denk aan geboorteregeling, zwangerschap, kleine kinderen.

Eenzelfde onderzoek onder vrouwen van 20 tot 35 jaar zou daardoor een heel ander beeld geven dan nu verkregen is.

- de gang van zaken op de afdelingsbijeenkomsten. Het onderlinge overleg en de aanwezigheid van de (echtgenotes van) huisartsen en andere eerstelijns werkers hebben eventuele kritiek wellicht wat getemperd.

Er zijn een aantal aspecten waarover een deel van de respondenten minder tevreden is.

*De avond- en weekenddiensten van de verschillende hulpverleners worden minder gunstig beoordeeld dan de bereikbaarheid overdag.*

*Mensen op het platteland moeten 's avonds of in het weekend soms een grote afstand afleggen naar de dienstdoende apotheek.*

*Bijna eenderde deel (34 van de 179) van de mensen die vonden dat zij gezinshulp nodig hadden, had deze hulp niet of maar ten dele gekregen.*

*De hulp van de huisarts sluit voor het gevoel van sommige respondenten niet altijd aan op de hulpvraag.*

*De voorlichting van de huisarts over bijwerkingen van medicijnen is volgens een kwart van de respondenten nauwelijks voldoende of onvoldoende. Ongeveer eenzelfde deel is niet tevreden over de voorlichting over kosten van de behandeling. Dit geldt zowel voor de huisarts als voor de tandarts.*

*Een vijfde gedeelte van de respondenten is van mening dat de huisarts niet of nauwelijks voldoende informatie uit zichzelf geeft.*

*Terwijl het overgrote deel van de respondenten de verwijsbrief naar een specialist (soms) in wil zien, krijgen lang niet al deze mensen de brief ook open mee.*

## LITERATUUR

Es, J.C. van; Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde, Utrecht, Behon, Scheltema & Holkema, 1980

Freidson, E; Patients views of Medical Practice. A study of Subscribers to a prepaid medical plan in the Bronx, New York, Russel Sage Foundation, 1961

Hazewinkel, A; Het meten van tevredenheid. Een aanzet tot instrumentontwikkeling; Gezondheid en Samenleving 3 (1982) 4, p.244-250

Kosa, J., J.K. Zola en A. Antonovsky; Poverty and Health, Cambridge, 1969

Locker, D., D. Dunt; Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. Social Science & Medicine 12 (1978), p. 283-292

Nota Eerstelijnszorg, Tweede Kamer der Staten Generaal, vergaderjaar 1983-1984, 18180, nrs 1-2.

Patrick, D.L., E. Scrivens, J.R.H. Charlton; Disability and Patient Satisfaction with Medical care 21 (1983) 11, p. 1062-1075

Sonsbeek, J.L.A. van; Afstand geen bezwaar. CBS maandbericht Gezondheidsstatistiek 3 (1984) 3, p. 5-13

Spangenberg, F. Tevreden patiënten bestaan niet. Hoe betrouwbaar is de patiëntenenquête? Het ziekenhuis 11 (1981), p. 68-69

Swets-Gronert, F.A. Hoe ervaren moeders CB als steunfunctie. MGZ 11 (1983) 12, p.8-10

Velden, H.G.M. van der; Huisvrouw, Huisgezin. Nijmegen, Dekker & Van de Vegt, 1971 (proefschrift)

Visser, A. Ph.; Methodische factoren in satisfactie-onderzoek onder ziekenhuispatiënten. Gezondheid en Samenleving 3 (1982) 4, p.232-243

Zee, J. van der; De vraag naar diensten van de huisarts. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1982 (proefschrift)

Bijlage I

## DE VRAGENLIJST

Deze vragenlijst werd gebruikt voor de *tweede* groep van 2034 respondenten. De vragen Ha 24 tot en met Ha 37 en de vragen Ta 17 tot en met Ta 26 zijn nieuw en staan alleen in *deze* vragenlijst.

Aansluitend staan de vragen over de verloskundige, de kraamzorg en het consultatie-bureau, die alleen in de *eerste* versie van de vragenlijst stonden.





# enquête bereikbaarheid van de eerstelijnsgezondheidszorg



NVvH  
J. van Nassastraat 89  
2596 BR DEN HAAG

NHI  
Postbus 2570  
3500 GN UTRECHT



Na alle gedetailleerde vragen over elke hulpverlener afzonderlijk, willen we ze allemaal nog één keer de revue laten passeren.  
We vragen U rapportcijfers te geven (van 1 tot 10) over de verschillende onderdelen van de 'bereikbaarheid'. Als U geen mening heeft over de betreffende hulpverlener of instelling kunt U dat door middel van een kruisje aangeven.

HULPVERLENERS	RAPPORTCIJFERS				
	LIGGING PRAKTIJK T.O.V. UW WONING	BEREIKBAARHEID OVERDAG	BEREIKBAARHEID 'S AVONDS/WEEKEND SPOEDGEVALLEN	TELEFONISCHE BEREIKBAARHEID	WACHTTIJDEN
Huisarts					
Tandarts					
Apotheker					
Fysiotherapeut					
Gezinszorg					
Thuisverpleging					
Maatsch. werk					

Zoudt U ook rapportcijfers willen geven voor de kwaliteit van de geleverde zorg en de tevredenheid over de betreffende hulpverlener?

	HUISARTS	TANDARTS	APOTHEEK	FYSIO- THERAPEUT	GEZINSZORG	THUIS- VERPLEGING	MAATSCHAPPE- LIJK WERK
Kwaliteit van de zorg							
Tevredenheid							

U HOEFT DE VOLGENDE VRAAG ALLEEN IN TE VULLEN ALS U ZELF OF EEN VAN UW HUISGENOTEN CHRONISCH ZIEK OF GEHANDICAPT IS

Geeft Uw handicap of de handicap van een van Uw huisgenoten aanleiding tot aanvullende opmerkingen over de bereikbaarheid of de toegankelijkheid van de reeds genoemde hulpverleners? Graag ook weer in rapportcijfers.

HULPVERLENERS HULPVERLENERS	TOEGANKELIJKHEID ROLSTOEL	INVALIDENTOILET	ALGEMEEN OORDEEL BEREIKBAARHEID GEHANDICAPTEN	OPMERKINGEN
Huisarts				
Tandarts				
Apotheker				
Fysiotherapeut				
Gezinszorg				
Thuisverpleging				
Maatsch. werk				



## ten geleide

Dit vragenformulier heeft twee doeleinden. Ten eerste dient het om U voor te bereiden op de discussies die na afloop van de vragenlijst zullen volgen over het onderwerp 'Bereikbaarheid van de ELGZ' (eerstelijnsgezondheidszorg).

Ten tweede zullen de resultaten dienen voor een rapportage over het oordeel van Nederlandse huisvrouwen over verschillende aspecten van de ELGZ. Vooral voor het tweede doel is het van belang dat U alle vragen zorgvuldig invult.

## opmerkingen

De vragenlijst lijkt erg dik. Dat heeft twee oorzaken. Ten eerste moet in een schriftelijke vragenlijst alles schriftelijk worden uitgelegd. Alle mogelijkheden moeten worden genoemd, en ook weer uitgelegd. Bovendien telt de 'eerstelijnsgezondheidszorg' nogal wat hulpverleners, die allemaal apart aan bod moeten komen. U hoeft alleen die gedeelten van de vragenlijst in te vullen, die gaan over hulpverleners met wie U de laatste tijd contact heeft gehad. Het invullen valt dus nog wel mee.

De vragen gaan in het algemeen over Uw eigen ervaringen met de huisarts, tandarts, enz. Dat kunnen ook ervaringen zijn die U opdeed toen U met man, kinderen of anderen naar die bepaalde hulpverlener toeging.

Bij de meeste vragen is het de bedoeling dat U een bepaalde antwoordmogelijkheid aankruist. Wilt U, tenzij anders is aangegeven, steeds één mogelijkheid kiezen?

De bladzijden zijn aan twee zijden bedrukt.

Bij voorbaat onze hartelijke dank voor Uw bijdrage  
aan het welslagen van het onderzoek en de actie.

NHI  
NVvH

## ALGEMEEN

De enquête begint met een pagina vragen over Uzelf en Uw huisgenoten (als U niet alleen woont). Deze vragen zijn bedoeld om te kunnen zien op welke kenmerken de deelnemers aan de discussiebijeenkomsten vergeleken kunnen worden met de totale groep leden van de NVvH en met de overige Nederlandse (huis)vrouwen.

AL 1 Bent U lid van de Nederlandse Vereniging van Huisvrouwen?

Ja, actief lid

Ja, 'gewoon' lid

Nee, geen lid

AL 2 Neemt U als regel deel aan discussiebijeenkomsten of acties van de NVH?

Ja, als regel

Nee, zo nu en dan,  
als het onderwerp  
me erg aanspreekt

Nee, hoogst zelden

AL 3 In welke jaar bent U geboren?

Geboortjaar ----

AL 4 Beschouwt U Uzelf als 'huisvrouw' in de klassieke zin of verricht U ook betaalde beroepsarbeid?

Huisvrouw zonder  
werkkring buitens-  
huis

Naast huishouden on-  
betaalde werkkring  
van .. uur per week

Naast huishouden  
betaalde werkkring  
van .. uur per week

AL 5 Wat is Uw burgerlijke staat?

Ongehuwd, niet  
samenwonend

Gehuwd of  
samenwonend

Gescheiden van echt  
of van tafel en bed

Widuwstaat

AL 6 Hoe is de samenstelling van het huishouden waarvan U deel uitmaakt?

Alleenstaand  
(1-pers. huishouden)

Echtpaar zonder  
kinderen

Echtpaar met  
uitwonende kinderen

Echtpaar met thuis-  
wonende kinderen

Moeder met  
uitwonende kinderen

Moeder met thuis-  
wonende kinderen

Anders, namelijk:   
-----

AL 7 Wat is de leeftijd van het jongste en het oudste thuiswonende kind?

Geen thuiswonende kinderen

Wel thuiswonende kinderen

Leeftijd jongste --- jr.

Leeftijd oudste --- jr.

AL 8 Wat is Uw woonplaats?

Woonplaats:

-----

AL 9 Hoeveel jaar dagopleiding heeft U gevolgd na het lager onderwijs?

Minder dan 3 jr.

3 tot 6 jaar

6 tot 9 jaar

10 of meer jaar

AL 10 Bent U kostwinner voor het gezin?

JA

NEE

AL 11 Als U geen kostwinner bent, wat voor soort bezigheden heeft Uw partner?

Werkt als zelfstandige

Werkt in loondienst

Is werkloos

Is arbeidsongeschikt

Anders, namelijk:

-----

## DE HUISARTS

HA 1 Hoe vaak bent U voor Uzelf of met een van Uw kinderen de afgelopen drie maanden bij de huisarts op het spreekuur geweest, of heeft hij U bezocht?

---- keer

HA 2 Hoe vaak schat U dat Uw gezinsleden de afgelopen drie maanden bij de huisarts geweest zijn, of is de huisarts voor een van Uw gezinsleden bij U thuis geweest?

Ongeveer ---- keer

HA 3 Is er een huisarts in Uw woonplaats?

JA

NEE

--- km. verderop

HA 4 Werkt Uw huisarts alleen (in een solo-praktijk), samen met andere huisartsen (in een groepspraktijk) of in een gezondheidscentrum met andere hulpverleners?

Alleen (solo-praktijk)

Samen (groepspraktijk)

In een gezondheidscentrum (samen met maatschappelijk werkende en wijkverpl.kundige in één gebouw)

HA 5 Heeft Uw huisarts aparte spreekuren voor ziekenfondspatiënten en voor particulier verzekerden?

JA

NEE

HA 6 Heeft Uw huisarts een telefonisch spreekuur?

JA

van ... uur tot ... uur

NEE

Weet niet

HA 7 Wanneer U naar Uw huisarts gaat, hoe gaat U dan meestal?

Lopend

Met tram/bus

Met de taxi

Met de fiets

Eigen auto

Anders, nl.:

-----

HA 8 Is Uw huisarts de dichtstbijzijnde huisarts of is er een huisarts (of meerdere) die dichterbij woont (wonen)?

Mijn huisarts is de dichtstbijzijnde

Nee, de huisarts is niet de dichtstbijzijnde

HA 9 Indien neen, waarom bent U geen patiënt van de dichtstbijzijnde huisarts?

HA 10 Als U overdag de huisarts belt, wie krijgt U dan als regel aan de telefoon?

Huisarts

Echtgenote

Assistente

Antwoord-apparaat

Wordt niet opgenomen

Anders

HA 11 Als U Uw huisarts zelf aan de telefoon wilt hebben, lukt dat dan meestal?

Alleen op telefonisch spreekuur

Meestal wel

Meestal niet

Nooit geprobeerd

HA 12 Heeft Uw huisarts naast zijn praktijktelefoon ook een privénummer?

Dat weet ik niet

Ja, maar ik ken het niet

Ja, ik ken het

Nee

HA 13 Heeft U dit nummer wel eens geraadpleegd als U de huisarts via het praktijknummer niet kon bereiken?

Nee, huisarts heeft geen privénummer, of het nummer is me niet bekend

Het nummer is bekend, maar ik heb het nooit 'voor zaken' gebruikt

Ja, ik heb de huisarts wel eens op zijn privénummer gebeld

HA 14 Als U Uw huisarts belt om een afspraak te maken, wanneer kunt U dan bij hem terecht?

Meestal dezelfde dag

Meestal dezelfde of de volgende dag

Meestal 2 of 3 dagen later

Meestal meer dan 3 dagen later

HA 15 Heeft Uw huisarts een zogenaamd 'inloop-spreekuur' (waar U zonder afspraak terecht kunt), een afsprakspreekuur of beide?

Inloopspreekuur

Afsprakspreekuur

Beide

HA 16 Hoeveel tijd bent U alles bij elkaar kwijt voor een bezoek aan de huisarts (reistijd heen en terug, wachttijd, behandeltime)?

...  $\frac{\text{min.}}{\text{uur}}$  reistijd

...  $\frac{\text{min.}}{\text{uur}}$  wachttijd

...  $\frac{\text{min.}}{\text{uur}}$  behandeltime

HA 17 U belt Uw huisarts om te vragen of hij bij U thuis langs wilt komen, omdat U ziek bent, of omdat één van Uw huisgenoten ziek is. Wat gebeurt er dan?

Ik weet het niet, want het is nog nooit voorgekomen

Als ik het nodig vind, komt de huisarts meestal wel

De huisarts stelt enkele vragen om zeker te zijn dat het echt nodig is

Huisarts maakt bezwaren en dringt erop aan dat de zieke naar hem komt

Er is geen huisbezoek mogelijk

HA 18 Vindt U dat de avond- en weekenddiensten van de huisartsen in Uw woonplaats goed geregeld zijn?

Ik weet niet, heb 's avonds of in 't weekend nog nooit arts nodig gehad

Ja, de diensten zijn goed geregeld

Ik vind de regeling maar matig

Ik vind de regeling slecht



HA 19 Als U bij de vorige vraag 'matig' of 'slecht' hebt ingevuld, wilt U dan hiernaast aankruisen welke problemen een rol spelen? (U kunt meerdere hokjes aankruisen)

Het is moeilijk erachter te komen wie er dienst heeft

De dienstdoende huisarts wil bijna nooit aan huis komen

Door de dienstdoende huisarts wordt vaak telefonisch een diagnose gesteld en/of recept voorgeschreven

De dienstdoende huisarts geeft soms geen gehoor of heeft een telefonisch antwoordapparaat aan staan

Anders, namelijk:

-----  
-----  
-----

HA 20 Is het U de afgelopen 2 jaar wel eens overkomen dat U een huisarts nodig had, maar dat U er geen kon bereiken, of alleen met erg veel moeite?

JA

NEE

HA 21 Als U de vorige vraag met 'ja' hebt beantwoord, kunt U dan hiernaast kort beschrijven hoe dat er toen is toegegaan? (welk tijdstip van dag/of nacht; nam de huisarts wel of niet op; kreeg U keer op keer een antwoordapparaat; kon U er niet achter komen wie dienst had?)

HA 22 Kunt U zonder veel bezwaar van huisarts veranderen als U om welke reden dan ook naar een ander wilt?

JA

NEE

Weet niet

HA 23 Als U de vorige vraag met 'nee' hebt beantwoord, wat is hiervan dan de reden?

Er is maar 1 huisarts ter plaatse

De andere huisartsen hebben hun praktijken gesloten

De huisartsen nemen geen patiënten van elkaar over

Anders, namelijk:

-----  
-----  
-----

HA 24a Is het de afgelopen 2 jaar voorgekomen dat U, na een bezoek aan (van)

Uw huisarts, het gevoel had dat U heel andere hulp had gekregen dan U wilde?

Vaak

Geregeld

Soms

Nooit

(INDIEN 'NOOIT' GA DOOR NAAR HA 25)

HA 24b Wilt U door middel van een pijltje aangeven welke hulp U wilde hebben en welke hulp U in feite kreeg?

VOORBEELD

U WILDE EENS MET DE HUISARTS PRATEN OVER BEPAALDE PROBLEMEN, MAAR NA EEN PAAR ZINNEN BEGON DE ARTS AL EEN RECEPT UIT TE SCHRIJVEN VOOR KALMERINGSMIDDELEN. U ZET DAN EEN PIJLTJE ALS VOLGT:

3. GESPREK -----    KALMERENDE MIDDELEN

U kunt meerdere pijltjes zetten. Bij een eventuele toelichting (onder c) kunt U dan het betreffende nummer vermelden (in het voorbeeld: 3).

HULP DIE U WILDE

- 1. Controle
- 2. Onderzoek
- 3. Gesprek
- 4. Slaapmiddelen
- 5. Kalmerende middelen
- 6. Pijnstillende middelen
- 7. Andere medicijnen
- 8. Verwijzing naar een fysiotherapeut
- 9. Verwijzing naar een alternatieve genezer
- 10. Verwijzing naar een specialist
- 11. Advies
- 12. Geruststelling
- 13. Eerlijke informatie
- 14. Instructie
- 15. Anders, namelijk:

HULP DIE U KREEG

- Geen hulp
- Controle
- Onderzoek
- Gesprek
- Slaapmiddelen
- Kalmerende middelen
- Pijnstillende middelen
- Andere medicijnen
- Verwijzing naar een fysiotherapeut
- Verwijzing naar een alternatieve genezer
- Verwijzing naar een specialist
- Advies
- Geruststelling
- Eerlijke informatie
- Instructie
- Anders, namelijk: -----

HA 24c TOELICHTING

HA 25a Vindt U dat de huisarts voldoende uitleg en informatie geeft over de volgende onderwerpen?

INFORMATIE VAN DE HUISARTS OVER	Niet van toep.	Geen behoefte aan informatie	Ruim voldoende	Vol-doende	Nauwelijks voldoende	Onvol-doende
Aard van de ziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verloop van de ziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voorgestelde behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risico's van de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere mogelijkheden voor behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruik van voorgeschreven medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bijwerkingen van medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wat Uzelf moet doen/laten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kosten van onderzoeken/behandelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waarnemingsregelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wijze van praktijkvoeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HA 25b Wilt U toelichten waarom U vindt dat U over bepaalde onderwerpen niet of nauwelijks voldoende informatie krijgt (eventueel met voorbeelden)?

-----  
 -----  
 -----  
 -----  
 -----

HA 25c Geeft Uw huisarts over het algemeen voldoende informatie uit zichzelf?

Altijd

Meestal

Soms

Nooit

HA 25d Als U om (meer) informatie of uitleg vraagt, krijgt U die dan?

Altijd

Meestal

Soms

Nooit

N.v.t.

HA 26 Vindt U dat Uw huisarts U voldoende gelegenheid geeft om Uw eigen mening en ideeën naar voren te brengen?

Voldoende

Matig

Onvoldoende

Geen behoefte aan

Geen mening

HA 27a Krijgt U van Uw huisarts verwijsbrieven (bijv. aan de specialist) open of gesloten mee?

(INDIEN 'NOG NOOIT' GA DOOR NAAR HA 28)

Nog nooit verwijsbrief gehad

Open

Soms open, soms gesloten

Gesloten

HA 27b Als U de huisarts vraagt om de verwijsbrief open te laten, doet hij dit dan?

Altijd

Soms

Nooit

Nog nooit gevraagd

HA 27c Wilt U de inhoud van dergelijke verwijsbrieven weten?

Altijd

Soms

Nooit

(INDIEN 'NOOIT' GA DOOR NAAR HA 28)

HA 27d Als U de inhoud van een verwijsbrief wél wilt weten, en U krijgt hem gesloten mee, hoe lost zich dat dan op?

Niet van toepassing (verwijsbrief is open als ik dat wil)

De huisarts leest op verzoek de inhoud voor

De huisarts leest uit zichzelf de inhoud voor

Ik maak de brief thuis open, lees hem en plak hem weer dicht

Ik maak de brief open, lees hem en geef hem zo aan de specialist

Ik kom de inhoud niet te weten

HA 28 Zoals U weet houdt Uw huisarts Uw gegevens bij in een dossier. Kunt U, als U dat wilt, Uw patiëntenkaart/dossier inzien?

Daar heb ik geen behoefte aan

Ik zou het wel eens willen zien maar heb het nog nooit gevraagd

Ik heb het wel eens gevraagd, maar het mocht niet

Ik heb het wel eens gevraagd, en het mocht

Huisarts laat mij de kaart of dossier wel eens zelf zien

HA 29 Hieronder volgt een aantal eigenschappen. Wilt U van elke eigenschap aankruisen of Uw huisarts die eigenschap heeft?

MIJN HUISARTS IS MEESTAL:	JA	NEE	GEEN MENING
-Gehaast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Geïnteresseerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Zakelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Streng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Vriendelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Hartelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Koel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Aardig voor kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Begrijpend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Onzeker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Korzelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Grof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Beleefd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HA 30 In de voorgaande vragen is een aantal zaken aan de orde gekomen die te maken hebben met het contact met de huisarts.

Het kan zijn dat U opmerkingen over Uw huisarts heeft (positieve of negatieve), die U tot nog toe niet kwijt kon. Wilt U die opmerkingen hiernaast opschrijven?

OPMERKINGEN

OPMERKINGEN

DE VRAGEN HA 31 T/M HA 37 HOEFT U NIET IN TE VULLEN ALS U OP GEEN ENKELE WIJZE PROBLEMEN HEBT GEHAD MET UW HUISARTS. U KUNT DAN DOORGAAN NAAR DE VRAGEN MET BETREKKING TOT DE TANDARTS

HA 31 Hebt U overwogen om aan deze problemen of moeilijkheden iets te doen?

JA (DOOR NAAR 33)

NEE (DOOR NAAR 32)

HA 32 Zo nee, waarom niet?

Het was niet zo belangrijk

GA DOOR  
NAAR  
VRAAG 37

Er is toch niets aan te doen

Anders, namelijk

-----

HA 33 Welke oplossingen hebt U overwogen? (U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen)

Een gesprek met de huisarts beginnen over moeilijkheden/problemen

(INDIEN U DIT INVULT, OOK GRAAG VRAAG 34 INVULLEN)

Van huisarts veranderen

(DAN OOK GRAAG 35 INVULLEN)

Een klacht indienen

(DAN OOK GRAAG 36 INVULLEN)

VAN DE VRAGEN 34 T/M 36 HOEFT U ALLEEN DEGENE(N) IN TE VULLEN DIE HOREN BIJ DE OPLOSSING(EN) DIE U HEEFT AANGEKRUIST

HA 34 U heeft overwogen een gesprek met Uw huisarts te voeren over de problemen/moeilijkheden in het contact.

a. Wanneer was dat? ... mnd. geleden

b. Betrof het Uw huidige huisarts?

Ja, de huidige

Nee, de vorige

Een huisarts d aarvoor

c. Heeft U het gesprek inderdaad gevoerd?

Ja (DOOR NAAR D)

Nee (DOOR NAAR E)

d. Is het gesprek bevredigend verlopen?

Ja

Ten dele

Nee

e. Waarom heeft U het gesprek niet gevoerd?

Probleem toch niet zo belangrijk

Ik durfde het niet

Er valt met de huisarts toch niet te praten

Anders, namelijk:  Er is nooit tijd voor

----- Ik ben van huisarts veranderd

HA 35 U hebt overwogen om van huisarts te veranderen.

a. Wanneer was dat? ... mnd. geleden

b. Betrof het Uw huidige of vorige huisarts?

De huidige

De vorige

Geen van beiden

c. Bent U inderdaad van huisarts veranderd?

Ja (DOOR NAAR D)

Nee (DOOR NAAR E)

d. Zo ja, gaf dat nog problemen?

Ja (DOOR NAAR E)

Nee (DOOR NAAR 36)

e. Als U niet van huisarts bent veranderd, waarom niet?

Als het veranderen problemen gaf, welke?

Probleem toch niet zo belangrijk

Heb het met de huisarts uitgepraat

Er was maar één huisarts in de woonplaats

De andere huisarts(en) wilde(n) geen nieuwe pat. meer aannemen

Huisartsen hadden onderling afgesproken geen nieuwe patiënten van elkaar over te nemen

De 'oude' huisarts wilde de gegevens niet doorsturen

Anders, namelijk:

-----

HA 36 U hebt overwogen om een klacht over Uw huisarts in te dienen.

a. Wanneer was dat? ... mnd./jr. geleden

b. Betrof het Uw huidige of vorige huisarts?

De huidige

De vorige

Huisarts dāārvoor

c. Welke klacht had U over de huisarts?

-----

d. Heeft U toen ook werkelijk een klacht ingediend?

Ja (DOOR NAAR F)

Nee (DOOR NAAR E)

e. Waarom heeft U toen geen klacht ingediend?

Er wordt toch niets aan gedaan

Ik wist niet hoe ik dat moest doen

Ik vond het een te zwaar middel

Heb het met de huisarts uitgepraat

Ik ben van huisarts veranderd

Bij nader inzien was  
het toch niet zo belangrijk

De schade kon toch niet meer  
ongedaan worden gemaakt

Ik wilde de relatie met de  
huisarts niet in gevaar brengen

Anders, namelijk:

-----

f. Bij wie heeft U Uw klacht ingediend?

-----

g. Is Uw klacht naar tevredenheid behandeld?

JA

NEE

TOELICHTING:

HA 37 Hebben de problemen/moeilijkheden die zich hebben voorgedaan tot gevolg  
dat U minder vaak een beroep op Uw huisarts doet dan U wel zou willen?

JA

IN BEPAALDE  
GEVALLEN

NEE



## DE TANDARTS

TA 1 Gaat Uzelf of gaan Uw huisgenoten regelmatig naar de tandarts?  
(Minimaal 1x per jaar)

Zelf niet - Huisgenoten ook niet

Zelf niet - Huisgenoten wel

Zelf wel - Huisgenoten niet

Zelf wel - Huisgenoten ook

ALS U NOCH UW HUISGENOTEN REGELMATIG DE TANDARTS BEZOEKEN, DAN  
HOEFT U DIT DEEL VAN DE VRAGENLIJST NIET IN TE VULLEN.  
U KUNT DAN OVERGAAN NAAR HET GEDEELTE VAN DE APOTHEKER.

TA 2 Is er een tandarts in Uw woonplaats gevestigd?

JA

NEE

--- km. verderop

TA 3 Het komt wel eens voor dat niet alle gezinsleden bij een en dezelfde  
tandartspraktijk onder behandeling zijn. Hoe is dat in Uw geval?

Alle gezinsleden bij  
dezelfde praktijk

Gezinsleden bij ver-  
schillende praktijken

TA 4 Als de gezinsleden verschillende tandartsen bezoeken, zijn deze dan  
allen in Uw woonplaats gevestigd?

JA

NEE

De dichtstbijzijnde is --- km. verderop

De verste tandarts is --- km. verwijderd

ALS DE GEZINSLEDEN VERSCHILLENDE TANDARTSEN BEZOEKEN, WILT U DE  
OVERIGE VRAGEN DAN INVULLEN VOOR DE DICHTSTBIJZIJNDE TANDARTS

TA 5 Als Uw tandarts ziekenfonds- en particuliere patiënten heeft, heeft hij  
dan aparte spreekuren?

JA

NEE

TA 6 Wanneer U naar Uw tandarts gaat, hoe gaat U dan meestal?

Lopend

Met tram/bus

Met de taxi

Met de fiets

Eigen auto

Anders, nl.:

-----

TA 7 Is Uw tandarts de dichtstbijzijnde tandarts of is er een die dichterbij woont?

De dichtstbijzijnde

Niet de dichtstbijzijnde

TA 8 Indien Uw tandarts niet de dichtstbijzijnde is, waarom bent U geen cliënt van de dichtstbijzijnde tandarts?

TA 9 Wanneer U Uw tandarts belt om een afspraak te maken, wanneer kunt U dan meestal bij hem terecht?

Meestal dezelfde dag

Meestal binnen een week

Meestal na 1 à 2 weken

Meestal na 2 wk. tot 1 mnd.

Meestal na meer dan 1 mnd.

TA 10 Hoeveel tijd bent U alles bij elkaar kwijt voor een bezoek aan de tandarts (reistijd heen en terug, wachttijd, behandeltime)?

...  $\frac{\text{min.}}{\text{uur}}$  reistijd

...  $\frac{\text{min.}}{\text{uur}}$  wachttijd

...  $\frac{\text{min.}}{\text{uur}}$  behandeltime

TA 11 Vindt U dat de avond- en weekenddiensten van de tandartsen in en rond Uw woonplaats goed geregeld zijn?

Ik weet niet, heb 's avonds of in weekend nooit tandarts nodig gehad

Ik vind de diensten goed geregeld

Ik vind de diensten matig geregeld

Ik vind de diensten slecht geregeld

TA 12 Als U bij de vorige vraag 'matig' of 'slecht' heeft ingevuld, wilt U dan aankruisen welke problemen een rol spelen?

Het is moeilijk erachter te komen wie er dienst heeft

De dienstdoende tandarts neemt de telefoon niet op of doet niet open

De dienstdoende tandarts was niet bereid hulp te verlenen

Anders, namelijk:

-----  
-----  
-----

TA 13 Is het U de afgelopen 2 jaar wel eens overkomen dat U een tandarts nodig had, maar dat U er geen kon bereiken, of alleen met erg veel moeite?

JA

NEE

TA 14 Als U de vorige vraag met 'ja' hebt beantwoord, kunt U dan hiernaast kort beschrijven hoe dat toen is gegaan? (welk tijdstip van dag/of nacht; nam de tandarts wel of niet op; kreeg U keer op keer een antwoordapparaat; kon U er niet achter komen wie er dienst had?)

TA 15 Kunt U zonder veel bezwaar van tandarts veranderen als U om welke reden dan ook naar een ander wilt?

JA

NEE

Weet niet

TA 16 Als U de vorige vraag met 'nee' hebt beantwoord, wat is hiervan de reden?

Er is maar 1 tandarts ter plaatse

De andere tandartsen hebben hun praktijken gesloten

De tandartsen nemen geen cliënten van elkaar over

Anders, namelijk:

-----  
-----  
-----

TA 17a Vindt U dat U van Uw tandarts voldoende uitleg en informatie krijgt over de volgende onderwerpen?

INFORMATIE VAN DE TANDARTS OVER	Niet van toep.	Geen behoefte aan informatie	Ruim voldoende	Volledige	Nauwelijks voldoende	Onvoldoende
Toestand van Uw gebit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zin en aard van de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere mogelijkheden voor behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te verwachten pijn bij de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kosten van verschillende behandelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wat wordt door ziekenfonds/ziekenverzekering vergoed, en wat niet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe kunt U Uw gebit zelf onderhouden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TA 17b Wilt U toelichten waarom U vindt dat U over bepaalde onderwerpen niet of nauwelijks voldoende informatie krijgt (eventueel met voorbeelden?)

-----  
 -----  
 -----  
 -----

TA 17c Geeft Uw tandarts over het algemeen voldoende informatie uit zichzelf?

Altijd

Soms

Nooit

TA 17d Als U om (meer) informatie vraagt, krijgt U het dan?

Altijd

Soms

Nooit

N.v.t.

TA 18 Hieronder volgt een aantal eigenschappen. Wilt U van elke eigenschap aankruisen of Uw tandarts die eigenschap heeft?

MIJN TANDARTS IS MEESTAL:	JA	NEE	GEEN MENING
-Gehaast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Geïnteresseerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Zakelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Streng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Vriendelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Hartelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Koel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Aardig voor kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Begrijpend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Onzeker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Korzelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Grof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Beleefd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TA 19 Heeft U nog opmerkingen over Uw tandarts die U tot nog toe niet kwijt kon?

-----  
 -----  
 -----  
 -----

DE RESTERENDE VRAGEN OVER DE TANDARTS HOEFT U NIET IN TE VULLEN ALS ER OP GEEN ENKELE WIJZE PROBLEMEN OF MOEILIKHEDEN MET UW TANDARTS ZIJN GEWEEST

TA 20 Hebt U overwogen om iets aan die problemen/moeilijkheden te doen?

JA (DOOR NAAR 22)

NEE (DOOR NAAR 21)

TA 21 Zo nee, waarom niet?

Het was niet zo belangrijk

GA DOOR NAAR ONDERDEEL APOTHEKER | Er is toch niets aan te doen

Anders, namelijk

-----

TA 22 Welke oplossingen hebt U overwogen? (U kunt meerdere mogelijkheden aankruisen)

Een gesprek met de tandarts beginnen over de moeilijkheden/problemen

(INDIEN U DIT INVULFT, OOK GRAAG VRAAG 23 INVULLEN)

Van tandarts veranderen

(DAN OOK GRAAG 24 INVULLEN)

Een klacht indienen

(DAN OOK GRAAG 25 INVULLEN)

TA 23 U heeft overwogen een gesprek met Uw tandarts te voeren over de problemen/moeilijkheden in het contact.

a. Wanneer was dat? ... mnd. geleden

b. Betrof het Uw huidige tandarts?

Ja, de huidige

Nee, de vorige

Een tandarts daarvoor

c. Heeft U het gesprek inderdaad gevoerd?

Ja (DOOR NAAR D)

Nee (DOOR NAAR E)

d. Is het gesprek bevredigend verlopen?

Ja

Ten dele

Nee

e. Waarom heeft U het gesprek toch niet gevoerd?

Probleem toch niet zo belangrijk

Ik durfde het niet

Er valt met de tandarts toch niet te praten

Er is nooit tijd voor een gesprek

Ik ben van tandarts veranderd

Anders, namelijk:

-----

TA 24 U hebt overwogen om van tandarts te veranderen.

a. Wanneer was dat? ... mnd. geleden

b. Betrof het Uw huidige tandarts?

De huidige

De vorige

Een tand-  
arts d aarvoor

c. Bent U inderdaad van tandarts veranderd?

Ja (DOOR NAAR D)

Nee (DOOR NAAR E)

d. Zo ja, gaf dat nog problemen?

Ja (DOOR NAAR E)

Nee (DOOR NAAR 25)

e. Als U niet van tandarts bent veranderd,  
waarom niet?

Als het veranderen problemen gaf, welke?

Probleem toch niet zo belangrijk

Heb het met de tandarts uitgepraat

Er was maar  en tand-  
arts in de woonplaats

De andere tandarts(en) wilde(n)  
geen nieuwe pat. meer aannemen

Tandartsen hadden onderling  
afgesproken geen pati nten  
van elkaar over te nemen

De 'oude' tandarts wilde de  
gegevens niet doorsturen

Anders, namelijk:

-----

TA 25 U hebt overwogen om een klacht over Uw tandarts in te dienen.

a. Wanneer was dat? ... mnd./jr. geleden

b. Betrof het Uw huidige of vorige tandarts?

De huidige

De vorige

Geen van  
beiden

c. Welke klacht had U over de tandarts?

-----

d. Heeft U toen ook werkelijk een klacht ingediend?

Ja (DOOR NAAR F)

Nee (DOOR NAAR E)

e. Waarom heeft U toen geen klacht ingediend?

Er wordt toch niets aan gedaan

Ik wist niet hoe ik dat moest doen

Ik vond het een te zwaar middel

Heb het met de tandarts uitgepraat

Ik ben van tandarts veranderd

Bij nader inzien was het  
toch niet zo belangrijk

De schade kon toch niet meer  
ongedaan worden gemaakt

Ik wilde de relatie met de  
tandarts niet in gevaar brengen

Anders, namelijk:

-----

f. Bij wie heeft U Uw klacht ingediend?

-----

g. Is Uw klacht naar tevredenheid behandeld?

JA

NEE

TOELICHTING:

TA 26 Hebben de problemen/moeilijkheden met Uw tandarts tot gevolg dat U  
minder vaak een beroep op Uw tandarts doet dan U wel zou willen?

JA

IN BEPAALDE  
GEVALLEN

NEE



DE APOTHEKER

AP 1 Bent U voor Uw medicijnen aangewezen op een apotheek of betreft U ze van Uw huisarts?

Mijn huisarts is apotheekhoudend

Ik betrek ze van een apotheek

ALS UW HUISARTS APOTHEEKHOUDEND IS, KUNT U DIT GEDEELTE OVERSLAAN

AP 2 Hoe vaak heeft U voor Uzelf of voor Uw gezinsleden de afgelopen 3 maanden een apotheek bezocht om een recept te halen?

... keer

AP 3 Hoe vaak schat U dat Uw huisgenoten tezamen de apotheek hebben bezocht om een recept te halen?

... keer

AP 4 Is er een apotheek in Uw woonplaats?

Ja

Alleen een afhaalpost

Nee

-- km verderop

AP 5 Wanneer U naar Uw apotheek gaat, hoe gaat U dan meestal?

Lopend

Met tram/bus

Met de taxi

Met de fiets

Eigen auto

Anders, nl.:

-----

AP 6 Is Uw apotheek de dichtstbijzijnde apotheek of is er een apotheek (of meerdere) die dichterbij gevestigd is?

De dichtstbijzijnde

Niet de dichtstbijzijnde

AP 7 Indien Uw apotheek niet de dichtstbijzijnde is, waarom bent U geen cliënt van de dichtstbijzijnde apotheek?

-----  
-----  
-----  
-----

AP 8 Bent U tevreden over de ligging van de apotheek?

Nee, ik zou graag een apotheek dicht in de buurt willen hebben

Ja, er is een apotheek dicht bij mijn huis

Ja, ik kan gemakkelijk langs de apotheek gaan als ik boodschappen doe

Ja, ik kom langs de apotheek als ik naar mijn werk ga

AP 9 Hoeveel tijd bent U als regel alles bij elkaar kwijt voor een bezoek aan de apotheek (reistijd heen en terug, wachttijd)?

...  $\frac{\text{min.}}{\text{uur}}$  reistijd

...  $\frac{\text{min.}}{\text{uur}}$  wachttijd

AP 10 Als U 's avonds of in het weekend een geneesmiddel nodig heeft en Uw eigen apotheek is gesloten, hoever is het dan voor U naar de dichtstbijzijnde en de verst verwijderde dienstdoende apotheek?

Weet niet

... km. naar de dichtstbijzijnde

... km. naar de verst verwijderde

AP 11 Vindt U dat de avond- en weekenddiensten van apothekers in of rond Uw woonplaats goed geregeld zijn?

Ik weet niet, heb 's avonds of in weekend nooit apotheek nodig gehad

Ik vind de diensten goed geregeld

Ik vind de diensten matig geregeld

Ik vind de diensten slecht geregeld

AP 12 Als U bij de vorige vraag 'matig' of 'slecht' heeft aangekruist, wilt U dan hiernaast aangeven welke problemen een rol spelen?

Het is moeilijk erachter te komen wie er dienst heeft

De dienstdoende apotheker is niet altijd op zijn post

De dienstdoende apotheek is te ver van mijn huis gelegen

Anders, namelijk:

-----  
-----  
-----  
-----

AP 13 Is het U de afgelopen twee jaar wel eens overkomen dat U een apotheker nodig had, maar dat U er geen kon bereiken?

JA

NEE

AP 14 Als U de vorige vraag met 'ja' hebt beantwoord, kunt U dan hiernaast kort beschrijven hoe dat toen is gegaan? (op welke tijdstip van de dag of nacht was het; was de apotheek wel of niet gesloten; kon er niet achter komen wie er dienst had, etc.?)

AP 15 Kunt U zonder veel bezwaar van apotheek veranderen als U om welke redenen dan ook naar een ander wilt?

JA

NEE

Weet  
niet

AP 16 Als U de vorige vraag met 'nee' hebt beantwoord, wat is daarvan de reden?

AP 17 Heeft U nog opmerkingen over Uw apotheek?

-----  
-----  
-----  
-----

**DE FYSIOTHERAPEUT**

(OEFENTHERAPEUT MENSENDIECK/CESAR)

FY 1 Bent U zelf of een van Uw huisgenoten de afgelopen twee jaar onder behandeling geweest van een fysiotherapeut of een oefentherapeut Mensendieck/Cesar?

Ja, zelf

Zelf niet, huisgenoot wel

Zelf niet, huisgenoot ook niet

FY 2 Wilde U of een van Uw huisgenoten de afgelopen twee jaar wel eens behandeld worden, terwijl de behandelend arts vond dat dit niet nodig was?

Ja, dat is mij inderdaad overkomen

Ja, maar na lang aandringen ben ik toch verwezen

Nee, noch ik noch huisgenoten wensten een behandeling

Nee, verwijzing was geen probleem

FY 3 Was de behandelend arts Uw eigen huisarts of iemand anders?

Eigen huisarts

Specialist

Iemand anders, n.l.

-----

N.v.t.

DE REST VAN DIT GEDEELTE ALLEEN INVULLEN ALS U OF EEN VAN UW HUISGENOTEN DE AFGELOPEN 2 JAAR ONDER BEHANDELING IS GEWEEST BIJ EEN FYSIOTHERAPEUT

FY 4 Is er een fysiotherapeut in Uw woonplaats gevestigd?

Ja, een volledige praktijk

Ja, maar hij houdt niet de hele week zitting

Nee

... km. verderop

FY 5 Is de fysiotherapeut die U behandelt de dichtstbijzijnde?

JA

NEE

FY 6 Zo nee, wat is daarvan dan de reden?

-----  
-----  
-----

FY 7 Wanneer kunnen U of Uw huisgenoten in de regel bij de fysiotherapeut terecht, nadat U verwezen bent?

Dezelfde dag

Binnen 1 week

Binnen 2 weken

Binnen 1 maand

Meer dan 1 maand wachten

FY 8 Wanneer U of een van Uw huisgenoten naar de fysiotherapeut/oefentherapeut moet, hoe gaat U dan meestal?

Lopend

Met tram/bus

Met de taxi

Met de fiets

Eigen auto

Anders, nl.:

-----

FY 9 Hoeveel tijd bent U alles bij elkaar kwijt voor een bezoek aan de fysiotherapeut of oefentherapeut (reistijd heen en terug, wachttijd, behandeltime)?

...  $\frac{\text{min.}}{\text{uur}}$  reistijd

...  $\frac{\text{min.}}{\text{uur}}$  wachttijd

...  $\frac{\text{min.}}{\text{uur}}$  behandeltime

FY 10 Heeft U de afgelopen 2 jaar wel eens klachten gehad, waarvoor U snel fysiotherapeutische behandeling nodig had?

JA

NEE

FY 11 Kon U toen binnen een week terecht?

Ja, zonder moeite

Ja, met enige moeite

Nee, dat ging niet

Nooit nodig gehad

FY 12 Als U met moeite of niet binnen een week bij Uw fysiotherapeut terecht kon, waaraan lag dat dan?

-----  
-----  
-----

FY 13 Kunt U zonder veel bezwaar van fysiotherapeut veranderen als U om welke redenen dan ook naar een ander wilt?

JA

NEE

Weet niet

FY 14 Als U de vorige vraag met 'nee' heeft beantwoord, wat is daarvan dan de reden?

Er is maar 1 fysiotherapeut ter plaatse

De andere fysiotherapeuten hebben hun praktijken gesloten

De fysiotherapeuten nemen geen patiënten van elkaar over

Anders, nl.:

-----

FY 15 Heeft U verder nog opmerkingen over de fysiotherapeut?

-----  
-----  
-----  
-----

## HET MAATSCHAPPELIJK WERK

MA 1 Is er in Uw woonplaats een maatschappelijk werker die spreekuur houdt?

JA

NEE

De dichtstbijzijnde is ... km. verderop

Weet   
niet

DIT GEDEELTE ALLEEN INVULLEN ALS U DE AFGELOPEN 2 JAAR  
CONTACT HEEFT GEHAD MET EEN MAATSCHAPPELIJK WERKER

MA 2 Gedurende welke periode vond dit contact plaats en hoe vaak?

Gedurende .....  $\frac{\text{weken}}{\text{maanden}}$

... keer per  $\frac{\text{week}}{\text{maand}}$   
 $\frac{\text{jaar}}$

MA 3 Is de maatschappelijk werker aan een instelling voor maatschappelijk  
werk verbonden of aan een gezondheidscentrum, ziekenhuis of andere instelling?

Instelling voor  
maatschap. werk

Gezondh. centrum  
(met arts, wijk-  
verpleegk. etc.)

Ziekenhuis

Anders, nl.:   
-----

MA 4 Heeft U zich rechtstreeks tot het maatschappelijk werk gewend of bent U  
door andere hulpverleners verwezen?

Rechtstreeks

Verwezen,

door: -----

MA 5 Voor welk soort probleem heeft U contact gezocht met het maatschappelijk werk?

Huisvesting

Materieel/  
financieel

Relatie/  
huwelijk

Gezin/familie

Werk/  
werkloosheid

Anders, nl.   
-----

MA 6 Was het moeilijk om een maatschappelijk werker te spreken te krijgen?

Gemakkelijk

Kostte enige moeite

Erg moeilijk

MA 7 Als het U enige moeite of veel moeite kostte wat was daarvan de reden?

Ik wist niet hoe ik hem moest bereiken

De telefoon werd niet beantwoord of was steeds in gesprek

Men had geen interesse in mijn probleem

Anders, namelijk:

-----

MA 8 Kwam de maatschappelijk werker U als regel thuis bezoeken of bezocht U het spreekuur?

De maatsch. werker kwam als regel thuis

Ik bezocht spreekuur

MA 9 Hoeveel tijd was U als regel kwijt voor een bezoek aan de maatschappelijk werker (reistijd heen en terug, wachttijd, behandeltime)?

...  $\frac{\text{min.}}{\text{uur}}$  reistijd

...  $\frac{\text{min.}}{\text{uur}}$  wachttijd

...  $\frac{\text{min.}}{\text{uur}}$  behandeltime

MA 10 Heeft U wel eens een maatschappelijk werker met spoed nodig gehad?

Nee, nooit

Ja, tijdens kantooruren

Ja, buiten kantooruren

MA 11 Kon U in dat geval de maatschappelijk werker bereiken?

Ja, gemakkelijk

Ja, met moeite

Nee



MA 12 Als het U moeite kost of niet gelukt is de maatschappelijk werker te bereiken, waaraan lag dat dan?

Ik kon het telefoonnummer niet vinden

Er werd niet opgenomen/  
de telefoon was steeds in gesprek

Maatsch. werker werd wel bereikt,  
maar hij vond hulp niet nodig

Anders, namelijk:

-----

MA 13 Had U de indruk dat U van maatschappelijk werker of van instelling zou kunnen veranderen als U dat om welke reden dan ook had gewild?

Wel van maatschappelijk  
werker niet van instelling

Wel van instelling, niet  
van maatschappelijk werker

Zowel van instelling als  
binnen de instelling

Ik denk van niet

MA 14 Als U denkt van niet, waaraan ligt dat dan volgens U?

Er is maar één maatschappelijk  
werker in de buurt

De regels binnen de instel-  
lingen laten dat niet toe

Andere instellingen of maatschap.  
werkers nemen geen cliënten over

Anders, namelijk:

-----

MA 15 Heeft U nog andere opmerkingen over het maatschappelijk werk?

-----  
-----  
-----  
-----

GEZINSHULP  
ZIEKENHUISNAZORG --- THUISVERPLEGING

- 1 Is er in Uw gezin de afgelopen twee jaar sprake geweest van één of meer van de volgende situaties: - Opname in een ziekenhuis  
- Opname in een verpleeghuis  
- Bedlegerigheid voor langere tijd?

JA (DOOR NAAR 2)

NEE

(INDIEN 'NEE', DAN KUNT U DIT DEEL OVERSLAAN)

- 2 Zo ja, hoe vaak heeft een dergelijke situatie zich in die tijd voorgedaan?

1 maal

Meerdere malen

WANNEER EEN DERGELIJKE SITUATIE ZICH MEERDERE MALEN HEEFT VOORGEDAAN, WILT U DE VRAGEN 3 T/M 14 DAN INVULLEN OVER DE LAATSTE KEER? DAARNA IS ER DAN RUIMTE VOOR EVENTUELE OPMERKINGEN OVER DE ANDERE KEREN

- 3 Waar ging het om?

Opname in een ziekenhuis

Opname in een verpleeghuis

Bedlegerigheid thuis

- 4 Betrof het Uzelf of één van Uw huisgenoten?

Mezelf

Echtgenoot

Kind

Inwonend  
familie lid  
namelijk:

Anders, nl.

## GEZINSHULP

5 Was er in verband met die opname of 'bedlegerigheid' een huishoudelijke hulp of gezinsverzorgster nodig?

Dringend noodzakelijk

Noodzakelijk

Niet echt noodzakelijk wel gewenst

Niet noodzakelijk   
(DOOR NAAR 10)

6 Voor hoe lang en hoe vaak was er gezinshulp nodig?

Gedurende ... weken, en wel

Hele dagen

Halve dagen

Enkele malen per week

Anders, nl.:   
-----

7 Heeft U die gezinshulp ook gekregen?

JA (DOOR NAAR 10)

JA GEDEELTELIJK

NEE

8 Indien niet of gedeeltelijk, wat was daarvan de reden?

Niet op tijd aangevraagd

Geen personeel beschikbaar

De hulp werd niet dringend genoeg geacht

Instantie vond de problematiek niet geschikt voor gezinshulp

Anders, namelijk:   
-----

9 Als U er niet of slechts ten dele in slaagde huishoudelijke/gezinshulp te krijgen, hoe heeft U het probleem dan opgelost?

Probleem niet opgelost

Echtgenoot ingeschakeld

Familieleden, vrienden en bureu ingeschakeld

Op eigen kosten gezinshulp ingeschakeld

Eerder opgestaan dan goed was

Anders, namelijk:   
-----

ZIEKENHUISNAZORG — THUISVERPLEGING

10 Was er, na ontslag uit ziekenhuis/verpleeghuis of in geval van bedlegerigheid thuis, nazorg of begeleiding nodig?

- Dringend noodzakelijk
- Noodzakelijk
- Niet echt noodzakelijk wel gewenst
- Niet noodzakelijk   
(DOOR NAAR ALGEMENE WAARDERING)

11 Heeft de huisarts of de wijkverpleegkundige kort na het ontslag uit het ziekenhuis (of na het begin van de 'bedlegerigheid') contact met U opgenomen?

- Ja, de huisarts
- Ja, de wijkverpleegkundige
- Ja, beiden
- Geen van beiden   
(DOOR NAAR 13)

12 Deed (deden) de huisarts (huisartsen) en/of de wijkverpleegkundige(n) dat op eigen initiatief (bijv. omdat zij door de specialist waren gereschuld), of na een telefoontje van Uw kant?

- | HUISARTS                                  | WIIKVERPLEEGKUNDIGE                       |
|---|---|
| Eigen initiatief <input type="checkbox"/> | Eigen initiatief <input type="checkbox"/> |
| Na telefoontje <input type="checkbox"/>   | Na telefoontje <input type="checkbox"/>   |
| Niet van toep. <input type="checkbox"/>   | Niet van toep. <input type="checkbox"/>   |

13 Heeft U de benodigde nazorg/verpleeghulp/begeleiding ook gekregen? Graag weer door middel van pijltjes aangeven. Op de volgende pagina kunt U eventueel een toelichting geven. Als U de hulp kreeg die U nodig had, wilt U dan óók een pijltje zetten.

VOORBEELD

HULP BIJ WASSEN VAN DE PATIËNT -----  →  HULP BIJ WASSEN VAN DE PATIËNT

HULP DIE U WILDE/NODIG HAD

- 1. Controle van de patiënt
- 2. Voorlichting
- 3. Rouwbegeleiding
- 4. Begeleiding bij verwerking van ziekte of invaliditeit
- 5. Hulp bij wassen v.d. patiënt, verschonen, bed opmaken en dergelijke
- 6. Hulp bij verzorging van een wond, verbinden, injecties e.d.

HULP DIE U KREEG

- Helemaal geen nazorg/begel./verpleeghulp
- Controle van de patiënt
- Voorlichting
- Rouwbegeleiding
- Begeleiding bij verwerking van ziekte of invaliditeit
- Hulp bij wassen v.d. patiënt, verschonen bed opmaken en dergelijke
- Hulp bij verzorging van een wond, verbinden, injecties e.d.

13 TOELICHTING

14 Wanneer U bepaalde delen van de benodigde zorg niet hebt gekregen, wat heeft U dan gedaan?

Niets gedaan

Echtgenoot ingeschakeld

Familie, vrienden en  
buren ingeschakeld

Op eigen kosten ver-  
pleeghulp ingeschakeld

Ontslag uit ziekenhuis/  
verpleeghuis uitgesteld

Opname geregeld in  
ziekenhuis/verpleeghuis

Anders, namelijk:

-----

15 Als U in de afgelopen twee jaar meerdere malen met ziekenhuisnazorg/  
thuisverpleging te maken heeft gehad en er deden zich daarbij proble-  
men voor, wilt U hiernaast dan aangeven:

A. Of er sprake was van opname of bedlegerigheid thuis.

B. Welke hulp nodig was.

C. In hoeverre de hulp dringend nodig was.

D. Of U hulp heeft gekregen.

E. Zo nee, hoe U een en ander dan heeft opgelost.

16 Heeft U verder nog opmerkingen over ziekenhuisnazorg/thuisverpleging?

-----  
-----  
-----  
-----

## ALGEMEEN (VERVOLG)

Na alle vragen over de bereikbaarheid van de verschillende hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg willen we nog enkele vragen stellen over gezondheid en ziekte van U zelf en Uw gezin.  
We beëindigen deze vragenlijst dan met een enkele vraag over de manier waarop U tegen ziektekosten verzekerd bent.

### GEZONDHEID EN ZIEKTE IN HET GEZIN

AL 12 Zou U Uzelf omschrijven als chronisch ziek of gehandicapt?

Ja, chronisch ziek

Ja, gehandicapt

Niet chronisch ziek  
wel slecht ter been

Nee

AL 13 Indien U 'ja' heeft aangekruist, zou U dan in grote lijnen willen aangeven om welke ziekte of handicap het gaat?

AL 14 Als U Uw gezondheid zou moeten aangeven op een 'meetlat', hoe zou Uw score dan uitvallen?

zeer  
slechte  
gezondheid

zeer  
goede  
gezondheid



AL 15 Is er, als U Uzelf niet meerekent, in Uw huisgezin een chronisch zieke of gehandicapte?

Chronisch zieke

Gehandicapte

Nee

AL 16 Behoeft deze huisgenoot extra verpleging of kan hij/zij zichzelf goed redden?

Behoeft extra zorg  
en verpleging

Kan zich redelijk  
redden

Kan zich goed  
redden

Niet van toepassing

AL 17 Als U op eenzelfde soort meetlat als in vraag 14 zou moeten aangeven of er in Uw gezin sprake is van veel ziekte, hoe zou Uw score dan uitvallen?

veel ziekte  
in het gezin

weinig ziekte  
in het gezin



AL 18 Op welke wijze zijn U en Uw huisgenoten tegen ziektekosten verzekerd?

Hele gezin verplicht  
ziekenfonds verzekerd

Hele gezin vrijwillig  
ziekenfondsverz.

Hele gezin bejaarden-  
verz. ziekenfonds

Andere regeling (IZA,  
ambtenarenverzekering)

Hele gezin particu-  
lier verz. U ziekenf.  
anderen particulier

Uzelf particulier,  
anderen ziekenfonds

AL 19 Als U of het merendeel van Uw huisgenoten particulier verzekerd is,  
voor welke hulpverleners geldt dit dan?

	JA	NEE
Huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysiotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziekenhuis- verpleging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AL 20 Is er sprake van een eigen risico?

a. Voor de huisarts -

- ... % met een maximum van f ..... per jaar
- een vast bedrag, namelijk f ..... per jaar
- geen eigen risico

c. Voor de specialist -

- ... % met een maximum van f ..... per jr.
- een vast bedrag, namelijk f ..... per jr.
- geen eigen risico

b. Voor de tandarts -

- ... % met een maximum van f ..... per jaar
- een vast bedrag, namelijk f ..... per jaar
- geen eigen risico

d. Voor allen tezamen -

- ... % met een maximum van f ..... per jr.
- een vast bedrag, namelijk f ..... per jr.
- geen eigen risico

Bijlage II

## INDEXEN

a. Geografische bereikbaarheid

De antwoordmogelijkheden werden gehergroepeerd tot 1, 2 of 3, waarbij '1' steeds de gunstigste situatie weergeeft en '3' de relatief ongunstigste. Vervolgens werden de antwoorden per respondent opgeteld en weer gedeeld, waarbij de volgende wegingen werden toegepast:

afstand - 4  
 vervoer - 2  
 reistijd - 4

Deze weegfactoren zijn verkregen door een tiental mensen (geen NVvH-leden) te vragen welk belang zij aan de verschillende aspecten van geografische bereikbaarheid toekenden.

b. Organisatorische bereikbaarheid

De index 'organisatorische bereikbaarheid' werd op analoge wijze samengesteld als de geografische.

De weegfactoren zijn:

Onderscheid ziekenfonds- en particuliere patiënten	- 2
Telefonisch spreekuur	- 3
Wie i.h.a. telefoon opneemt	- 3
Of men de hulpverlener zelf kan spreken	- 4
Tijd vóór men terecht kan	- 5
Inloopspreekuur/afspreekspreekuur	- 4
Wachttijd	- 4
Mogelijk huisbezoek	- 3
Regeling avond- en weekenddiensten	- 5
Weleens onbereikbaar	- 5



c. Psychologische bereikbaarheid

Deze index is samengesteld uit de volgende aspecten, *zonder weging*:

karaktereigenschappen

aansluiten hulpvraag-hulpaanbod

voorlichting

mogelijkheid tot inzage in de verwijsbrief.

VERLOSKUNDIGE ZORG (Moederschaps-/zuigelingen-/kleuterzorg)

Dit gedeelte van de vragenlijst heeft U alleen in te vullen als U de afgelopen 2 jaar een bevalling hebt gehad. Als dit niet het geval is dan s.v.p. doorgaan op pagina 18 (Ziekenhuiszorg).

Vk 1. Wanneer heeft de laatste bevalling plaatsgevonden? ..... maanden geleden

---

Vk 2. Heeft de bevalling onder leiding van een specialist, een verloskundige of een huisarts plaatsgevonden?   
 specialist   
 huisarts   
 verloskundige   
 anders, nl.....

---

Vk 3. Indien specialist, waarom niet huisarts? .....   
 .....   
 .....   
 Indien specialist, waarom niet verloskundige?   
 .....   
 .....   
 .....

---

Vk 4. Indien verloskundige, waarom niet huisarts? .....   
 .....   
 .....   
 Indien verloskundige, waarom niet specialist?   
 .....   
 .....   
 .....

---

Vk 5. Indien huisarts, waarom niet verloskundige? .....   
 .....   
 .....   
 Indien huisarts, waarom niet specialist?   
 .....   
 .....   
 .....

---

Vk 6. Is er een ziekenhuis in Uw woonplaats gevestigd?   
 ja   
 neen, .... km verderop

---

Vk 7. Doet Uw huisarts nog bevallingen?   
 ja   
 neen

---

Vk 8. Is er een verloskundige in Uw woonplaats gevestigd?   
 ja   
 neen, .... km verderop

---

De rest van dit deel van de vragenlijst alleen invullen als de bevalling onder leiding van een verloskundige plaatsvond; anders doorgaan naar de vragen over zuigelingenverzorging (pag. 16)

- Vk 9. Hoe ging U als regel naar de verloskundige?
- verloskundige kwam meestal thuis  
 lopend  
 op de fiets  
 met tram/bus       met eigen auto  
 met de taxi       anders, nl.....

- Vk 10. Hoeveel tijd was U alles bij elkaar kwijt voor een bezoek aan de verloskundige (reistijd, wachttijd, behandel-tijd)?
- ....  $\frac{\text{minuten}}{\text{uur}}$  reistijd  
 ....  $\frac{\text{minuten}}{\text{uur}}$  wachttijd  
 ....  $\frac{\text{minuten}}{\text{uur}}$  behandel-tijd

- Vk 11. Hoe is de verloskundige bereikbaar in de onderstaande situaties
- |   | nooit<br><u>nodig gehad</u> | <u>goed</u> | <u>matig</u> | <u>slecht</u> |
|---|-----------------------------|-------------|--------------|---------------|
| - tussen de contrôles door overdag                                | 0                           | 0           | 0            | 0             |
| - tussen de contrôles door 's avonds/'s nachts/<br>in het weekend | 0                           | 0           | 0            | 0             |
| - vlak voor de bevalling overdag                                  | 0                           | 0           | 0            | 0             |
| - vlak voor de bevalling 's avonds/'s nachts/<br>in het weekend   | 0                           | 0           | 0            | 0             |

- Vk 12. Als U matig of slecht invulde, kunt U dan aangeven wat er aan de hand was?
- slechte waarneemregeling  
 anders, nl.....

- Vk 13. Heeft de verloskundige andere voorzieningen of spreekuren voor ziekenfonds dan voor particuliere patiënten?
- weet niet  
 ja  
 neen

- Vk 14. Heeft U het idee dat U van verloskundige zou kunnen veranderen als U dat om de een of andere reden zou willen?
- weet niet  
 ik denk van wel  
 ik denk van niet

- Vk 15. Als U 'neen' heeft geantwoord wat is daarvan de reden?
- .....  
 .....

DE KRAAMZORG

Alleen invullen als U de afgelopen 2 jaar een baby heeft gekregen. Anders doorgaan naar pagina 18 van de vragenlijst.

Kz 1. Hebt U zich tijdens Uw zwangerschap opgegeven bij het kraamcentrum, om voor kraamverzorging in aanmerking te komen?

- neen (graag door naar vraag 2)  
 ja (graag door naar vraag 3)

Kz 2. Wanneer U zich niet heeft aangemeld voor kraamhulp, wie heeft U dan geholpen tijdens het kraambed?

- ziekenhuis of kraamkliniek  
 echtgenoot  
 wijkverpleegkundige  
 particulier verpleegkundige  
 familie/kennis

Kz 3. Wanneer U zich wel voor kraamhulp hebt aangemeld, hoe lang voor de 'uitgerekende datum' was dat?

.... maanden van te voren

Kz 4. Was dat nog op tijd, had dat eerder moeten zijn of had het later ook nog gekund?

- weet niet  
 het was op tijd  
 het had (eigenlijk) .... maanden eerder moeten zijn  
 het had tot .... maanden later gekund

Kz 5. Heeft U, toen het zover was, inderdaad kraamhulp gehad?

- ja  
 neen

Kz 6. Indien 'neen', wat was de reden dat dit niet het geval was?

.....  
 .....

DE ZUIGELINGENZORG / KLEUTERZORG

Alleen invullen als U de laatste 2 jaar gebruik heeft gemaakt van zuigelingen- en kleuterzorg.

Z 1. Wij gaan er van uit dat U de laatste 2 jaar gebruik gemaakt heeft van de diensten van een consultatiebureau. Is die veronstelling correct?

- ja  
 neen

Alleen doorgaan als U gebruik gemaakt heeft van de diensten van een consultatiebureau voor zuigelingen en kleuterzorg.

- Z 2. Is er een consultatiebureau in Uw woonplaats gevestigd?  ja  
 neen, .... km verderop
- 
- Z 3. Wanneer U naar het consultatiebureau gaat, hoe gaat U dan meestal?  lopend  op de fiets  
 met tram/bus  met eigen auto  
 met de taxi  anders, nl.,....
- 
- Z 4. Is het bureau het dichtstbijzijnde of is er nog een dichterbij?  dichtstbijzijnde  
 er is een bureau dichterbij
- 
- Z 5. Waarom gaat U niet naar het dichtstbijzijnde bureau?  
.....  
.....
- 
- Z 6. Hoeveel tijd bent U alles bij elkaar kwijt voor een bezoek aan het consultatiebureau?  
.... minuten reistijd  
uur  
.... minuten wachttijd  
uur  
.... minuten behandeltime  
uur
- 
- Z 7. Heeft U wel eens het advies of de hulp van een consultatiebureau-arts of wijkverpleegkundige nodig gehad tussen de reguliere controles door?  ja  
 neen
- 
- Z 8. Indien ja, slaagde U er toen in de betreffende hulpverleners te bereiken?  ja, gemakkelijk  
 ja, met moeite  
 neen
- 
- Z 9. Indien U met moeite of zelfs in het geheel niet erin slaagde de hulpverleners te bereiken, zoudt U dan willen aangeven hoe dat in zijn werk ging?  kon het telefoonnummer niet vinden  
 er werd niet opgenomen  
 men weigerde hulp te verlenen  
 anders, nl.,.....
- 
- Z 10. Zoudt U van wijkverpleegkundige, consultatiebureau-arts of van consultatiebureau hebben kunnen veranderen als U dat om de een of andere reden had gewild?  neen, ik denk van niet  
 ja, wel van wijkverpleegkundige maar niet van bureau  
 ja, zowel van wijkverpleegkundige als van bureau
- 
- Z 11. Als U de vorige vraag met 'neen' heeft beantwoord, wat is daarvan de reden?  er is geen vaste wijkverpleegkundige of consultatiebureau-arts  
 consultatiebureaus zijn strikt voor de mensen uit de directe omgeving, andere accepteren je niet als cliënt  
 anders, nl.,.....
-

