



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2006. De gegevens mogen met bronvermelding (Akke Albada, Mattanja Triemstra, *Ziekenhuis met servicepunten, Wat willen patiënten van ziekenhuis Bernhoven?*, NIVEL 2006) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken. Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

Ziekenhuis met servicepunten

Wat willen patiënten van ziekenhuis Bernhoven?

Akke Albada
Mattanja Triemstra



ISBN-10: 90-6905-822-7
ISBN-13: 978-90-6905-822-1

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2006 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding	9
1.1 Bernhoven als één-locatie ziekenhuis met twee servicepunten	9
1.2 Achtergrond	10
1.3 Doel en vraagstellingen van het onderzoek	11
1.4 Leeswijzer	12
2 Methode	13
2.1 Literatuurstudie	13
2.2 Focusgroep	14
2.3 Onderzoekspopulatie en steekproeftrekking	14
2.3.1 Bevolkingskenmerken en zorggebruik regio Oss-Uden-Veghel	14
2.3.2 Steekproeftrekking	15
2.4 Het vragenlijstonderzoek	16
2.4.1 Opzet van de vragenlijst	16
2.4.2 Analyse van vragenlijstgegevens	17
2.5 Vignetonderzoek als keuzesimulatie	20
2.5.1 Vignetonderzoek als methode voor prioritering	20
2.5.2 Ontwikkeling van de vignetten	20
2.5.3 Vignetbijeekkomsten	22
2.5.4 Analyse vignetonderzoek	24
3 Literatuurstudie	25
3.1 Vormen van ambulante medisch specialistische zorg	25
3.1.1 Spreekuren van medisch specialisten buiten het ziekenhuis	25
3.1.2 Gezondheidscentra en kleinschalige klinieken met onderzoeksfaciliteiten	27
3.1.3 Spreekuren van verpleegkundigen	27
3.1.4 Conclusie ambulante ziekenhuisvoorzieningen	28
3.2 Wat verwachten patiënten van ziekenhuiszorg?	29
3.2.1 Reputatie: ervaringen zijn doorslaggevend	30
3.2.2 Bereikbaarheid: patiënten willen zorg dichtbij huis	30
3.2.3 Toegankelijkheid: geen wachtlijsten en wachttijden	31
3.2.4 Continuïteit: een vaste zorgverlener, afstemming en aansluitende afspraken	31
3.2.5 Conclusies voorkeuren patiënten	32
4 Resultaten vragenlijstonderzoek	33
4.1 Werving en weigeringen voor het vragenlijstonderzoek	33
4.2 Respons vragenlijstonderzoek	34
4.3 Beschrijving van de respondenten	35

4.3.1	Geografische spreiding	35
4.3.2	Sociaal-demografische kenmerken	36
4.3.3	Gezondheidskenmerken	37
4.3.4	Zorggebruik	39
4.3.5	Vervoer	41
4.4	Verwachtingen ten aanzien van ziekenhuiszorg	44
4.5	Verwachtingen ten aanzien van de servicepunten	48
4.5.1	Gewenste functies van de servicepunten	48
4.5.2	Het grootste gemis en het grootste voordeel van de veranderingen	51
4.5.3	Toekomstig gebruik van de servicepunten	53
4.6	Meningen over de servicepunten	54
5	Resultaten vignetstudie	57
5.1	Respons	57
5.2	Resultaten van de vignetten	59
5.3	De vignetbijeenvolgingen	63
6	Conclusies, discussie en aanbevelingen	65
6.1	Conclusies	65
6.1.1	Wat zijn de wensen en verwachtingen van patiënten ten aanzien van toekomstige ziekenhuis servicepunten in Oss en Veghel?	65
6.1.2	Welke keuzes zullen patiënten in de toekomst maken als het gaat om de ziekenhuiszorg in de regio Oss-Uden-Veghel?	67
6.2	Discussie	67
6.3	Aanbevelingen	70
6.3.1	Wat moet er volgens patiënten in ieder geval aan zorg op de servicepunten gegarandeerd worden?	70
6.3.2	Aan welke voorwaarden moet de ziekenhuiszorg daarbij voldoen?	71
6.3.3	Wat maakt de keuze voor het servicepunt aantrekkelijker?	71
6.3.4	Welke verschillen zijn er in verwachtingen en voorkeuren voor het servicepunt in Oss en het servicepunt in Veghel?	71
	Literatuur	73
	Bijlagen:	
	Bijlage 1: Kaart regio Oss-Uden-Veghel	77
	Bijlage 2: Resultaten focusgroep	79
	Bijlage 3: Vragenlijst Ziekenhuis Service Punten Bernhoven	81
	Bijlage 4: Factoroplossing verwachtingen ziekenhuiszorg	95
	Bijlage 5: Vignetten	97
	Bijlage 6: Multivariate analyse functies servicepunten	101

Samenvatting

Ziekenhuis Bernhoven heeft plannen voor de bouw van één nieuwe locatie ter vervanging van de twee huidige locaties in Oss en Veghel. Het nieuwe ziekenhuis komt in Uden-Noord, centraal in het verzorgingsgebied Oss-Uden-Veghel, en moet gereed zijn in 2012. Op de huidige locaties komen dan ziekenhuis servicepunten (ZSP's) of steunpunten voor ambulante medisch specialistische planbare zorg. Deze servicepunten zullen zorg bieden voor met name ouderen en chronisch zieken. Het ziekenhuis wil op een patiëntgerichte manier invulling geven aan deze servicepunten. Hiertoe heeft het NIVEL een raadpleging uitgevoerd onder oudere en chronisch zieke patiënten van ziekenhuis Bernhoven. De vraagstellingen van dit onderzoek waren:

- 1 *'Wat zijn de wensen en verwachtingen van patiënten ten aanzien van toekomstige Ziekenhuis Service Punten in Oss en Veghel?'*
- 2 *'Welke keuzes zullen patiënten in de toekomst maken als het gaat om de ziekenhuiszorg in de regio Oss-Uden-Veghel, en waarom?'*

Met een schriftelijke vragenlijst zijn 1.477 patiënten geraadpleegd. De respons op het vragenlijstonderzoek was 72%. Respondenten zijn onder andere gevraagd naar hun voorkeuren voor ziekenhuiszorg en functies voor de servicepunten, hun toekomstige zorggebruik en mening over de verhuizing van ziekenhuis Bernhoven. Naast het vragenlijstonderzoek heeft een vignetonderzoek plaatsgevonden. Hiervoor zijn tijdens twee bijeenkomsten vignetten of situatieschetsen aan 75 respondenten voorgelegd. De situatieschetsen hadden betrekking op drie situaties: hartfilmpje, voorbereiding heup-/knie-operatie en diabetespreekuur. Bij elke situatieschets werden respondenten gevraagd of zij zouden kiezen voor een bezoek aan het nieuwe ziekenhuis of aan het servicepunt, op de huidige locatie.

De oudere en chronisch zieke patiënten stellen de volgende prioriteiten wat betreft de **functies** die de servicepunten zouden moeten vervullen:

- 1 Mogelijkheden voor onderzoek: 90% van de patiënten vindt dit (heel) belangrijk. Daarbij vinden de respondenten de mogelijkheid om bloed te laten prikken het meest belangrijk, waarna de mogelijkheid voor röntgen-, echoscopie- en hart- en longfunctie onderzoek volgen. Ouderen vinden deze mogelijkheden nog belangrijker dan jongeren. Ook de mogelijkheid voor onderzoek en afspraken ter voorbereiding op een operatie vinden respondenten in meerderheid belangrijk.
- 2 Spreekuren met specialisten en gespecialiseerd verpleegkundigen: volgens 80% van de respondenten moeten de servicepunten spreekuren bieden. Patiënten hechten een groter belang aan spreekuren met specialisten dan met gespecialiseerd verpleegkundigen. Als patiënten mogen kiezen voor welke aandoeningen en

specialismen deze spreekuren er moeten komen, geven zij prioriteit aan spreekuren voor de meest voorkomende ziekten en aandoeningen. Dit betreft dan in elk geval hart- en vaatziekten, diabetes, longziekten en aandoeningen van het bewegingsapparaat. De oogarts, internist en cardioloog zijn de meest geconsulteerde specialisten. Deze specialismen zouden in ieder geval op de servicepunten vertegenwoordigd moeten zijn.

- 3 Paramedische zorg op de servicepunten, fysiotherapie, ergotherapie, diëtetiek en logopedie, wordt door meer dan de helft (57%) van de respondenten belangrijk gevonden.
- 4 Informatiebalies en uitleenmogelijkheid maken de servicepunten voor ouderen en chronisch zieken extra aantrekkelijk. Circa de helft van de patiënten vindt een balie of contactpersoon voor informatie over ziekte en gezondheid, of voor vragen over wonen en zorg belangrijk (respectievelijk 55% en 40%). Ook vindt ongeveer de helft (55%) een uitleen- of verkooppunt voor hulpmiddelen belangrijk op de servicepunten. Met name ouderen en laagopgeleiden hechten aan deze functies.
- 5 Een apotheek wordt eveneens door de helft van de patiënten (50%) belangrijk gevonden. Vooral laagopgeleiden en patiënten die vaak naar de specialist gaan hebben belang bij een apotheek op de servicepunten.

Daarbij hebben patiënten de volgende **verwachtingen** ten aanzien van de ziekenhuiszorg en zorg op de servicepunten:

- 1 Continuïteit van zorg is voor oudere en chronisch zieke patiënten van ziekenhuis Bernhoven het meest belangrijke aspect van ziekenhuiszorg. Goed overleg tussen zorgverleners, de mogelijkheid om steeds dezelfde specialist te zien en aansluitende afspraken zijn voor bijna alle patiënten (>90%) (heel) belangrijk.
- 2 Daarnaast is het belangrijk voor deze patiënten (86%) dat de zorg dichtbij huis geboden wordt.
- 3 Ook de planning en tijdigheid van zorg vinden de patiënten (heel) belangrijk. Patiënten verwachten binnen twee weken bij een specialist terecht te kunnen (96% vindt dit belangrijk) en niet langer dan vijftien minuten te hoeven wachten in de wachtkamer (75% vindt dit belangrijk).
- 4 Patiënten (83%) hechten eraan om alle zorg op één locatie te ontvangen.
- 5 Tot slot vinden patiënten een goede bereikbaarheid belangrijk: een grote meerderheid (86%) hecht aan ruime parkeermogelijkheden en meer dan driekwart van de patiënten vindt een goede bereikbaarheid met het openbaar vervoer (83%) en met de deeltaxi (75%) belangrijk.

Een minderheid van de patiënten in de regio Oss en Veghel (respectievelijk 27% en 36%) is voorstander van de verhuizing van Bernhoven. Met name patiënten die geen auto hebben voor vervoer naar het ziekenhuis, patiënten met een langere reisafstand tot het nieuwe ziekenhuis, patiënten met een slechte gezondheid, en ouders van chronisch zieke kinderen zien de komst van het nieuwe ziekenhuis niet als een verbetering. Toch vindt circa 90% van de patiënten uit de regio Oss en Veghel de inrichting van servicepunten een goed idee. Desalniettemin vindt een meerderheid van de patiënten (72%) een servicepunt zonder spoedeisende hulp “niets waard”. Vooral patiënten met een lange

reisafstand naar het nieuwe ziekenhuis en patiënten zonder eigen auto zijn tegen de verhuizing van ziekenhuis Bernhoven en vestigen hun hoop op de servicepunten. Patiënten voor wie één van de servicepunten dichterbij huis zal zijn dan het nieuwe ziekenhuis in Uden, willen in de toekomst het liefst naar het servicepunt. Voor controle-afspraken en spreekuren kiezen patiënten het vaakst voor een bezoek aan het servicepunt. Driekwart van de patiënten in Oss wil voor een spreekuurafpraak in de toekomst naar het servicepunt. In Veghel wil tweederde van de respondenten dit. De reisbereidheid naar het nieuwe ziekenhuis lijkt groter in het geval onderzoek en afspraken ter voorbereiding op een operatie; dan wil 38% van de patiënten in de regio Oss en 50% van de patiënten in de regio Veghel naar het ziekenhuis.

Uit het vignetonderzoek blijkt dat patiënten duidelijke voorwaarden stellen bij hun voorkeur voor het servicepunt: zij willen hun eigen specialist kunnen zien, een korte wachtlijst (minder dan twee weken) voor een afspraak en aansluitende afspraken op één dag. Als de zorg op het servicepunt hier niet aan voldoet, zullen patiënten vaker kiezen voor een bezoek aan het ziekenhuis. Vooral patiënten die niet met een auto kunnen reizen en patiënten met een langere reisafstand zullen vaker voor het servicepunt kiezen. Daarentegen kiezen ouderen, laagopgeleiden en patiënten met beperkingen eerder voor een bezoek aan het ziekenhuis. Patiënten die meer complexe zorg nodig hebben, lijken eerder voor een bezoek aan het ziekenhuis te kiezen, omdat zij daar voor een breder scala aan gezondheidsproblemen terecht kunnen.

Op basis van de resultaten van het onderzoek zijn er geen redenen om de toekomstige servicepunten in Oss en Veghel verschillend in te vullen. Zowel wat betreft de wensen ten aanzien van de functies, als wat betreft de verwachtingen van ziekenhuiszorg verschillen de respondenten in de twee regio's niet beduidend van elkaar. Alleen lijkt de apotheek-functie in Veghel minder van belang. Wel moet voor de regio Oss rekening worden gehouden met een groter adherentieverlies (maximaal 14%) dan voor de regio Veghel (9%). De reisafstand stijgt ook het meest voor patiënten uit de regio Oss (van gemiddeld 6 naar 16 kilometer, en voor de regio Veghel van 9 naar 11 kilometer). Door een vraaggestuurde inrichting van de servicepunten voor de meest voorkomende planbare en ambulante zorg kan ziekenhuis Bernhoven grotendeels tegemoetkomen aan de wensen van patiënten in Oss en Veghel en wordt het adherentieverlies mogelijk beperkt. Met name voor de kortdurende consulten en gecombineerde afspraken (bijvoorbeeld voor multidisciplinaire spreekuren) willen patiënten op de servicepunten terecht kunnen. De aanbeveling is dan ook om de servicepunten zo in te richten dat de zorg voor ouderen en chronisch zieken voor de meest voorkomende onderzoeken en spreekuren op de servicepunten geboden wordt.

1 Inleiding

Ziekenhuis Bernhoven werkt al een aantal jaren aan plannen voor de bouw van een nieuw ziekenhuis, dat de huidige twee locaties moet vervangen. In plaats van twee regionale ziekenhuizen krijgt de regio Oss-Uden-Veghel dan één algemeen ziekenhuis, op een centrale locatie, in Uden-Noord. Bernhoven vormt een duidelijk voorbeeld van de ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg. Er is sprake van een aanhoudende fusiegolf, zorg wordt steeds vaker poliklinisch en in dagbehandeling verleend, en gefuseerde ziekenhuizen kiezen er dikwijls voor om specifieke functies op één locatie te concentreren. Daarbij is er een trend dat ziekenhuizen zich steeds meer richten op ‘de buitenwereld’: er wordt in toenemende mate samenwerking gezocht met andere, regionale partners in de zorgverlening.

Net als andere ziekenhuizen wil Bernhoven de zorg echter wel toegankelijk en bereikbaar houden voor patiënten. Het ziekenhuis wil daarvoor op de bestaande locaties (Oss en Veghel) ziekenhuis servicepunten inrichten, waar decentraal zorg wordt geboden. Om vraaggestuurd invulling te kunnen geven aan die servicepunten heeft het NIVEL, met subsidie van ziekenhuis Bernhoven, een onderzoek uitgevoerd onder oudere en chronisch zieke patiënten van het ziekenhuis. Dit rapport beschrijft de resultaten van het onderzoek naar de wensen en verwachtingen van ouderen en chronisch zieken ten aanzien van de toekomstige ziekenhuis servicepunten.

1.1 Bernhoven als één-locatie ziekenhuis met twee servicepunten

Ziekenhuis Bernhoven is een algemeen ziekenhuis in oostelijk Noord-Brabant. Het ziekenhuis bedient inwoners van de regio Oss-Uden-Veghel. Het ziekenhuis heeft twee locaties, één in Oss en één in Veghel. Bernhoven ontstond op 1 januari 2000 uit een fusie tussen het Sint Anna ziekenhuis in Oss en het Sint Joseph ziekenhuis in Veghel. De locatie Oss heeft in 2006 220 bedden en de locatie in Veghel 207. Beide locaties hebben een polikliniek waar de gebruikelijke specialismen zijn vertegenwoordigd. Bernhoven is, met 427 bedden in totaal, voor de huidige Nederlandse situatie een relatief klein ziekenhuis. Het ziekenhuis stelt zichzelf tot doel om doelmatige en kwalitatief hoogwaardige medisch specialistische basiszorg te bieden aan de inwoners van de regio, deze zorg wordt zo dicht mogelijk bij huis geleverd op het optimale behandelmoment, rekening houdend met de wensen en mogelijkheden van de patiënt (ziekenhuis Bernhoven, 2005).

Het ziekenhuis heeft plannen voor de bouw van een nieuwe centrale locatie, onder andere vanwege veroudering van de huidige locaties. Als plaats voor de nieuwbouw is uiteindelijk Uden-Noord gekozen dat centraal ligt in het verzorgingsgebied, de regio Oss-

Uden-Veghel (zie bijlage 1). Het nieuwe ziekenhuis moet gereed zijn in 2012. Het ministerie van VWS heeft het ziekenhuis toestemming gegeven voor de concentratie-nieuwbouw, met als voorwaarde dat aandacht besteed wordt aan de wijze waarop vanuit steunpunten op de locaties in Oss en Veghel planbare (medisch specialistische) ambulante zorg kan worden geboden aan met name chronische (oudere) patiënten met specifieke aandoeningen (Boereboom, 2006). Deze steunpunten worden ook wel Ziekenhuis Service Punten (ZSP's) genoemd (ziekenhuis Bernhoven, 2006). Over de invulling van de servicepunten moet overlegd worden met stakeholders, waaronder patiëntenorganisaties.

Het ziekenhuis zal de komende jaren invulling geven aan de ZSP's als laagdrempelige locaties voor medisch specialistische zorgverlening. Uitgangspunten van Bernhoven voor de ZSP's zijn een goede toegankelijkheid en bereikbaarheid voor patiënten. De invulling van ZSP's moet realistisch zijn, de zorg moet medisch en financieel gezien op de ZSP's geleverd kunnen worden. Bij de ontwikkeling van ZSP's ligt bovendien de focus op samenwerking met huisartsen en facilitering van diagnostiek in de eerstelijns. Er wordt bedoeld op een naadloze aansluiting op het zorgaanbod in de regio. De ZSP's of servicepunten zullen deel uitmaken van bredere zorgsteunpunten die naast medisch specialistische zorg, ook aanvullende services en diensten bieden, zoals een apotheek en een hulpmiddelen-uitleen. In deze bredere zorgsteunpunten werken aanbieders van wonen, zorg en welzijn samen om geïntegreerde zorg voor cliënten te organiseren (Zorgnetwerk Oss Uden Veghel, 2004). Onder de omschrijving planbare (medisch specialistische) ambulante zorg, dat op de servicepunten geboden zal worden, vallen voornamelijk poliklinische controles door specialisten of gespecialiseerd verpleegkundigen, preoperatieve screening, poliklinische nazorg (bijvoorbeeld wondcontrole), multidisciplinaire polikliniek/spreekuren (bijvoorbeeld voor diabetes- of CVA-patiënten), diagnostiek en onderzoek (röntgendiagnostiek, ECG, echo, aanvullende diagnostiek, bloedprikpoli) en patiëntenvoorlichting (ziekenhuis Bernhoven, 2003).

1.2 Achtergrond

Een groot aantal ziekenhuizen is in de afgelopen decennia gefuseerd en een groot aantal kleinere ziekenhuizen heeft haar deuren gesloten (Hartog, 2004). Ziekenhuizen kiezen er steeds vaker voor om vanuit grote regionale locaties zorg te leveren. Zij geven hiervoor redenen aan als personeelsgebrek en de noodzaak om doelmatigheidswinst en kwaliteitsverbetering te behalen (Casparie, 2001). Volgens onderzoek zijn ziekenhuizen met meer dan 200 en minder dan 600 bedden het meest kostenefficiënt (Posnet, 2002). Bewijs voor de stelling dat groter dan 200 bedden met meer kwaliteit gepaard gaat, is niet geleverd. Er is een minimaal aantal ingrepen per jaar nodig om optimale vaardigheid van een specialist en van een team te krijgen. Maar in de Nederlandse ziekenhuizen ligt het jaarlijkse aantal voor de meeste ingrepen ruim boven de kritische grens. Ook andere factoren hebben invloed op de kwaliteit, zoals scholing en samenwerking. De fusiegolf in Nederland heeft nauwelijks effect gehad op de resultaten van algemene ziekenhuizen (Hartog, 2004). Door de fusiegolf in Nederland zijn de overlevingskansen van ziekenhuizen wel aanzienlijk toegenomen. Ook is het voor een groot ziekenhuis gemakkelijker om te voldoen aan de eis van het minimum aantal specialisten van

sommige specialistenverenigingen. En het is gemakkelijker om samenwerking tussen specialisten en tussen andere medewerkers te creëren in een één-locatie ziekenhuis. In de praktijk zullen grote ziekenhuizen of ziekenhuislocaties moeten bewijzen hoe en waarom zij kostenefficiënt zijn (Posnet, 2002).

Naast de concentratie van ziekenhuiszorg in grote instellingen is er ook sprake van decentralisatie. Door technologische ontwikkelingen worden complexere ingrepen mogelijk, maar ook worden ingrepen die voorheen complex waren steeds eenvoudiger uit te voeren (Ruysbroek et al., 2006). Hierdoor zijn minder en kortere opnames nodig. Zorg vindt vaker poliklinisch plaats. De zorg kan dus ook gemakkelijker decentraal en buiten het ziekenhuis geleverd worden. Grotere zorginstellingen zullen zich daarom richten op ambulante zorgvormen dichtbij huis. Hiermee wil men de zorg bereikbaar houden en inspelen op de wensen van burgers.

Burgers hebben hoge verwachtingen van de gezondheidszorg. Zowel aan de kwaliteit als de bereikbaarheid van de zorg worden hoge eisen gesteld; burgers willen goede zorg dichtbij huis (Van Rijen, 2003). Maar in een publiek gefinancierd stelsel is er een beperkt budget om deze verwachtingen te realiseren (Rosén et al., 2002). Er moeten onvermijdelijk keuzes worden gemaakt bij de inrichting van zorgvoorzieningen. Een vraaggestuurde invulling van zorgvormen speelt in op datgene wat patiënten willen en belangrijk vinden (RVZ, 1998). Om afwegingen te maken die aansluiten bij wensen van burgers, is het nodig om het belang en de prioriteiten van patiënten of burgers te onderzoeken (Moayyedi et al., 2002). Bovendien kan door informatievoorziening, publieke debatten, maar ook door onderzoek op zich, de betrokkenheid bij prioritisering in de gezondheidszorg en het begrip onder burgers voor keuzes in de zorg worden vergroot (Rosén, 2006).

1.3 Doel en vraagstellingen van het onderzoek

Ziekenhuis Bernhoven wil vraaggestuurd invulling geven aan de Ziekenhuis Service Punten (ZSP's) in Oss en Veghel. Hiervoor is het nodig om de wensen en verwachtingen van patiënten in het verzorgingsgebied te onderzoeken. *Deze studie onder oudere en chronisch zieke patiënten van het ziekenhuis moet uitwijzen welke zorg patiënten willen ontvangen in de toekomstige steunpunten voor ambulante (medisch specialistische) planbare zorg.* Het onderzoek richt zich daarbij niet alleen op de wensen en verwachtingen van patiënten omtrent de toekomstige ZSP's. Het zal ook inzicht geven in de keuzes en overwegingen van patiënten om in de toekomst ofwel naar een lokaal/dichtstbijzijnd steunpunt of naar het nieuwe ziekenhuis te gaan.

De bijbehorende onderzoeksvragen luiden als volgt:

1 *'Wat zijn de wensen en verwachtingen van patiënten ten aanzien van toekomstige Ziekenhuis Service Punten in Oss en Veghel?'*

Concreet gaat het hier om twee deelvragen:

- a Welke functies en voorzieningen moet het servicepunt volgens patiënten bieden?
- b Aan welke eisen moet de zorg op de servicepunten volgens patiënten voldoen?

2 *'Welke keuzes zullen patiënten in de toekomst maken als het gaat om de ziekenhuiszorg in de regio Oss-Uden-Veghel, en waarom?'*

Deze vraag bestaat uit verschillende deelvragen:

- a Waar gaat de voorkeur van patiënten naar uit: willen ze in de toekomst zorg ontvangen op de servicepunten, of op de nieuwe locatie in Uden-Noord?
- b In welke situaties, voor welke soort zorg, kiezen patiënten voor een bezoek aan een servicepunt en wanneer voor zorg in het nieuwe ziekenhuis?
- c Zijn kenmerken van de zorg (bereikbaarheid/toegankelijkheid, wachttijd, continuïteit, etc.) of kenmerken van patiënten (sociaal-demografische variabelen, reistijd, vervoersmogelijkheden, etc.) doorslaggevend voor de keuze om in de toekomst al dan niet gebruik te gaan maken van de zorg op de servicepunten?

1.4 Leeswijzer

Dit rapport beschrijft achtereenvolgens de methoden en resultaten van verschillende deelonderzoeken: een literatuurstudie, een focusgroep, een vragenlijstonderzoek en een vignetonderzoek. Relevante thema's en voorbeelden uit de literatuur en de resultaten van een focusgroepsdiscussie legden de basis voor de uiteindelijke patiëntenraadpleging. Het vragenlijstonderzoek vormt de kern van het onderzoek. Het vignetonderzoek is een verdiepende studie naar de factoren die doorslaggevend zijn voor de keuzes van patiënten in de toekomst.

In hoofdstuk 2 wordt de methode voor elk deelonderzoek beschreven. Hoofdstuk 3 geeft voorbeelden uit de literatuur van de organisatie van medisch specialistische ambulante zorg. Deze zorgvormen kunnen als leidraad dienen voor de toekomstige servicepunten. Daarnaast geeft het hoofdstuk een overzicht van de literatuur op het gebied van wensen en verwachtingen van patiënten ten aanzien van ziekenhuiszorg. De resultaten van het vragenlijstonderzoek onder chronisch zieke en oudere patiënten van ziekenhuis Bernhoven worden uiteengezet in hoofdstuk 4. Hier worden de wensen en verwachtingen van patiënten ten aanzien van de ziekenhuis servicepunten uitvoerig beschreven. Hoofdstuk 5 gaat over de resultaten van het vignetonderzoek. Hierin staan de keuzes van patiënten centraal en wordt beschreven in welke situaties en onder welke voorwaarden patiënten kiezen voor het servicepunt of het ziekenhuis. Hoofdstuk 6 bevat de belangrijkste conclusies, een discussie van de resultaten, en aanbevelingen voor de toekomstige ziekenhuis servicepunten.

2 Methode

Een vragenlijstonderzoek onder oudere en chronisch zieke patiënten van ziekenhuis Bernhoven vormt de kern van deze studie. Ter voorbereiding op het vragenlijstonderzoek is een literatuuronderzoek uitgevoerd en een focusgroepsdiscussie gehouden. Om prioriteiten in de keuzes van patiënten te verduidelijken is na het vragenlijstonderzoek een vignetonderzoek uitgevoerd tijdens twee bijeenkomsten in Veghel en Oss. De verschillende stappen en methoden van onderzoek worden hieronder toegelicht.

2.1 Literatuurstudie

Doel van de literatuurstudie was het verkrijgen van inzicht in soortgelijke zorgvormen als de beoogde ziekenhuis servicepunten en de voor- en nadelen hiervan. Daarnaast zijn met het literatuuronderzoek relevante thema's voor de vragenlijst vastgesteld, waaronder wensen en voorkeuren van patiënten en de achtergrondkenmerken van patiënten die hierbij een rol spelen. De literatuurstudie is niet uitputtend, maar verkennend bedoeld.

De literatuurstudie omvat een zoektocht in PubMed en in de NIVEL catalogus naar publicaties vanaf 1995. Er werd gezocht op de trefwoorden: ziekenhuizen, poliklinieken, ambulante zorg, ketenzorg, transmurale zorg en continuïteit van zorg, in combinatie met patiëntgerichtheid, vraaggestuurde zorg, patiëntenparticipatie, patiëntenfeedback, patiëntensatisfactie of patiëntenraadpleging. De zoekactie in PubMed is beperkt tot artikelen met abstract die in het Engels of in het Nederlands zijn geschreven. In PubMed heeft dit 164 treffers opgeleverd. In de NIVEL catalogus werden 222 treffers gevonden.

In PubMed is nog een aanvullende zoektocht uitgevoerd. Naast de eerdergenoemde trefwoorden zijn hierbij ook trefwoorden van soorten zorg opgenomen. Voorbeelden van deze trefwoorden zijn nazorg, preoperatieve zorg en integrale zorg. In deze zoektocht zijn artikelen met de trefwoorden geestelijke gezondheidszorg, psychiatrie, palliatieve zorg en terminale zorg buitengesloten. Het resultaat van deze meer uitgebreide zoekactie waren 747 treffers. Van deze treffers zijn alleen de 144 publicaties uit de jaren 2005 en 2006 gescreend op relevantie.

Naast deze zoekacties in de catalogi is literatuur gevonden door literatuurverwijzingen in de gevonden documenten en door adviezen van collega onderzoekers. Alle literatuur is gescreend op relevantie voor de vraagstelling of voor de methode van dit onderzoek, op basis van de titel en/of het abstract. In totaal zijn 66 referenties gebruikt in het onderzoek.

2.2 Focusgroep

Naast het literatuuronderzoek is een focusgroep bijeenkomst gehouden om thema's voor de vragenlijst te selecteren. De deelnemers van de focusgroep waren vertegenwoordigers van een patiënten-, gehandicapten- of ouderenorganisatie. Tien cliëntenraden en gehandicapten- of ouderenorganisaties zijn uitgenodigd voor deelname aan de focusgroep. Negen deelnemers vertegenwoordigden uiteindelijk zes van deze organisaties. Zij spraken vaak zowel vanuit eigen ervaring, als vanuit hun rol als vertegenwoordigers van hun achterban.

Voor de focusgroep was een semi-gestructureerd interviewprotocol opgesteld. De focusgroepsdiscussie is op cassette opgenomen en in zijn geheel uitgetypt. Een kort verslag van de focusgroep is te vinden in bijlage 2. Op basis van de resultaten van de focusgroep zijn de thema's bereikbaarheid, toegankelijkheid en continuïteit geselecteerd als belangrijke onderwerpen voor de vragenlijst. Ook zijn de functies en voorzieningen voor de servicepunten waar de deelnemers prioriteit aan gaven, zoals onderzoek en spreekuren, meegenomen als items voor het vragenlijstonderzoek.

2.3 Onderzoekspopulatie en steekproeftrekking

Voor een goed beeld van de onderzoekspopulatie volgt hieronder een globale beschrijving van de bevolking in het verzorgingsgebied van Ziekenhuis Bernhoven. De leeftijdsopbouw, levensverwachting en het specialistenbezoek worden daarbij vergeleken met landelijke gegevens. Vervolgens wordt de steekproeftrekking verantwoord.

2.3.1 *Bevolkingskenmerken en zorggebruik regio Oss-Uden-Veghel*

De gemeenten in de regio Oss-Uden-Veghel hebben een voor Nederland vrij gemiddelde leeftijdsverdeling van 20 tot 25 ouderen (65-plussers) op de 100 inwoners tussen de 20 en 64 jaar. Het percentage ouderen in de bevolking ligt tussen de 12 en 14% (RIVM, 2006). Het gebied heeft echter een lagere bevolkingsgroei dan het landelijk gemiddelde en het aandeel ouderen neemt sneller toe dan gemiddeld in Nederland (Prismant, 2004). De levensverwachting ligt in de GGD regio Hart voor Brabant, waar de regio Oss-Uden-Veghel toe behoort, tussen de 78 tot 78,5 jaar. Deze levensverwachting ligt iets onder het landelijk gemiddelde van 78,8 jaar. De levensverwachting in goede ervaren gezondheid is 62,3. Het landelijk gemiddelde hiervan is 62,0 jaar. Dus terwijl de levensverwachting iets onder het landelijk gemiddelde ligt, is de levensverwachting in goede gezondheid ongeveer gelijk aan het landelijk gemiddelde (RIVM, 2006).

Het specialistenbezoek in de regio ligt iets onder het landelijk gemiddelde. Gemiddeld bezoekt 37,4 tot 39,9 % van de burgers in de GGD regio hart voor Brabant minstens een keer per jaar een specialist (RIVM, 2006). Landelijk bezoekt ongeveer 40% minstens een keer per jaar (gemiddeld 1,6 keer) een medisch specialist (Otten, 2004). Het aantal ziekenhuisopnames in de regio Oss-Uden-Veghel ligt iets boven het landelijk gemiddelde (Prismant, 2004).

2.3.2 Steekproeftrekking

De doelgroep van het onderzoek zijn ouderen en chronisch zieken die wonen in het verzorgingsgebied van ziekenhuis Bernhoven. De beste dekking van deze groep zou worden verkregen door het trekken van een steekproef uit de gemeentelijke basisadministratie. Het verzorgingsgebied is echter verdeeld over elf gemeenten en een aanvraag voor het trekken van steekproeven uit deze gemeentebestanden zou veel tijd in beslag nemen. Deze tijd was voor dit onderzoek niet beschikbaar. Daarom zijn voor de toezending van de vragenlijst steekproeven van ouderen en chronisch zieken getrokken uit de LAZR (Landelijke Ambulante Zorg Registratie) gegevens binnen het ZIS (Ziekenhuis Informatie Systeem) van ziekenhuis Bernhoven. De steekproeven zijn zo getrokken dat de onderzoeksgroep uit een evenredig aandeel ouderen en chronisch zieken bestaat (50% 65-plussers en 50% chronisch zieken onder de 65 jaar).

In de steekproef van ouderen zijn de patiënten geselecteerd die aan de volgende inclusiecriteria voldeden:

- 1 een geboortedatum van 1 oktober 1941 of eerder;
- 2 minstens één polikliniekafspraak op één van de locaties van ziekenhuis Bernhoven in de periode van 1 juni 2004 tot 1 juni 2006.

In het ZIS voldeden 23.283 patiënten aan deze criteria. Uit deze populatie is een steekproef van 1.013 ouderen getrokken door elke 23^e patiënt in de populatie te selecteren.

Voor benadering van de doelgroep chronisch zieken zijn binnen het ZIS patiënten geselecteerd die aan de volgende inclusiecriteria voldeden:

- 1 een geboortedatum na 1 oktober 1941;
- 2 minstens één polikliniekafspraak in de periode van 1 juni 2004 tot 1 juni 2006;
- 3 aan het bezoek is een Diagnose Behandelings Combinatie (DBC) met zorgtype 21 toegekend. Dit zorgtype duidt op de vervolgperiode van de behandeling, ingaand op het moment dat de anamnese, diagnose en initiële behandeling zijn afgerond. Een zorgtype 21 is bedoeld voor chronische poliklinische consultatie (zie ook www.dbconderhoud.nl);
- 4 met een startdatum van de initiële periode bij de betreffende specialist voor 1 juni 2005;
- 5 de specialismen verloskunde, neurochirurgie en orthopedie zijn in de steekproeftrekking van chronisch zieken uitgesloten. Deze specialismen zien relatief weinig chronisch zieken en/of vallen buiten het aandachtsgebied van dit onderzoek.

Op basis van deze criteria werd een populatie van 7.318 chronisch zieken gevonden. Elke zesde patiënt uit deze populatie is geselecteerd in een steekproef van 1.220 patiënten.

Om de representativiteit van deze steekproeven uit het ZIS te controleren is een vergelijking gemaakt voor geslacht en leeftijd. De man/vrouw verhouding in de steekproef ouderen (45% mannen en 55% vrouwen) verschilt nauwelijks van die van de populatie ouderen (44% mannen en 56% vrouwen). De gemiddelde leeftijd van de groep ouderen is zowel in de steekproef als in de populatie 75 jaar. In de populatie chronisch zieken is de gemiddelde leeftijd 34. In de steekproef is deze 43 met een standaarddeviatie

van 19, dus niet significant verschillend van de totale populatie. Met 45% mannen en 55% vrouwen in de steekproef tegenover respectievelijk 47% en 53% in de populatie, is de steekproef chronisch zieken wat betreft de man/vrouw verhouding zeker representatief. Dus al met al zijn de steekproeven voor ouderen en chronisch zieken representatief voor de populatie voor wat betreft leeftijd en geslacht.

2.4 Het vragenlijstonderzoek

2.4.1 Opzet van de vragenlijst

Voor de raadpleging van chronisch zieke en oudere patiënten van ziekenhuis Bernhoven, is een vragenlijst ontwikkeld. De vragenlijst is opgesteld aan de hand van de QUOTE-systematiek (zie Sixma et al., 1998). Onderwerpen die als relevant naar voren kwamen uit het literatuuronderzoek en de focusgroepsdiscussie zijn vertaald naar zogenaamde ‘belangvragen’. Deze belangvragen gaan over de verschillende mogelijke zorgfuncties en de bereikbaarheid, toegankelijkheid en continuïteit van de zorg van de servicepunten. Met behulp van vragen die een situatie omschrijven waarin om een keuze tussen steunpunten en het ziekenhuis wordt gevraagd, zijn de keuzes van patiënten omtrent het toekomstige zorggebruik (lokaal versus centraal) en de ‘reisbereidheid’ verder in kaart gebracht. De attitude van respondenten ten opzichte van de verandering is gepeild met een aantal stellingen. De vragenlijst eindigt met open vragen waarmee specifieke verwachtingen van patiënten ten aanzien van de toekomstige veranderingen zijn geïnventariseerd. De vragenlijst begint met vragen naar achtergrondkenmerken van respondenten. Dit zijn vragen naar sociaal-demografische en gezondheidskenmerken, recent zorggebruik en vervoersmogelijkheden naar het ziekenhuis. In tabel 2.1 staat de inhoud van de vragenlijst globaal weergegeven.

De concept vragenlijst is voor commentaar aan de deelnemers van de focusgroep toegestuurd, waarbij specifiek naar duidelijkheid, begrijpelijkheid en relevantie van de enquête is gevraagd. Van drie focusgroep deelnemers is binnen de antwoordtermijn een reactie ontvangen. Naar aanleiding van dit commentaar zijn een aantal vragen duidelijker geformuleerd en zijn antwoordcategorieën van meerkeuzevragen aangepast. De definitieve vragenlijst is opgenomen in bijlage 3.

Tabel 2.1 Inhoud van de vragenlijst

Onderwerpen	Vragen naar..
Achtergrondgegevens	geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, viercijferige postcode, mate van beperking, ervaren gezondheid en chronische ziekte
Zorggebruik in 2005	frequentie van huisartsencontact, contact met huisartsenpost, contacten met specialisten, ziekenhuisopname, bezoek aan andere ziekenhuizen dan Bernhoven
Vervoer	dichtstbijzijnde locatie, manier van vervoer naar het ziekenhuis, alleen of met iemand anders naar het ziekenhuis, huidige en toekomstige reistijd
Verwachtingen ten aanzien van ziekenhuiszorg (belangvragen)	bereikbaarheid, toegankelijkheid en continuïteit van de zorg
Wensen ten aanzien van de ziekenhuis servicepunten (belangvragen)	onderzoek, consulten, spreekuren en overige voorzieningen
Toekomstig gebruik van de ziekenhuis servicepunten, ziekenhuis in Uden of ander ziekenhuis (keuzevragen)	situatieschetsen voor controle bij een specialist, consult met gespecialiseerd verpleegkundige en pre-operatieve screening
Attitude ten opzichte van de verandering (stellingen)	mening over de toekomstige situatie
Verwachtingen ten aanzien van de nieuwe situatie (open vragen)	‘grootste gemis’ en ‘grootste voordeel’ van de verhuizing van ziekenhuis Bernhoven

2.4.2 Analyse van vragenlijstgegevens

Alle analyses zijn uitgevoerd met SPSS versie 11.5. Maar voordat de eigenlijke analyses konden plaatsvinden, moesten een aantal voorbereidende stappen worden uitgevoerd: datacontrole, indeling van respondenten in regio's, berekening van reisafstand en reistijd met een Drive Time Matrix, en een nadere indeling van de vragen naar verwachtingen over de ziekenhuiszorg in schalen. Vervolgens zijn beschrijvende, vergelijkende en verklarende analyses uitgevoerd. Hierbij werden de achtergrondkenmerken, wensen, meningen en verwachtingen van respondenten beschreven en vergeleken voor relevante regio's. Tot slot zijn enkele verklarende analyses uitgevoerd om de relatie tussen achtergrondkenmerken en de wensen, mening en verwachtingen van respondenten te onderzoeken. Hieronder worden de belangrijkste stappen kort toegelicht.

Indelingen in regio's

De respondenten zijn allereerst in twee regio's ingedeeld op basis van de huidige situatie en hun dichtstbijzijnde ziekenhuislocatie (vraag 14 in de vragenlijst): Oss of Veghel. Vervolgens is een regio 'buitengebied' gedefinieerd voor de personen die buiten het verzorgingsgebied van ziekenhuis Bernhoven wonen. Dit kon worden vastgesteld met de postcodegegevens (vraag 4 in de vragenlijst).

Voor de analyse van gegevens in relatie tot de toekomstige situatie zijn de respondenten uiteindelijk ingedeeld in vier regio's: Oss, Veghel, Uden en buitengebied. Voor deze indeling is de berekende reisafstand gebruikt (zie hieronder) en zijn respondenten die in het verzorgingsgebied wonen ingedeeld op basis van de dichtstbijzijnde toekomstige locatie.

Berekening en vergelijking reisafstand en reistijd

Met behulp van de viercijferige postcode (vraag 4) is voor alle respondenten de reisafstand en reistijd berekend naar de dichtstbijzijnde huidige ziekenhuislocatie (Oss of Veghel) en naar het nieuwe ziekenhuis (Uden-Noord). Dit is gedaan met het bestand Drive Time Matrix (DTM). Dit bestand bevat de snelste reistijd en de bijbehorende reisafstand over de weg (met een auto), van het geografische centrum van elk postcodegebied naar het centrum van elk ander postcodegebied (Geodan IT BV, 2006). In bijlage 1 is een kaart opgenomen van het verzorgingsgebied met de postcodegebieden en bijbehorende middelpunten. De basis van dit bestand is de vier-positie postcode kaart van Nederland en het stratennetwerk Eurostreets (versies 2006). Als respondenten aan de rand van een postcodegebied wonen, kan dit voor enige over- of onderschatting van de reisafstand en -tijd zorgen. Het verschil tussen het gebruikte startpunt en het werkelijke startpunt van de reis kan variëren van ongeveer 500 meter in de bebouwde kom tot twee kilometer in de landelijke gebieden. Maar bij een goede spreiding van respondenten over het geografische gebied, zal de vertekening op groepsniveau minimaal zijn. De DTM houdt geen rekening met wachttijden voor spoorwegovergangen of voor de pont.

Voor de berekening van de huidige en toekomstige reisafstand en reistijd zijn alleen de respondenten meegenomen die binnen het verzorgingsgebied van ziekenhuis Bernhoven wonen. De respondenten die in andere gemeenten wonen zijn vanwege soms extreem lange reistijden in deze berekening uitgesloten. Deze uitschieters zouden het gemiddelde teveel beïnvloeden. Eventuele verschillen in gemiddelde reisafstand en reistijd tussen respondenten voor wie de dichtstbijzijnde huidige locatie Oss is en de groep voor wie de dichtstbijzijnde locatie Veghel is zijn getoetst. Hiervoor zijn Student t-toetsen voor onafhankelijke steekproeven gebruikt, waarbij een significantieniveau van $p < 0,05$ is gehanteerd.

Schaalanalyses verwachtingen ziekenhuiszorg

Om de vragen naar de verwachtingen van patiënten omtrent de ziekenhuiszorg (belangvragen 19a t/m 19s) in te delen in betekenisvolle schalen, is een factoranalyse uitgevoerd. Dit betrof een principale componenten analyse met varimax rotatie, met als voorwaarde dat de factorladingen minimaal 0,40 moesten zijn. Vervolgens zijn betrouwbaarheidsanalyses uitgevoerd en zijn Cronbach's alpha's bepaald om de homogeniteit van de schalen vast te stellen. Deze schaalanalyses hebben geresulteerd in de volgende schalen: Continuïteit en planning van zorg ($\alpha=0,76$); Toegankelijkheid van zorg ($\alpha=0,80$); Bereikbaarheid via telefoon en e-mail ($\alpha=0,70$); en Bereikbaarheid vervoer ($\alpha=0,63$). De schaal 'continuïteit en planning van zorg' kon nog gesplitst worden in twee subschalen: continuïteit van zorg ($\alpha=0,67$), en planning ($\alpha=0,69$). De items over 'ziekenhuiszorg dichtbij huis' en 'op één locatie' bleven als losse items over omdat ze niet bij een schaal onder te brengen waren. Een uitgebreide verantwoording van deze

schaalanalyses is te vinden in bijlage 4. Voor verdere analyses zijn eerst gemiddelde belangscores berekend voor de vijf schalen en de losse items (zie tabel 4.12).

Vergelijkende en verklarende analyses

Verschillen tussen regio's of subgroepen (ouderen, chronische zieken) zijn getoetst met chi-kwadraat testen (bij vergelijking van twee groepen: regio's of wel/niet chronisch ziek), Kruskal-Wallis toetsen (voor ordinale variabelen), of Student t-testen (voor continue of intervalvariabelen zoals leeftijd). Hierbij is een significantieniveau van $p < 0,05$ gehanteerd.

De onderscheiden regio's (Oss, Uden, Veghel, buitengebied) zijn vergeleken op het belang dat respondenten hechten aan functies van de steunpunten en de meningen van respondenten over de veranderingen. Met een variantie-analyse is getoetst of de gemiddelde wensen en verwachtingen van elkaar verschillen (F-toets; $p < 0,05$). Een significante F-waarde wil zeggen dat niet alle groepsgemiddelden aan elkaar gelijk zijn (multivariate toets). Met de Bonferroni-toets is gekeken welke groepen van elkaar verschillen (univariate toets). Dit is gecontroleerd met Student-Newman-Keuls toetsen.

Met lineaire regressie is nagegaan of er een verband is tussen de achtergrondkenmerken van respondenten (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, chronische ziekte, gezondheid, mate van beperking, specialistencontact, afstand tot het ziekenhuis in Uden-Noord, autobezit en regio waar de respondent woont) en de verwachtingen over de ziekenhuiszorg. De achtergrondkenmerken zijn hierbij als onafhankelijke variabelen in het model ingevoerd, en de (schaal)scores voor hun verwachtingen als afhankelijke variabelen. De keuze voor de Enter-methode zorgde ervoor dat alle onafhankelijke variabelen in het model voor elkaar zijn gecorrigeerd.

Met multivariate analyse is de samenhang onderzocht tussen het belang dat respondenten hechten aan de functies of faciliteiten van de servicepunten en de achtergrondkenmerken van respondenten. Deze achtergrondkenmerken waren: leeftijd, geslacht, ervaren gezondheid en beperkingen, specialistbezoek, de afstand tot het nieuwe ziekenhuis in Uden-Noord, en vervoersmogelijkheden (of iemand wel of niet met een auto naar het ziekenhuis gaat).

Op een aantal antwoorden op de stellingen uit de vragenlijst (vraag 24) is een logistische regressie uitgevoerd. De eerder genoemde achtergrondkenmerken van respondenten zijn hierbij ingevoerd als onafhankelijke variabelen. Hiermee zijn kenmerken van de 'voorstanders' en 'tegenstanders' van de veranderingen achterhaald. Of het gekozen model past bij de data wordt getest met een chi-kwadraat toets. De Nagelkerke R^2 geeft het percentage verklaarde variantie weer. Met behulp van de Wald-statistic is het effect bepaald van de onafhankelijke variabelen op de toekomstige keuze voor het servicepunt. Met een correlatiematrix is gecontroleerd op multicollineariteit, en met staafdiagrammen is de normale verdeling van de error-componenten gecheckt.

2.5 Vignetonderzoek als keuzesimulatie

Het laatste onderdeel van deze studie betreft een vignetonderzoek. Voor een goed begrip van wat vignetonderzoek is, volgt hier eerst enige achtergrondinformatie over de methode en toepassingsmogelijkheden. Vervolgens worden de ontwikkeling van vignetten en de organisatie van twee bijeenkomsten voor dit onderzoek beschreven.

2.5.1 *Vignetonderzoek als methode voor prioritering*

Consumenten maken keuzes door het afwegen van een heel spectrum van attributies en voorkeuren (Leys, 2003). Vignetonderzoek of ‘conjoint analysis’ is een techniek om de waarde te achterhalen die consumenten toekennen aan verschillende kenmerken (attributen) van de vignetten. Een vignet is een korte omschrijving van een situatie, die relevant geachte informatie bevat en die wordt voorgelegd aan respondenten om een oordeel te krijgen over een beschreven situatie. Door de kenmerken van de situatie (de waarden op de diverse factoren) te variëren, ontstaat een veelheid aan uiteenlopende situaties (Veenma et al., 2004).

In vignetonderzoek moeten respondenten keuzes maken tussen vignetten door attributen (kenmerken) tegen elkaar af te wegen. Met het vignetonderzoek kan worden vastgesteld aan welke aspecten relatief het meeste belang wordt gehecht bij het maken van een keuze. De resultaten zijn daardoor realistischer dan die van attitude onderzoek, dat naar elk attribuut apart vraagt (Phillips et al., 2003).

De methode van vignetonderzoek heeft mogelijk ook nadelen. Voorkeuren van patiënten zijn gerelateerd aan hun verwachtingen. Daarmee is het verbonden aan ervaringen van patiënten in het verleden (Salkeld et al., 2000). Zo gaven patiënten die gewend waren aan een ‘one-stop visit’ aan een ziekenhuis, in een keuzesimulatie over zorg in een polikliniek extra prioriteit aan onmiddellijk onderzoek (Moayyedi et al., 2002). Daarnaast vereist vignetonderzoek, door het afwegen van attributen, ingewikkelde cognitieve processen. Het is onbekend of vignetonderzoek een betrouwbaar beeld kan geven van de voorkeuren van mensen met een laag opleidingsniveau of mensen die weinig ervaring hebben met de gezondheidszorg. Er is aangetoond dat respondenten met een laag inkomen en respondenten die moeite hebben met lezen voorkeuren voor behandeling voor depressie kunnen aangeven in vignetonderzoek (Dwight-Johnson et al., 2004). Ook is vignetonderzoek bekend naar voorkeuren van patiënten voor de organisatie van een polikliniek voor gastro-enterologie (Moayyedi et al., 2002). Over de inrichting van een buitenpolikliniek is in de literatuur geen vignetonderzoek gevonden.

2.5.2 *Ontwikkeling van de vignetten*

De vignetten in dit onderzoek zijn beschrijvingen van het zorgaanbod van het servicepunt, met daarnaast - ter vergelijking - een omschrijving van de zorg in het nieuwe ziekenhuis. Patiënten werden daarbij steeds gevraagd te kiezen tussen zorg op het

servicepunt of in het ziekenhuis. Daarbij fungeerde de omschrijving van het ziekenhuis steeds als referentiekader.

Op basis van de belangscores uit het vragenlijstonderzoek, zijn de meest belangrijke functies voor de servicepunten als onderwerpen voor de vignetten gekozen: a) onderzoek, b) pre-operatieve screening en c) behandeling/nazorg. In overleg met Bernhoven zijn voor deze drie functies aansprekende voorbeelden geformuleerd. Dit zijn:

- a ecg onderzoek (hartfilmpje);
- b voorbereiding voor een heup- of knie operatie;
- c behandeling/controle (spreekuur) bij diabetes.

Vervolgens zijn attributen of kenmerken voor de vignetten geselecteerd. Dit gebeurde op basis van de belangscores die respondenten in het vragenlijstonderzoek aan kenmerken van de ziekenhuiszorg hebben toegekend, waarbij de kenmerken met de hoogste belangscores zijn geselecteerd. Een criterium voor de factoren was wel dat ze relevant en stuurbaar moeten zijn; er moet beleid op gemaakt kunnen worden. De factoren deskundigheid en bejegening zijn hierdoor niet geschikt voor de vignetten. Deze factoren moeten immers overal en altijd gewaarborgd zijn, en daarin mogen het nieuwe ziekenhuis en de ziekenhuis servicepunten niet van elkaar verschillen. Andere criteria voor de selectie van kenmerken was dat ze realistisch en zo onafhankelijk mogelijk van elkaar moesten zijn. Zo konden bijvoorbeeld geen combinaties voorkomen van ‘aansluitende afspraken’ en ‘afspraken op dezelfde locatie’. En bij de situatie van het hartfilmpje is het kenmerk wachtlijst (wachtijd voor een afspraak) niet geselecteerd, omdat het maken van een ecg op inloop kan.

Voor de drie genoemde situaties is in overleg met Bernhoven een beschrijving van het zorgaanbod in het servicepunt en in het ziekenhuis gemaakt. De vignetten werden opgesteld door de verschillende waarden van de gekozen kenmerken te combineren (zie tabel 2.2). Voor de situaties hartfilmpje (ecg) en voorbereiding voor heup-/knie-operatie leidde de combinatie van drie factoren met elk twee waarden (2^3) tot acht vignetten. Voor de situatie spreekuur diabetes waren door de combinatie van vier factoren met elk twee waarden (2^4) 16 vignetten. Uit deze laatste 16 vignetten is een orthogonale steekproef van 8 vignetten getrokken. Met een orthogonale steekproef kunnen hoofdeffecten van variabelen worden onderzocht. De veronderstelling daarbij is dat er geen sprake is van interactie effecten. Uiteindelijk waren er dus 24 vignetten, alle respondenten kregen deze zelfde vignetten voorgelegd.

Tabel 2.2 Omschrijving van de vignetten: de kenmerken en bijbehorende waarden voor de verschillende situaties

	Kenmerken	Hartfilmpje (ecg) (8 vignetten)	Vorbereiding voor heup-/knie- operatie (8 vignetten)	Spreekuur diabetes (8 vignetten)
1	Interpersoonlijke continuïteit (zelfde zorgverlener)	x	ja/nee	ja/nee
2	Afspraken aansluitend aan elkaar gepland	x	ja/nee	ja/nee
3	Afspraken op dezelfde locatie	ja/nee	x	x
4	Wachttijd in wachtkamer (korter dan 15 minuten)	ja/nee	ja/nee	x
5	Wachtljst (korter dan 2 weken)	x	x	ja/nee
6	Balie of contactpersoon voor vragen over ziekte en gezondheid	ja/nee	x	ja/nee

x = niet van toepassing voor de betreffende situatie

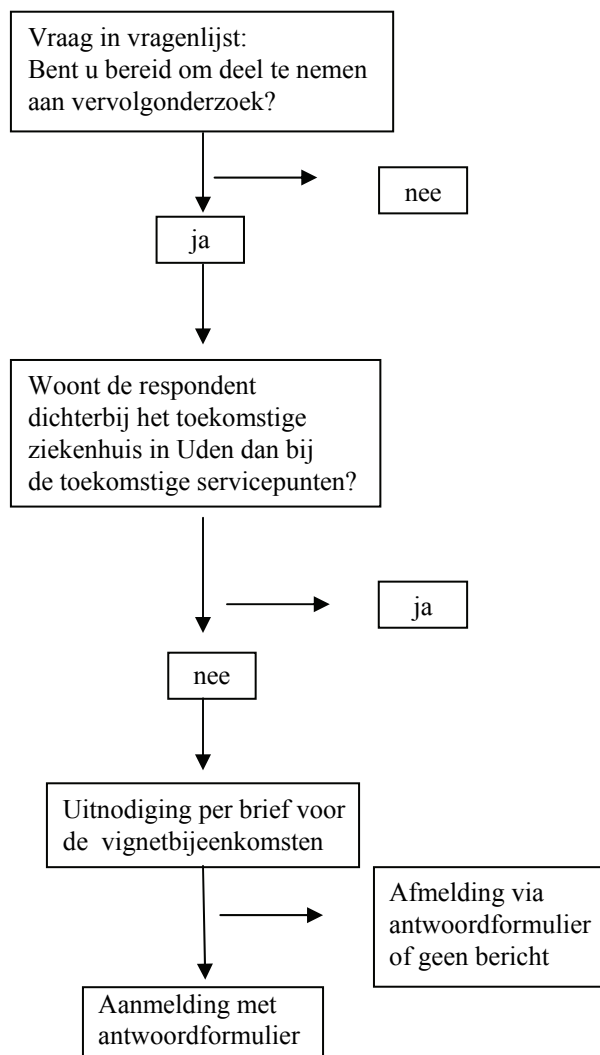
Uiteindelijk werden drie vignetboekjes samengesteld, met voor elke situatie acht vignetten (zie bijlage 5 voor een voorbeeldvignet voor elke situatie). Boven het vignet dat de situatie in het servicepunt beschrijft stond in het vignetboekje de beschrijving van de situatie in het ziekenhuis. Deze situatie in het ziekenhuis was steeds hetzelfde, de kenmerken hiervan varieerden niet. De beschrijving van de situatie in het ziekenhuis had steeds de meest positieve waarde voor elk kenmerk. Deze keuze is gemaakt om voldoende differentiatie in keuzes te krijgen. Doordat voor de deelnemers van de bijeenkomsten de reisafstand naar het servicepunt korter is dan naar het nieuwe ziekenhuis, was de verwachting dat de keuze voor de servicepunten dominant zou zijn. Een positieve omschrijving van de ziekenhuissituaties zou daarom meer variatie in keuzes voor het servicepunt of het ziekenhuis moeten opleveren. Anderzijds is deze keuze gemaakt omdat het realistisch is dat het ziekenhuis goede kwaliteit en service kan bieden, en dat de omschrijving van de situaties realistisch moest zijn. Op elk vignet werd aan deelnemers de vraag gesteld of zij voor die situatie zouden kiezen voor een bezoek aan het servicepunt (in Oss of Veghel) of aan het ziekenhuis in Uden. Na deze acht keuzes eindigde elk vignetboekje met vragen over de herkenbaarheid, volledigheid en begrijpelijkheid van de vignetten. Ook werd een samenvattende vraag gesteld over welke factor voor de deelnemers doorslaggevend was voor hun keuzes.

2.5.3 Vignetbijeenkomsten

Deelnemers voor de vignetbijeenkomsten zijn geworven via het vragenlijstonderzoek, met een vraag naar bereidwilligheid om deel te nemen aan vervolgonderzoek. Dit is weergegeven in figuur 2.1. Respondenten die in de regio Uden wonen zijn niet uitgenodigd voor het vervolgonderzoek. Omdat het ziekenhuis voor hen dichterbij is dan de servicepunten hebben zij in eerste instantie geen belang bij de servicepunten in Oss en

Veghel. De overige respondenten zijn per brief uitgenodigd voor een bijeenkomst. Zij konden zich aan- of afmelden voor de bijeenkomsten door een antwoordformulier terug te sturen. Er zijn twee bijeenkomsten georganiseerd. Eén bijeenkomst is gehouden op een middag op de locatie van Bernhoven in Veghel en één op een avond op de locatie in Oss. Respondenten hebben hun deelname en keuze voor één van de bijeenkomsten kenbaar gemaakt door een antwoordformulier terug te sturen.

Figuur 2.1 Werving van respondenten voor de vignetbijeenkomsten



Tijdens de bijeenkomst kregen de deelnemers de drie vignetboekjes met elk acht vignetten voorgelegd. Deze boekjes gingen achtereenvolgens over het laten maken van een hartfilmpje (ecg), de voorbereiding voor een heup-/knie-operatie en een spreekuur voor diabetes. Van elk vignetboekje is vervolgens de geschetste keuzesituatie ingeleid. Bij elke situatie werd de respondent gevraagd een keuze te maken tussen een bezoek aan

het servicepunt of aan het ziekenhuis. Naast het invullen van de vignetten was er een groepsdiscussie. Deze discussie was er op gericht om reacties op de vignetten te horen en de achterliggende redenen voor de keuzes duidelijk te krijgen. Aan de deelnemers is plenair gevraagd of zij het invullen van de vignetten moeilijk vonden en of zij informatie misten in de beschrijvingen van de situaties. Deelnemers konden daarbij op elkaar reageren. Daarnaast is voorgelegd welke factor voor de deelnemers doorslaggevend was in hun keuzes. Met behulp van deze discussie konden de resultaten van de vignetstudie beter worden begrepen (Phillips et al., 2003).

Bij de eerste bijeenkomst in Veghel volgde deze plenaire discussie steeds na het invullen van een vignetboekje, zodat hier drie discussierondes plaatsvonden. Bij de tweede bijeenkomst in Oss is één plenaire discussie gehouden op het einde van de bijeenkomst, na het invullen van de drie vignetboekjes. Deze verandering in het programma is ingegeven door de ervaringen tijdens de bijeenkomst in Veghel. In Veghel bleek namelijk dat in de latere discussierondes veelal dezelfde informatie en argumenten naar voren kwamen. Ook bleek dat onder de aanwezigen deelnemers aanwezig waren die de mogelijkheid aangrepen om een vurig pleidooi te houden voor het behoud van de huidige ziekenhuislocaties. Om te voorkomen dat de discussies en persoonlijke meningen van deelnemers van invloed zouden zijn op de verdere keuzes van (andere) deelnemers, is daarom voor de bijeenkomst in Oss gekozen om één centrale discussieronde te houden aan het einde van de bijeenkomst.

2.5.4 Analyse vignetonderzoek

Om te achterhalen welke factor(en) doorslaggevend zijn in de keuze voor een bezoek aan het servicepunt of aan het ziekenhuis, zijn logistische regressie analyses uitgevoerd voor de drie situaties (hartfilmpje, voorbereiding heup-/knie-operatie en spreekuur voor diabetes). De keuze voor het servicepunt of voor het ziekenhuis is hierbij als dichotome afhankelijke variabele gedefinieerd (0=ziekenhuis; 1=servicepunt), en de kenmerken van het vignet als de onafhankelijke variabelen. Daarbij zijn als referentiecategorieën steeds de (gunstige) kenmerken van het ziekenhuis gekozen. Ook de achtergrondkenmerken van respondenten zijn als onafhankelijke variabelen ingevoerd. Dit waren de reisafstand tot het ziekenhuis in Uden, vervoer met een (eigen) auto naar het ziekenhuis, leeftijd, opleidingsniveau, chronische ziekte, ervaren gezondheid en ervaren beperking. Of het gekozen model past bij de data is getest met een chi-kwadraat toets. De Nagelkerke R^2 bepaalde het percentage verklaarde variantie. Met behulp van de Wald-statistic is het effect bepaald van de onafhankelijke variabelen op de variabele keuze voor het servicepunt. Met een correlatietabel is gecontroleerd op multicollineariteit en met staafdiagrammen is de normale verdeling van de error-componenten gecheckt.

3 Literatuurstudie

Dit onderzoek vraagt chronisch zieken en ouderen naar de gewenste invulling van toekomstige steunpunten ambulante (medisch specialistische) planbare zorg oftewel Ziekenhuis Service Punten (ZSP's). Voor de mogelijke invulling van de servicepunten, afgebakend tot ambulante planbare medisch specialistische zorg, zijn voorbeelden in binnen- en buitenland uit de literatuur gedestilleerd. In geen van de gevonden publicaties is vooraf onderzoek naar wensen en verwachtingen uitgevoerd om te komen tot een vraaggestuurde inrichting. Er is wel eerder onderzoek gedaan naar de wensen en verwachtingen van patiënten ten aanzien van een ziekenhuisvoorziening in de buurt. Meer studies zijn beschikbaar over wensen en verwachtingen van de ziekenhuiszorg in het algemeen.

3.1 Vormen van ambulante medisch specialistische zorg

Hoewel ziekenhuis Bernhoven spreekt over steunpunten en Ziekenhuis Service Punten (ZSP's) zijn deze begrippen in de literatuur niet teruggevonden. Ziekenhuis Bernhoven heeft de invulling van de steunpunten afgebakend tot ambulante (medisch specialistische) planbare zorg. Deze zorg wordt geleverd op een locatie die voor patiënten gemakkelijk bereikbaar, dichtbij huis en goed toegankelijk is. Op basis van deze omschrijving zijn de volgende equivalenten voor de begrippen steunpunten en ZSP's gevonden; buitenpoliklinieken, gezondheidscentra met specialistische zorg, specialistensprekuren binnen huisartspraktijken en transmuraal verpleegkundige spreekuren. Engelstalige equivalenten zijn satellite clinics, Community-Based Outpatient Clinics (CBOC's), outreach clinics en community health centers. Gevonden studies zijn als volgt geordend. Eerst worden studies over spreekuren van medisch specialisten buiten het ziekenhuis beschreven. Vervolgens worden studies beschreven over gezondheidscentra met onderzoeks-faciliteiten. Tenslotte worden ervaringen met (transmurale) verpleegkundige spreekuren weergegeven.

3.1.1 *Spreekuren van medisch specialisten buiten het ziekenhuis*

Spreekuren van medisch specialisten binnen eerstelijnsvoorzieningen en in kleinschalige ziekenhuisvoorzieningen op het platteland worden ingezet als strategie om de bereikbaarheid en effectiviteit van specialistenzorg en de integratie daarvan met eerstelijnszorg te verbeteren. Begin 2006 waren er in Nederland 38 buitenpoliklinieken van ziekenhuizen (Hutten et al., 2006). Projecten waarbij de specialistensprekuren verplaatst zijn van het ziekenhuis naar een buitenpolikliniek, bijvoorbeeld in een buitenpolikliniek hadden een verbeterde bereikbaarheid als resultaat. Daarnaast zijn er specialistensprekuren in buitenpoliklinieken als onderdeel van interventies voor

specifieke aandoeningen, die ook gericht zijn op verbetering van samenwerking met de eerstelijns, educatie van eerstelijnszorgverleners door specialisten, gezamenlijke consulten of overige dienstverlening voor patiënten. Deze meer meervoudige interventies in stedelijk gebied leidden tot meer efficiënte zorg die ook meer consistent was met richtlijnen en een vermindering van ziekenhuisopnames (Gruen et al., 2003).

In een evaluatie van 19 outreach clinics in Engeland, waar ziekenhuisspecialisten spreekuur hielden binnen de eerste lijn, in huisartsenpraktijken of gezondheidscentra, bleek dat patiënten meer tevreden waren met het zorgproces en de toegang tot de specialistische zorg dan patiënten die specialistische zorg kregen op de polikliniek van het ziekenhuis (Bond et al., 2000). Patiënten die een specialist consulteerden binnen een eerstelijnscentrum waren vooral meer tevreden met het gemak van de locatie. Ook patiënten die naar een gezondheidscentrum kwamen voor een spreekuur van een orthodontist, rapporteerden een kortere reistijd, minder parkeerproblemen, minder kosten om op het spreekuur te komen en een kortere wachttijd dan patiënten in het ziekenhuis (O'Brien et al., 2001). De meest bezochte specialistensprekuren waren die van specialismen met grote patiëntenaantallen en vaak lange wachtlijsten, bijvoorbeeld reumatologie, gynaecologie, algemene chirurgie, orthopedie en dermatologie (Bond et al., 2000). Gemiddeld was er één keer in de vier weken een spreekuur in elke huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum.

Spreekuren van specialisten binnen huisartspraktijken of gezondheidscentra hebben niet altijd de voorkeur van patiënten. Uit een studie onder reumapatiënten bleek dat zij liever hun afspraak met zorgverleners in het ziekenhuis (99%) wilden dan in de eerste lijn (Douglas et al., 2005). Minder dan 1% gaf er de voorkeur aan om de reumatoloog in het gezondheidscentrum te bezoeken. De studie onder reumapatiënten is uitgevoerd in een substedelijk gebied waar verschillende ziekenhuizen een relatief kleine regio bedienen. De auteurs suggereren dat burgers in plattelandregio's het meeste voordeel hebben bij spreekuren van specialisten in huisartsenpraktijken.

In Nederland zijn minstens zes voorbeelden van transmurale buitenpoli's waar zowel huisartsen als specialisten werken (Van Es, 2006). In het transmuraal centrum Houten draait een spreekuur van de maatschap kindergeneeskunde, interne geneeskunde en gynaecologie. Voor bepaalde patiëntengroepen zijn er multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld en vinden casusbesprekingen plaats. Omdat er geen onderzoeksfaciliteiten beschikbaar zijn in het centrum is het voor specialismen waarbij veel onderzoek nodig is, bijvoorbeeld voor chirurgie, niet aantrekkelijk om in het centrum spreekuur te houden (Lutke Schipholt, 2002). Gezondheidscentra en huisartsenpraktijken nemen soms het initiatief om de ketenzorg voor chronisch zieke patiëntgroepen binnen hun centrum of praktijk te organiseren. Een gezondheidscentrum in Amsterdam heeft de ketenzorg voor diabetespatiënten onder beheer genomen. Het centrum huurt een podotherapeut, een diëtist, een oogarts en een internist in (Anonymous, 2005). Ook andere diabetesnetwerken werken ernaar toe dat diabeteszorg transmuraal en geïntegreerd wordt aangeboden (Rupp, 2006).

In 2003 had één op de tien algemene ziekenhuizen een gezamenlijk spreekuur van medisch specialisten en huisartsen (Hutten et al., 2003). Deze vinden doorgaans plaats in

de huisartsenpraktijk. Vlek e.a. (2003) vond in een vergelijkende studie dat patiënten die een gecombineerd consult hadden met hun huisarts en een cardioloog minder werden doorverwezen naar een cardioloog en minder diagnostische procedures doorliepen. Voor patiënten die een gecombineerd consult met de huisarts en orthopeed hadden, verminderde het aantal fysiotherapieverwijzingen met bijna een kwart en het aantal aanvragen voor lab en radiologisch onderzoek met de helft (Vierhout et al., 1995). Alhoewel er in Nederland de afgelopen tien jaar veel transmurale initiatieven van de grond zijn gekomen, is onderzoek naar effecten hiervan op de wensen en verwachtingen van patiënten schaars (Rosendal, 2002).

3.1.2 Gezondheidscentra en kleinschalige klinieken met onderzoeksfaciliteiten

Een belangrijk voordeel van zogenaamde satelliet klinieken, kleinschalige dependances van ziekenhuizen is dat er onderzoeksmogelijkheden zijn zoals radiologie en paramedische zorg zoals fysiotherapie. Bij spreekuren in huisartsenpraktijken zijn deze mogelijkheden niet gebruikelijk. De winst in reistijd die patiënten hebben als ze de specialist in de huisartsenpraktijk bezoeken, kan dan weer verloren gaan als ze toch voor onderzoek naar het ziekenhuis moeten (Douglas et al., 2005).

3.1.3 Spreekuren van verpleegkundigen

Chronisch zieken hebben vaak naast of in plaats van spreekuurbezoek bij de specialist ook spreekuurafspraken met een gespecialiseerd verpleegkundige. Door verkorting van de opnameduur en de toename van poliklinische verrichtingen is een deel van de zorg, begeleiding en voorlichting die voorheen op verpleegafdelingen gegeven werd verschoven naar de polikliniek. Door het instellen van een verpleegkundig spreekuur kunnen behandeling, voorlichting en begeleiding van de patiënt zowel voor als na een opname plaatsvinden. Naast het belang voor de planning van zorg zijn vermindering van de werkdruk van specialisten en verbetering van het loopbaanperspectief voor verpleegkundigen redenen voor het instellen van een verpleegkundig spreekuur (Rosier, 2002). Gespecialiseerd verpleegkundigen met een eigen spreekuur zijn binnen Nederlandse ziekenhuizen aanwezig voor onder andere diabetespatiënten (Schouten et al., 2000), astma- en copd-patiënten, reumapatiënten (Temminck et al., 1999), MS (Multiple Sclerose) patiënten (Mistiaen, 1998), patiënten met hartfalen en (borstkanker)patiënten (Rosier, 2002). Ook voor patiënten die een orthopedische of (neuro)chirurgische ingreep ondergaan zijn inmiddels in verschillende ziekenhuizen verpleegkundige spreekuren opgezet (Rosier, 2002).

In de zorg voor chronisch zieken hebben verpleegkundigen met name een rol in de voorlichting en educatie van patiënten. Dit kunnen verpleegkundigen vanuit het ziekenhuis of vanuit de thuiszorg zijn. Projecten in de zorg voor diabetespatiënten waarin verpleegkundigen voorlichting geven en soms ook een coördinerende rol in de zorg hebben, hebben verbeterde gezondheidsuitkomsten als resultaat. Consulten met verpleegkundigen bevorderen onder andere de therapietrouw (Renders et al., 2000). Het

MS aanspreekpunt van het VU medisch centrum bestaat uit een telefonisch spreekuur van een gespecialiseerd verpleegkundige (Mistiaen, 1998). De verpleegkundige biedt advies en een luisterend oor. In een evaluatie van 62 transmurale verpleegkundige spreekuren voor chronisch zieken bleek dat het merendeel hiervan door gespecialiseerde wijkverpleegkundigen wordt gehouden in de polikliniek van een ziekenhuis. De hoofdtaak van de verpleegkundige is het geven van informatie over ziekte en behandeling en op het bieden van ondersteuning bij het omgaan met de ziekte (Temmink, 2000). Binnen tenminste vijf Nederlandse ziekenhuizen is een spreekuur van een transmuraal gespecialiseerd reuma verpleegkundige vanuit de thuiszorg (Temmink et al., 2000). Doel van dit spreekuur is het verbeteren van de kwaliteit van zorg en de transmurale afstemming. Deze verpleegkundige consulten kunnen bestaan uit het geven van voorlichting, psychosociale begeleiding en het aanvragen van hulpmiddelen en aanpassingen. Patiënten die dit spreekuur bezoeken hebben een hoger zorggebruik, omdat zij vaker een reumatoloog en ergotherapeut consulteren. Een transmuraal spreekuur voor kinderen met astma leidde juist tot een afname van zorggebruik. Over het algemeen waarderen patiënten de continuïteit, de verbeterde bereikbaarheid, de persoonlijke begeleiding en de informatievoorziening van de gespecialiseerd verpleegkundige.

Nurse practitioners zijn verpleegkundigen die zelfstandig medische handelingen mogen verrichten. Controle afspraken voor borstkankerpatiënten worden binnen het Universitair Medisch Centrum Utrecht door nurse practitioners uitgevoerd. Voorlichting en begeleiding vormen zowel in de pre- als de postoperatieve fase een belangrijke functie van de nurse practitioner. De nurse practitioner houdt ook telefonisch spreekuur. De tevredenheid van patiënten over de zorg is met de aanwezigheid van de nurse practitioner verbeterd (Schlooz-Vries et al., 2000). Patiënten vinden de telefonische bereikbaarheid van deze verpleegkundige een duidelijke verbetering. Zij ervaren de aanwezigheid van de nurse practitioner als drempelverlagend. Bovendien is de wachttijd op de polikliniek afgenomen. Patiënten zijn tevreden over de informatie en begeleiding van de nurse practitioner. Zij waarderen ook de continuïteit die ontstaat doordat zij steeds dezelfde nurse practitioner zien. Daarnaast kan de inzet van een nurse practitioner ook zorgen voor een betere coördinatie van zorg (Raatgever, 2002).

Ook de voor- nazorg voor patiënten die een operatie ondergaan wordt steeds vaker door verpleegkundigen verzorgd. In het Universitair Medisch Centrum Utrecht neemt een verpleegkundige telefonisch contact op met alle patiënten na een operatie in dagbehandeling. De verpleegkundige vraagt naar problemen en kan de nazorgadviezen zo nodig herhalen (Vrehan et al., 2000). Verschillende ziekenhuizen hebben een orthopedisch verpleegkundig spreekuur ingevoerd voor patiënten die een nieuwe heup krijgen. Invoering van een dergelijk spreekuur kan zorgen voor meer tevreden patiënten en minder opnamedagen (Dijkstra, 2001).

3.1.4 Conclusie ambulante ziekenhuisvoorzieningen

Er zijn een aantal vormen van ambulante ziekenhuiszorgvoorzieningen in de literatuur beschreven die als voorbeeld kunnen dienen bij de verdere vormgeving en invulling van

de Ziekenhuis Service Punten. Spreekuren van medisch specialisten buiten het ziekenhuis, gezondheidscentra met onderzoeksfaciliteiten en (transmurale) verpleegkundige spreekuren voldoen aan de omschrijving ambulante (medisch specialistische) planbare zorg. Deze zorgvormen hebben elk bepaalde voordelen, zoals minder reistijd, minder kosten, korte wachttijd of grote tevredenheid. Patiënten zijn meer tevreden over de bereikbaarheid van medisch specialistische zorg in eerstelijnscentra dan in een ziekenhuis. Bij spreekuren zonder onderzoeksfaciliteiten is er kans dat patiënten toch nog reistijd hebben voor onderzoek. Als de verplaatsing van specialistische zorg een enkelvoudige interventie is zonder samenwerkingsafspraken met de eerste lijn dan is enkel een verbeterde bereikbaarheid en grotere tevredenheid over bereikbaarheid te verwachten. Bij een aantal meervoudige interventies waarbij de verplaatsing van specialistische zorg samen ging met verbeterde samenwerking met de eerstelijns, educatie of andere dienstverlening aan patiënten, was er ook een vermindering in het aantal verwijzingen en ziekenhuisopnames.

3.2 Wat verwachten patiënten van ziekenhuiszorg?

In onderzoek onder het consumentenpanel van het NIVEL is onderzocht wat mensen het meest belangrijk vinden voor het ziekenhuis bij hen in de buurt, voor een electieve ingreep en voor een spoedopname (Van der Schee et al., 2005). Mensen willen het liefst een ziekenhuis in de buurt waarvan het personeel een goede reputatie heeft, wat gelegen is op minder dan 15 minuten afstand, waarbij een spoedeisende hulpdienst dag en nacht aanwezig is, met een vaste arts voor de patiënten, met voldoende parkeergelegenheid met een regionaal netwerk van samenwerkingspartners en met korte wachtlijsten. Het aspect dat consumenten het meest belangrijk vinden voor een ziekenhuis bij hen in de buurt is de reputatie van het personeel. Minder belangrijk zijn de lengte van de wachtlijsten, de parkeergelegenheid en de grootte van het ziekenhuis. Ook bij de keuze van een ziekenhuis voor een electieve ingreep of voor een spoedopname is een korte afstand van huis tot het ziekenhuis een belangrijk aspect. Uit dit onderzoek blijkt het belang van verschillende aspecten; de reputatie, bereikbaarheid, toegankelijkheid en continuïteit. Deze aspecten worden in onderstaande subparagrafen uitgewerkt.

In een onderzoek waarin ouderen werden gevraagd naar hun keuze voor een ziekenhuis als zij geopereerd moeten worden, bleek dat reputatie van de chirurg het meest bepalend is in de keuze voor een ziekenhuis. Respondenten zijn gevraagd naar welke factoren het advies zouden beïnvloeden dat zij aan een vriend zouden geven die een operatie moet ondergaan. De respondenten (78%) gaven aan dat de reputatie van de chirurg grote invloed zou hebben op hun advies. Bijna alle respondenten vonden dat hun ziekenhuis en chirurg een goede reputatie had (94% respectievelijk 88%). Hun voornaamste bron daarvoor was de verwijzend arts. Ook prestatie indicatoren beïnvloeden volgens respondenten hun advies, zoals het volume operaties, de verhouding van het aantal verpleegkundigen op het aantal patiënten en het mortaliteitscijfer van het ziekenhuis bij operaties. Het bleek dat weinig (11%) respondenten op zoek gingen naar informatie om ziekenhuizen te vergelijken (Schwartz et al., 2005).

3.2.1 Reputatie: ervaringen zijn doorslaggevend

Burgers hechten aan een goede reputatie van een ziekenhuis en specialist (Burge et al., 2005; Van der Schee et al., 2005). De term (corporate) reputatie wordt vaak als synoniem of als overkoepelende term van identiteit en imago gebruikt (Wartick, 2002). Reputatie is gebaseerd op percepties. Als we het hebben over de reputatie van het ziekenhuis bij burgers, gaat het dus om het beeld dat burgers van het ziekenhuis hebben. Vrijwel alle burgers (96%) vinden een goede reputatie van het ziekenhuis (zeer) belangrijk bij de keuze voor een ziekenhuis. De overwegingen die burgers vervolgens belangrijk vinden bij de keuze voor een ziekenhuis zijn de eigen ervaring (96%), het advies van de huisarts (91%), informatie van familie en kennissen (80%), informatie van de Consumentenbond (63%), informatie van patiëntenverenigingen (60%), informatie van het ziekenhuis (54%), krantenartikelen (46%) en informatie van internet (41%). Het beeld van patiënten over de deskundigheid van artsen is het meest bepalende aspect van de eigen ervaringen (Van Rijen, 2003). Ook de informatievoorziening en bejegening in het ziekenhuis zijn bepalende aspecten in hun oordeel over een ziekenhuiscontact (Janse et al., 2002). De reputatie op basis waarvan burgers een ziekenhuis kiezen komt dus met name tot stand door eigen ervaring, advies van de verwijzende zorgverlener en mond-tot-mond reclame.

3.2.2 Bereikbaarheid: patiënten willen zorg dichtbij huis

In de keuze voor zorgaanbod is in veel gevallen de geografische nabijheid van de zorg van doorslaggevend belang (Leys, 2003). De meeste patiënten zoeken een behandeling vlak bij huis (TNS, 2003). Gevraagd naar de overwegingen voor de keuze van een ziekenhuis gaf in 2002 een grote meerderheid (86%) van 2.113 Nederlandse internetgebruikers aan dat de ligging en bereikbaarheid van het ziekenhuis (zeer) belangrijk is bij deze keuze. Een meerderheid van 65% zegt dat de afstand tot de eigen woning doorslaggevend is bij de keuze van een ziekenhuis. Ongeveer eenderde van de Nederlanders is bereid om meer dan 50 km te reizen voor een behandeling in het ziekenhuis. Slechts 7% van de respondenten heeft werkelijk meer dan 50 kilometer afgelegd om een behandeling te ondergaan. Er is dus een reisbereidheid onder eenderde van de patiënten, maar in de praktijk worden zij meestal dicht bij huis behandeld. Bij oudere patiënten speelt reistijd een grotere rol bij de keuze voor een ziekenhuis in het geval van een kleine operatieve ingreep, wachttijd voor een operatie en eigen ervaring met een ziekenhuis vinden ouderen minder belangrijk (Dückers et al., 2006).

Chronisch zieken hechten eveneens veel belang aan de bereikbaarheid (Van Rijen, 2003). In een studie onder reumapatiënten bleek de nabijheid de belangrijkste factor in de keuze voor een ziekenhuis (Douglas et al., 2005). Driekwart van de respondenten wilde gezien worden in het ziekenhuis dat het dichtst bij hun huis was. Patiënten zonder eigen auto kozen vaker voor het dichtstbijzijnde ziekenhuis (82%) dan patiënten die met hun eigen auto naar het ziekenhuis reisden (72%).

Burgers hebben een voorkeur voor behandeling in een ziekenhuis in de buurt boven een gespecialiseerde kliniek. Als aan Nederlanders de hypothetische situatie wordt

voorgelegd dat zij symptomen van diabetes hebben, dan heeft meer dan driekwart (78%) van de Nederlanders een voorkeur voor waar zij het liefst behandeld willen worden. Als zij diabetes zouden hebben, willen ze het liefst behandeld worden in een regionaal ziekenhuis (45% van de respondenten) of thuis (39%). Een minderheid (13%) wil het liefst in een gespecialiseerde kliniek behandeld worden (RVZ, 2003). De voorkeur voor behandeling in een lokaal ziekenhuis geldt ook voor risicovolle operaties. Hoewel de kans op complicaties en mortaliteit bij een risicovolle operatie kleiner is in een regionaal gespecialiseerd centrum met hogere aantallen van deze operaties, prefereren veel patiënten toch een operatie in een lokaal, dichtstbijzijnd, centrum (Finlayson et al., 2002).

3.2.3 Toegankelijkheid: geen wachtlijsten en wachttijden

Patiënten vinden het belangrijk dat zij voldoende snel een afspraak kunnen maken voor een gesprek, behandeling of onderzoek. Chronisch zieken willen binnen 14 dagen bij een specialist terecht kunnen (Smit et al., 2005). Bij de keuze voor een ziekenhuis vindt 96% van de burgers de snelheid waarmee zij terecht kunnen belangrijk (Van Rijen, 2003). Ook de wachttijd in de wachtkamer vinden patiënten belangrijk. Driekwart van de polikliniekpatiënten wil snel aan de beurt zijn als zij op hun afspraak komen (Janse et al., 2002). Het is echter niet zo dat alle patiënten een alternatief zoeken als hun eigen ziekenhuis wachtlijsten heeft. Vooral ouderen (boven de 60 jaar), patiënten met een laag opleidingsniveau, patiënten met een laag inkomen, vrouwen, en ouders van jonge kinderen zijn minder geneigd om te kiezen voor behandeling in een alternatief ziekenhuis. Oudere patiënten hechten meer waarde aan hun eigen ziekenhuis (Burge et al., 2005). De aanwezigheid van wachtlijsten en wachttijden in de wachtkamer worden door patiënten en burgers in het algemeen als zeer negatief beoordeeld (TNS, 2003).

3.2.4 Continuïteit: een vaste zorgverlener, afstemming en aansluitende afspraken

Continuïteit van zorg heeft verschillende aspecten in zich. Van de volgende aspecten is uit literatuur gebleken dat deze voor patiënten belangrijk zijn:

- continuïteit in informatie, dit zorgt voor afstemming tussen verschillende zorgverleners (Saultz, 2003);
- interpersoonlijke continuïteit van zorg wanneer de patiënt verschillende afspraken heeft met dezelfde zorgverlener (Saultz, 2003);
- continuïteit door afspraken met verschillende zorgverleners aansluitend op elkaar te plannen.

Patiënten vinden informatie-uitwisseling tussen artsen het meest belangrijke aspect in de kwaliteit van ziekenhuiszorg (Janse et al., 2002). Chronisch patiënten vinden het belangrijk dat de hulpverleners waarmee zij te maken hebben de zorg goed op elkaar afstemmen. Zij willen na een verwijzing snel terecht kunnen bij de specialist, een goede samenwerking tussen de huisarts en de specialist en samenwerking met de apotheek voor het verstrekken van medicijnen (Smit et al., 2005; Van Lindert et al., 2000). Angst voor

een slechte afstemming tussen specialisten kan een reden zijn om voor alle zorg naar één ziekenhuis te gaan (Van Thiel, 1998).

Interpersoonlijke continuïteit leidt bij patiënten op de polikliniek tot meer tevreden patiënten en een betere therapietrouw aan medicijnvoorschriften. Gebruik van de spoedeisende hulp en kans op ziekenhuisopname nemen bovendien af (Love et al., 2000; Nutting et al., 2003). Interpersoonlijke continuïteit lijkt niet voor alle patiënten in alle situaties belangrijk (Nutting et al., 2003). Chronisch zieken vinden continuïteit van zorg belangrijker dan patiënten met acute problemen. Chronisch zieken hechten zeer aan continuïteit van zorg vanuit het eigen ziekenhuis. Driekwart van de mensen met chronische aandoeningen wil in het eigen ziekenhuis en door de eigen specialist geholpen worden, ook als ze elders eerder of zelfs meteen terecht kunnen (Van Thiel, 1998). Astmapatiënten die dezelfde specialist verschillende keren consulteerden waren meer tevreden over de interactie met de specialist (Love et al., 2000). Over het algemeen vinden oudere patiënten, jonge kinderen, vrouwen, patiënten met een lage opleiding en patiënten met een lage sociaal economische status continuïteit belangrijker dan andere patiënten (Nutting et al., 2003).

Naast de interpersoonlijke continuïteit en informatie uitwisseling tussen zorgverleners is er nog continuïteit in het plannen van op elkaar aansluitende afspraken; de combinatie afspraak. Patiënten op de polikliniek (71%) vinden het belangrijk dat zij gemakkelijk verschillende afspraken op een dag kunnen plannen (Janse et al., 2002). Reumapatiënten die een bloedtest nodig hadden wilden graag dat deze werd uitgevoerd terwijl zij in de kliniek waren (Douglas et al., 2005). Respondenten vinden het minder belangrijk dat men nog op de dag waarop een onderzoek plaats heeft gevonden de uitslag krijgt. Men hecht er wel waarde aan dat verteld wordt wanneer men de uitslag kan verwachten en dat men deze ook binnen de afgesproken termijn krijgt (Janse et al., 2002).

3.2.5 Conclusies voorkeuren patiënten

Er is geen onderzoek gevonden over wensen en verwachtingen van patiënten ten aanzien van ZSP's of soortgelijke zorgvoorzieningen. Uit onderzoek naar wensen van burgers ten aanzien van ziekenhuiszorg blijkt dat mensen een ziekenhuisvoorziening in de buurt willen die goed bekend staat, die dichtbij is, zonder wachtlijsten, met een spoedeisende hulp en waar zij hun eigen specialist kunnen zien. Bereikbaarheid, toegankelijkheid en continuïteit zijn prioriteiten van patiënten als het gaat om de invulling van een ziekenhuisvoorziening in de buurt. Daarbij lijken vooral oudere patiënten en chronisch zieken deze aspecten belangrijk te vinden.

4 Resultaten vragenlijstonderzoek

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het vragenlijstonderzoek gepresenteerd. Na een korte beschrijving van hoeveel mensen in de steekproef daadwerkelijk zijn benaderd voor deelname aan het onderzoek en de uiteindelijke respons, volgen de feitelijke resultaten van het vragenlijstonderzoek. Hierbij wordt eerst een beschrijving gegeven van de achtergrondkenmerken van respondenten, hun zorggebruik en hun reisafstand en vervoer naar het ziekenhuis. Vervolgens worden de verwachtingen ten aanzien van ziekenhuiszorg, wensen over de functies en voorzieningen op de servicepunten, en het te verwachten toekomstige gebruik van de servicepunten beschreven. Tenslotte worden de meningen van respondenten over de servicepunten gerapporteerd.

4.1 Werving en weigeringen voor het vragenlijstonderzoek

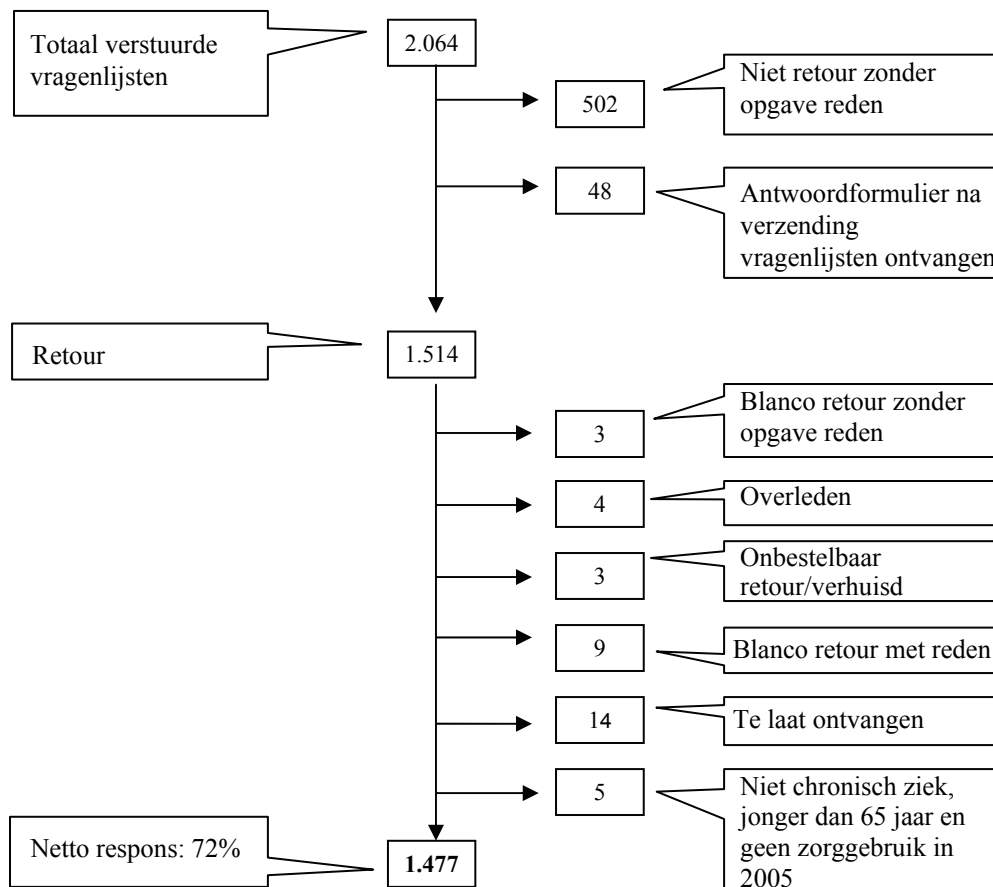
Twee weken voor de verzending van de vragenlijst is een brief gestuurd aan alle 2.233 personen van de steekproef uit de poliklinische registratie van ziekenhuis Bernhoven. De brief informeerde mensen over het onderzoek. Bij de brief was een antwoordformulier gevoegd, waarop respondenten konden aangeven niet te willen meewerken aan het onderzoek. Op de datum van de eerste verzending van de vragenlijst waren 169 antwoordformulieren ontvangen. Aan deze respondenten is geen vragenlijst toegestuurd. Na deze verzenddatum, maar nog vóór de verzending van de herinneringsbrief zijn nog 43 antwoordformulieren ontvangen. Deze respondenten kregen geen herinneringsbrief. Van 13 personen die het antwoordformulier na de eerste verzendingsdatum hebben teruggestuurd is later toch een ingevulde vragenlijst ontvangen. Na de herinneringszending zijn nog eens 18 antwoordformulieren per post binnengekomen. In totaal hebben 230 respondenten het antwoordformulier teruggestuurd.

Voor 89 respondenten was een gebrek aan interesse de reden dat zij niet wilden meewerken. Vakantie of afwezigheid in de periode van half juli tot eind augustus was voor 46 respondenten de reden dat zij niet konden meewerken. 21 respondenten gaven aan niet mee te werken vanwege ernstige gezondheidsproblemen. 34 mensen hadden een andere reden om niet mee te werken, meestal wegens weinig of geen (toekomstig) gebruik van zorg van ziekenhuis Bernhoven (13 personen). 26 aankondigingsbrieven zijn retour afzender gestuurd. Dertien keer is op het antwoordformulier aangekruist dat de geadresseerde is overleden. Eén persoon heeft via het antwoordformulier laten weten dat de geadresseerde is verhuisd.

4.2 Respons vragenlijstonderzoek

Figuur 4.1 geeft een overzicht van de respons op het vragenlijstonderzoek. In juli 2006 zijn bij de eerste verzending van de vragenlijsten 2.064 personen aangeschreven. Twee weken na deze verzending is een herinneringsbrief met een vragenlijst verstuurd naar 1.151 personen van wie op dat moment nog geen vragenlijst was ontvangen. Van de verstuurde vragenlijsten bleken zeven onbestelbaar, omdat de respondent was overleden (vier personen) of omdat de respondent was verhuisd (drie personen). Negen mensen gaven alsnog aan te ziek of te oud te zijn om de vragenlijst in te vullen. Drie vragenlijsten zijn leeg teruggestuurd zonder vermelding van een reden. Vier weken na de herinnering is de invoer van de vragenlijsten stopgezet. Er zijn 1.482 ingevulde vragenlijsten ontvangen en ingevoerd. Een aantal van 14 vragenlijsten is niet verwerkt omdat deze te laat zijn teruggestuurd. Vijf vragenlijsten zijn bij de analyse van de resultaten alsnog buiten beschouwing gelaten omdat deze respondenten niet chronisch ziek waren, geen zorggebruik hadden in 2005 en jonger dan 65 jaar waren. Op basis hiervan is beoordeeld dat deze vijf respondenten niet tot de doelgroep van dit onderzoek, ouderen en chronisch zieken, behoren. De respons was uiteindelijk 72% (1.477 van de 2.053 terecht aangeschreven patiënten).

Figuur 4.1 Overzicht respons



Netto respons = $1.477 / [2.064 - 4 \text{ (overleden)} - 5 \text{ (geen doelgroep)} - 2 \text{ (onbestelbaar)}] = 2.053 = 72\%$

Non-respons-analyses wezen uit dat er voor wat betreft de verdeling over regio's (dichtstbijzijnde ziekenhuislocaties in de toekomst: Oss, Uden of Veghel) geen significante verschillen zijn tussen de responsgroep en de non-responsgroep. Ook verschillen de responsgroep en de totale steekproef nauwelijks (niet significant) als het gaat om de gemiddelde reisafstand naar het toekomstige ziekenhuis in Uden-Noord, en de verdeling mannen en vrouwen. De gemiddelde leeftijden van de respondenten en niet-respondenten verschillen wel significant ($p < 0,01$). De respondenten zijn gemiddeld ouder dan de niet-respondenten (respectievelijk 60 en 55 jaar).

Bij 4% van de vragenlijsten is de data-invoer gecontroleerd, dit waren 59 vragenlijsten. Gemiddeld is er 0,85 fout per vragenlijst gevonden. Op een totaal van 151 variabelen per vragenlijst is dit een acceptabel foutenpercentage van 0,56%.

4.3 Beschrijving van de respondenten

4.3.1 Geografische spreiding

Tabel 4.1 beschrijft de geografische spreiding van de respondenten naar gemeenten en regio's (dichtstbijzijnde locatie nu en in de toekomst). De gemeenten die binnen het verzorgingsgebied van ziekenhuis Bernhoven vallen, zijn afzonderlijk weergegeven. 6% van de respondenten woont in een gemeente buiten het verzorgingsgebied. Voor de helft van de respondenten is de dichtstbijzijnde locatie in de huidige situatie Oss. Voor iets minder dan de helft is dit de locatie in Veghel. In de toekomstige situatie is het servicepunt in Oss voor iets minder dan de helft van de respondenten dichterbij dan het ziekenhuis in Uden. Voor meer dan een kwart is het servicepunt in Veghel in de toekomst het meest dichtbij.

Tabel 4.1 Geografische spreiding: woonregio van de respondenten (N=1.477)

Geografische spreiding	N	%
<i>Gemeenten</i>		
- Oss	483	33
- Uden	226	15
- Veghel	216	15
- Bernheze	191	13
- Landerd	57	4
- Sint-Oedenrode	56	4
- Maasdonk	49	3
- Schijndel	44	3
- Boekel	38	3
- Lith	29	2
- Grave	3	0
Gemeenten buiten het verzorgingsgebied (o.a. Gemert-Bakel en Sint-Michielsgestel) ^a	85	6
<i>Dichtstbijzijnde huidige ziekenhuislocatie</i>		
- Oss	741	50
- Veghel	711	48
- Onbekend ^b	25	2
<i>Dichtstbijzijnde ziekenhuislocatie in de toekomstige situatie^c</i>		
- Locatie Oss (servicepunt)	676	46
- Locatie Veghel (servicepunt)	397	27
- Locatie Uden (ziekenhuis)	319	22
- Buiten verzorgingsgebied	85	6

^a bij 27 respondenten is dit de gemeente Gemert-Bakel, bij negen de gemeente Sint-Michielsgestel en bij zes de gemeente West Maas en Waal. Andere respondenten wonen in verscheidene gemeenten in de omtrek van het verzorgingsgebied, zoals Son en Breugel en Veldhoven. Enkele respondenten wonen op grote afstand, zoals in de gemeente Houten in de provincie Utrecht en in Overbetuwe in Gelderland.

^b deze respondenten hebben de betreffende vraag in de vragenlijst niet ingevuld

^c de respondenten die buiten het verzorgingsgebied wonen zijn buiten beschouwing gelaten

4.3.2 Sociaal-demografische kenmerken

Het geslacht, leeftijd en opleidingsniveau van respondenten zijn weergegeven in tabel 4.2. De groep respondenten bestond uit iets meer vrouwen dan mannen en hun gemiddelde leeftijd was 60 jaar. 6% van de respondenten (94) is minderjarig. De helft (48%) van de respondenten is 65 jaar of ouder. De meeste (55%) respondenten zijn laag opgeleid (geen opleiding of alleen lagere school, lager beroepsonderwijs of kort middelbaar onderwijs). Er zijn geen significante verschillen in geslacht, leeftijd en opleidingsniveau tussen de vier regio's (Oss, Veghel, Uden, buitengebied).

Van de respondenten heeft 73% de vragenlijst geheel zelfstandig ingevuld. Voor 15% van de respondenten geldt dat zij hulp hebben gekregen bij het invullen van de vragenlijst. Voor 10% van de respondenten is de vragenlijst door een ander ingevuld. Dit betreft in de helft van de gevallen kinderen (52% van deze groep is jonger dan 18 jaar), waarbij waarschijnlijk een van de ouders de vragenlijst heeft ingevuld. 11% van de respondenten

voor wie de vragenlijst is ingevuld zijn 80 jaar of ouder. 2% van de respondenten heeft deze vraag niet ingevuld.

Tabel 4.2 Achtergrondkenmerken van de respondenten ($N_{\max}=1.455$)^a

Respondentkenmerken	Totaal		Oss	Veghel	Uden	Buiten- gebied
	N	%	%	%	%	%
<i>Geslacht:</i>						
vrouw	813	56	57	55	54	64
man	642	44	43	45	46	37
<i>Leeftijd:</i>						
jonger dan 65	750	52	55	49	47	59
65 of ouder	700	48	45	51	53	41
<i>Opleidingsniveau:</i>						
laag	791	55	55	57	51	57
midden	427	30	29	30	31	27
hoog	182	13	12	11	15	16
anders	40	3	4	1	4	1

^a respondenten die de betreffende vraag niet hebben ingevuld: geslacht 2% (n=22), leeftijd 2% (n=27), opleidingsniveau 3% (n=37)

4.3.3 Gezondheidskenmerken

Van de respondenten heeft driekwart (76%) een chronische ziekte of aandoening (tabel 4.3). Daarbij heeft bijna de helft van de chronisch zieke respondenten (43%) meer dan één chronische ziekte of aandoening. In tabel 4.4 is weergegeven om welke chronische ziekten en aandoeningen het gaat. De aandoening die onder respondenten het meest voorkomt is artrose: meer dan een kwart van de respondenten zei gewrichtsslijtage te hebben. Bijna een kwart van de respondenten heeft een hart- of vaatziekte en ook bijna een kwart heeft diabetes. Eenvijfde van de respondenten heeft een longaandoening, zoals astma, bronchitis of emfyseem. In de regio Veghel zijn significant minder respondenten chronisch ziek (74%) dan in de regio Uden (82%) of Oss (81%). Van de respondenten die buiten het verzorgingsgebied wonen is 82% chronisch ziek, maar dit verschil met Veghel is niet significant.

Tabel 4.3 Ervaren gezondheid, beperking en chronische ziekte of aandoening naar regio (N_{max}=1.469)^a

	Totaal		Oss	Veghel	Uden	Buiten- gebied
	N	%	%	%	%	%
<i>Ervaren gezondheid:</i>						
matig/slecht	552	38	41	32	37	39
(zeer) goed/uitstekend	910	62	59	68	63	61
<i>Ervaren beperking:</i>						
(ernstig) beperkt	419	29	31	24	29	31
niet/beetje beperkt	1.050	72	69	76	71	69
<i>Chronische ziekte of aandoening:</i>						
ja	1.125	79	81	74*	82	82
nee	299	21	20	26	18	18

^a respondenten die de betreffende vraag niet hebben ingevuld: chronische ziekte of aandoening 4% (n=53), ervaren gezondheid 1% (n=15), ervaren beperking 1% (n=8)

* p<0,01 voor het verschil tussen regio Veghel ten opzichte van regio Oss en regio Uden

Tabel 4.4 Soort chronische ziekte(n) of aandoening(en) (N=1.125)

	N	%
gewrichtsslijtage (artrose) van heupen of knieën	310	28
hart-/vaatziekten (bijvoorbeeld hartinfarct, hartfalen, vernauwde vaten)	267	24
suikerziekte (diabetes mellitus)	261	23
longziekte/aandoening van de luchtwegen (astma, bronchitis, emfyseem)	230	20
gehoorproblemen (slechthorendheid, doofheid)	216	19
ernstige of hardnekkige rugklachten (bijvoorbeeld hernia)	154	14
gezichtsproblemen (slechtziendheid, blindheid)	148	13
reuma of chronische gewrichtsontsteking(en)	127	11
spijsverteringsziekte (bijvoorbeeld darmstoornissen of leverziekten)	97	9
kanker (kwaadaardige aandoening)	90	8
gevolgen van een beroerte (CVA), hersenbloeding of herseninfarct	49	4
ernstige geheugenproblemen of dementie	24	2
ziekten van het zenuwstelsel (bijvoorbeeld MS, ziekte van Parkinson)	22	2
spierziekte (bijvoorbeeld spierdystrofie, ziekte van Huntington)	10	1
andere chronische ziekte of aandoening	213	19

In de groep respondenten met een chronische ziekte zijn ongeveer evenveel personen jonger dan 65 als 65 jaar of ouder (zie tabel 4.5). De 179 jongere respondenten die volgens deze indeling niet chronisch ziek zijn, hebben in 2005 wel zorg gebruikt. Mogelijk zijn dit patiënten die (nog) geen diagnose hebben voor hun klachten. Ook kunnen mensen in het Ziekenhuis Informatie Systeem geregistreerd zijn onder een chronisch zieke diagnose, zonder dat zij zichzelf daarin herkennen. Daarnaast zaten in de steekproef misschien ook patiënten die een operatie of ingreep hebben ondergaan waarvoor zij gedurende lange tijd nazorg of controles nodig hebben.

Tabel 4.5 Chronische ziekten bij jongere en oudere respondenten: aantal en percentage van de totale groep respondenten (N=1.398)^a

Leeftijd	Chronisch ziek		Totaal
	wel	niet	
Jonger dan 65 jaar	544 (39%)	179 (13%)	723
65 jaar of ouder	560 (40%)	115 (8%)	675
Totaal	1.104	294	1.398 (100%)

^a 79 respondenten hebben één of beide vragen in de vragenlijst niet ingevuld

Chronisch zieken voelen zich minder gezond dan respondenten zonder chronische ziekte of aandoening. Er is weinig verschil tussen de ervaren gezondheid van jonge (65-) en oudere (65+) chronisch zieken: respectievelijk 45% en 49% ervaart een matige/slechte gezondheid. Ook als het gaat om beperkingen in het dagelijks leven speelt leeftijd een minder belangrijke rol dan het hebben van een chronische ziekte. Meer dan een kwart van de respondenten (26%) wordt (ernstig) beperkt in de dagelijkse bezigheden. Van de chronisch zieke jongeren ondervindt 31% (ernstige) beperkingen, bij chronisch zieke ouderen geldt dit voor 40%, en bij de niet-chronisch zieken (jongeren en ouderen) is dit slechts 6%.

4.3.4 Zorggebruik

Tabel 4.6 geeft het zorggebruik van respondenten in 2005 weer. Bijna alle respondenten (91%) hebben contact gehad met hun huisarts. Deze respondenten hadden gemiddeld 5 keer contact. Een kwart van de respondenten heeft in 2005 contact gehad met een huisartsenpost. Daarvan heeft 44% telefonisch contact gehad met de assistente of de huisarts op de post. 13% had een afspraak bij de huisarts op de post en bij 8% van deze respondenten kwam de huisarts van de huisartsenpost op visite. De respondenten die contact hebben gehad met de huisartsenpost hadden in totaal gemiddeld twee contacten.

Een grote meerderheid van respondenten heeft in 2005 contact gehad met een medisch specialist (88%), gemiddeld waren dit vier contacten. Meestal ging dit om contact met een oogarts (34%) of een internist (30%). Een kwart (26%) van de respondenten die een

specialist heeft geraadpleegd bezocht de cardioloog. Ook met de chirurg en KNO-arts hebben veel respondenten contact gehad (respectievelijk 17 en 16%). Bijna een kwart van de respondenten (23%) is in 2005 opgenomen geweest in een ziekenhuis.

Tabel 4.6 Zorggebruik van respondenten in 2005 ($N_{\max}=1.457$)^a

Zorggebruik	respondenten die contact hebben gehad		aantal keren contact (indien contact)	
	N	%	gemiddeld	(min - max)
huisarts ^b	1.349	91	5	(1-52)
huisartsenpost ^c	366	25	2	(1-21)
medisch specialist	1.304	88	4	(1-45)
ziekenhuisopname	336	23	2	(1-31)

Specialisten waarmee respondenten contact hebben gehad (percentage indien specialisten contact; n=1304^d):

oogarts	443	34
internist (interne geneeskunde)	389	30
cardioloog	344	26
chirurg	215	17
KNO-arts (keel- neus- en oorarts)	211	16
dermatoloog (huidarts)	188	14
uroloog	168	13
longarts	142	11
neuroloog	149	11
orthopeed	126	10
gynaecoloog	93	7
kinderarts	75	6
maag-darm-lever arts	71	5
radioloog	64	5
reumatoloog	59	5
oncoloog	33	3
revalidatie arts	20	2
kaakchirurg	24	2
anders	60	5

^a respondenten die de betreffende vraag niet hebben ingevuld: huisartscontact 1% (n=20), contact met huisartsenpost 2% (n=36), contact met medisch specialist 3% (n=43), ziekenhuisopname 2% (n=36)

^b contact exclusief telefonisch contact met de assistente

^c contact inclusief telefonisch contact met de assistente

^d de percentages tellen niet op tot 100 omdat meerdere antwoorden mogelijk zijn

Eén op de vijf respondenten (21%) heeft de afgelopen twee jaar naast Bernhoven nog een ander ziekenhuis bezocht. In tabel 4.7 staan de andere ziekenhuizen genoemd waar respondenten op een spreekuur of opgenomen zijn geweest. Meestal betrof dit het Ziekenhuis Jeroen Bosch in Den Bosch of het Universitair Medisch Centrum (UMC) in Nijmegen.

Tabel 4.7 Bezoek aan een ander ziekenhuis dan Bernhoven in de afgelopen twee jaar (N=1.477)

Ziekenhuizen	N	%
<i>Respondenten die in de afgelopen twee jaar op een spreekuur of opgenomen zijn geweest in een ander ziekenhuis dan Bernhoven:</i>		
Nee, geen bezoek aan ander ziekenhuis	1.140	77
Ja, bezoek aan ander ziekenhuis	315	21
Onbekend ^a	22	2
<i>Bezochte ziekenhuizen (n=315)^b:</i>		
Ziekenhuis Jeroen Bosch, Den Bosch	95	30
UMC St. Radboud, Nijmegen	83	26
Catherina ziekenhuis, Eindhoven	47	15
Canisius-Wilhelmina ziekenhuis, Nijmegen	13	4
Elkerliek ziekenhuis, Helmond	10	3
Ziekenhuis Jeroen Bosch, Boxtel	9	3
Maxima Medisch Centrum, Eindhoven	7	2
Maxima Medisch Centrum, Veldhoven	4	1
Anders	97	31

^a deze respondenten hebben de betreffende vraag niet ingevuld

^b de percentages tellen niet op tot 100 omdat meerdere antwoorden mogelijk zijn

4.3.5 Vervoer

Het vervoer naar het ziekenhuis is weergegeven in tabel 4.8. Respondenten konden hierbij meerdere vervoersmogelijkheden kiezen. Het is immers mogelijk dat zij verschillende manieren van vervoer hebben, bijvoorbeeld afhankelijk van het weer. De meeste respondenten (76%) reizen naar het ziekenhuis met een auto, van henzelf (60%) of van iemand anders (16%). Respondenten die naar het ziekenhuis in Oss gaan, komen vaker met de fiets, brommer, scooter of scootmobiel dan respondenten die naar het ziekenhuis in Veghel gaan (34% versus 19%). 5% van de respondenten reist naar het ziekenhuis met de deeltaxi, oftewel collectief vervoer op afroep. Een minderheid van 4% komt naar het ziekenhuis met het openbaar vervoer.

Tabel 4.8 Vervoer naar het ziekenhuis (huidige situatie)

	Totaal (n= 1450) ^a		Oss (n= 740)		Veghel (n= 710)	
	N	%	N	%	N	%
<i>Vervoer naar de dichtstbijzijnde locatie van Bernhoven^b:</i>						
met mijn eigen auto	874	60	412	56	462	65
met de fiets, brommer, scooter of scootmobiel	383	26	251	34	132	19
met de auto van iemand anders	231	16	118	16	113	16
lopend	108	7	50	7	58	8
met de taxihopper of deeltaxi (collectief vervoer)	65	5	40	5	25	4
met het openbaar vervoer	56	4	19	3	37	5
met het zittend ziekenvervoer	11	1	5	1	6	1
anders, namelijk	30	2	17	2	13	2
	Totaal (n= 1437) ^c		Oss (n= 735)		Veghel (n= 702)	
<i>Alleen of samen naar het ziekenhuis:</i>						
samen met iemand	568	40	265	36	303	43
alleen	520	36	297	40	223	32
soms alleen, soms samen met iemand	349	24	173	24	176	25

^a 27 respondenten hebben deze vraag in de vragenlijst niet ingevuld
^b de percentages tellen niet op tot 100 omdat meerdere antwoorden mogelijk zijn
^c 40 respondenten hebben deze vraag in de vragenlijst niet ingevuld

Voor de berekening van de reisafstand en reistijd (zie ook 2.4.2) zijn alleen de respondenten meegenomen die binnen het verzorgingsgebied van ziekenhuis Bernhoven wonen. De respondenten die in andere gemeenten wonen zijn vanwege soms extreem lange reistijden in deze berekening uitgesloten. Deze uitschieters zouden het gemiddelde te veel beïnvloeden. De verschillen in gemiddelde reisafstand en reistijd tussen de groep respondenten voor wie de dichtstbijzijnde locatie nu Oss is en de groep voor wie de dichtstbijzijnde locatie nu Veghel is zijn getoetst. Waar de gemiddelden voor de locaties significant (dat wil zeggen niet toevallig) van elkaar verschillen, is dit aangegeven met een sterretje achter het gemiddelde. De huidige gemiddelde reisafstand en reistijd voor patiënten van de twee huidige locaties zijn weergegeven in tabel 4.9.

Tabel 4.9 Huidige reisafstand en reistijd naar de dichtstbijzijnde ziekenhuislocatie van Bernhoven voor respondenten die binnen het verzorgingsgebied wonen (uitgesplitst voor de respondenten die nu naar de locatie Oss of Veghel gaan)

	Reisafstand (km)			Reistijd (min)			Reistijd (min)		
	Berekend ^a			Geschat ^b			Berekend ^c		
	gemid- delde	sd ^d	(min- max)	gemid- delde	sd ^d	(min- max)	gemid- delde	sd ^d	(min- max)
<i>Alle typen vervoer:</i>									
Locatie Oss (N _{max} =711) ^e	6,3*	3,4	(0-28)	12,3*	7,0	(2-60)	12,4*	4,6	(0-38)
Locatie Veghel (N _{max} =658)	9,2	4,8	(0-30)	15,1	8,0	(1-60)	17,3	7,7	(0-37)
Totaal (N _{max} =1.369)	7,5	4,4	(0-30)	13,7	7,7	(1-60)	14,8	6,8	(0-38)
<i>Indien vervoer met auto:</i>									
Locatie Oss (N _{max} =494)	6,9*	3,6	(0-28)	12,3*	6,4	(3-45)	13,2*	4,6	(0-38)
Locatie Veghel (N _{max} =515)	10,2	4,2	(0-21)	15,1	6,2	(3-40)	19,0	6,6	(0-37)
Totaal (N _{max} =1.019)	8,6	4,2	(0-28)	13,8	6,6	(3-60)	16,2	6,4	(0-38)

^a berekende reisafstand over de weg uitgaande van vervoer per auto (op basis van postcodes; zie 2.4.2)

^b door patiënten, gebaseerd op eigen vervoersmogelijkheden en huidige vervoersvoorzieningen

^c berekende reistijd over de weg uitgaande van vervoer per auto

^d standaarddeviatie

^e N_{max}= het maximale aantal respondenten dat een vraag heeft beantwoord, dit aantal varieert

* p<0,001 voor het verschil tussen locatie Oss en locatie Veghel

De reisafstand over de weg naar het ziekenhuis voor patiënten in het verzorgingsgebied is in de huidige situatie gemiddeld 7,5 kilometer. Dit is de afstand naar de locatie die voor de respondent het meest in de buurt is. De reistijd volgens respondenten is nu gemiddeld 14 minuten. Tabel 4.10 laat vooral voor patiënten van de locatie Oss een langere toekomstige reisafstand zien naar het ziekenhuis in Uden-Noord. Voor respondenten die het dichtst bij de locatie Oss wonen is de reisafstand nu 6 kilometer naar het ziekenhuis in Oss, terwijl dat in de toekomst 16 kilometer naar het ziekenhuis in Uden zal zijn. De gemiddelde afstand naar het nieuwe ziekenhuis zal voor respondenten 13 kilometer zijn.

Respondenten hebben de reistijd naar het toekomstige ziekenhuis in Uden-Noord geschat. Voor de respondenten die met het openbaar vervoer reizen (4%), geldt dat zij dit hebben geschat op basis van de huidige busverbindingen. In tabel 4.10 worden deze gegevens weergegeven voor respondenten die nu als dichtstbijzijnde locatie Oss of Veghel hebben. Respondenten schatten de toekomstige reistijd op 24 minuten. De onderste rijen van de

tabel geven de reisafstand en -tijd aan van de respondenten die met de auto naar het ziekenhuis reizen. In de tabel is te zien dat zij de toekomstige reistijd naar Uden-Noord inschatten op 20 minuten. Een berekening van deze reistijd op basis van vervoer per auto over de weg laat zien dat de reistijd gemiddeld 18 minuten zal zijn. Respondenten schatten deze reistijd dus gemiddeld twee minuten langer in. Vooral patiënten van de locatie Oss overschatten daarbij de toekomstige reistijd. Voor de respondenten die met de auto naar het ziekenhuis reizen is deze overschatting vijf minuten.

Tabel 4.10 Toekomstige reisafstand en reistijd naar het nieuwe ziekenhuis in Uden-Noord voor respondenten die binnen het verzorgingsgebied wonen (uitgesplitst voor de respondenten die nu naar de locatie Oss of Veghel gaan)

	Reisafstand (km) Berekend ^a			Reistijd (min) Geschat ^b			Reistijd (min) Berekend ^c		
	gemid- delde	sd	(min- max)	gemid- delde	sd	(min- max)	gemid- delde	sd	(min- max)
<i>Alle typen vervoer:</i>									
Locatie Oss (N _{max} =711) ^d	15,8*	3,9	(0-31)	29,3*	17,4	(1-200)	20,4*	4,2	(0-38)
Locatie Veghel (N _{max} =658)	10,7	5,7	(0-22)	17,9	12,4	(1-101)	16,2	6,3	(0-29)
Totaal (N _{max} =1.392)	13,3	5,5	(0-31)	23,6	16,2	(1-200)	18,3	5,7	(0-38)
<i>Indien vervoer met auto:</i>									
Locatie Oss (N _{max} =494)	15,7*	4,3	(0-31)	25,4*	11,3	(2-90)	20,4*	4,5	(0,38)
Locatie Veghel (N _{max} =515)	10,7	6,1	(0-22)	15,9	10,9	(1-101)	16,1	6,7	(0-29)
Totaal (N _{max} =1.026)	13,0	5,9	(0-31)	20,3	12,0	(1-101)	18,1	6,1	(0-38)

^a berekende reisafstand over de weg uitgaande van vervoer per auto (op basis van postcodes; zie 2.4.2)

^b door patiënten, gebaseerd op eigen vervoersmogelijkheden en huidige vervoersvoorzieningen

^c berekende reistijd over de weg uitgaande van vervoer per auto

^d N_{max}= het maximale aantal respondenten dat een vraag heeft beantwoord, dit aantal varieert

* p<0,001 voor het verschil tussen locatie Oss en locatie Veghel

4.4 Verwachtingen ten aanzien van ziekenhuiszorg

Respondenten vinden de tijdigheid van zorg, een afspraak bij de specialist binnen twee weken na een verwijzing het meest belangrijk van alle aspecten die in de vragenlijst worden genoemd (zie tabel 4.11). Ook continuïteit van zorg, in de zin van contact met dezelfde zorgverlener en goed overleg tussen zorgverleners, vinden respondenten

belangrijk. Een goede bereikbaarheid per openbaar vervoer en voldoende parkeer-mogelijkheid wordt door meer dan 80% van de respondenten belangrijk of van het allergegrootste belang gevonden.

Tabel 4.11 Verwachtingen ten aanzien van ziekenhuiszorg: aantal en percentage respondenten dat een aspect belangrijk of van het allergegrootste belang vindt ($N_{\max}=1.459$)^a

Verwachtingen van ziekenhuiszorg	Belangrijk/van het allergegrootste belang	
	N	%
Een afspraak bij de specialist binnen 2 weken na een verwijzing	1382	96
De mogelijkheid om bij vervolgaafspraken of controles steeds dezelfde specialist te zien	1360	93
Goed overleg tussen zorgverleners over mijn zorg als ik met verschillende zorgverleners te maken heb	1339	93
De mogelijkheid om verschillende afspraken aansluitend op één dag te laten plaatsvinden	1290	90
Ziekenhuiszorg dichtbij huis (binnen 10 kilometer)	1233	86
Ruime parkeermogelijkheid voor auto's	1238	86
Goede bereikbaarheid met het openbaar vervoer	1153	83
De mogelijkheid om alle ziekenhuiszorg op één locatie te ontvangen	1192	83
De mogelijkheid om steeds bij dezelfde gespecialiseerd verpleegkundige terecht te kunnen	1151	79
Goede bereikbaarheid met de deeltaxi of taxihopper (collectief vervoer)	1040	75
Patiënten niet langer dan 15 minuten in de wachtkamer laten wachten	1085	75
Dat bij het plannen van afspraken rekening wordt gehouden met uw voorkeur voor een bepaalde dag of een bepaald tijdstip	1068	74
Telefonische spreekuren met specialisten	775	55
Telefonische spreekuren met gespecialiseerd verpleegkundigen (n=269) ^b	126	47
Inloopsprekuren (zonder afspraak) met specialisten	589	41
Inloopsprekuren (zonder afspraak) met verpleegkundigen	548	39
Mogelijkheid voor spreekuren in de avonden (na 18 uur)	534	38
Mogelijkheid voor spreekuren in het weekeinde (zaterdag en zondag)	531	38
Mogelijkheid om mijn specialist of verpleegkundige vragen te stellen via e-mail	464	34

^a N_{\max} = het maximale aantal respondenten dat een deelvraag heeft beantwoord, dit aantal varieert per deelvraag

^b deze vraag is alleen voorgelegd aan respondenten die de herinneringsvragenlijst hebben ontvangen

De verwachtingen van ziekenhuiszorg zijn in tabel 4.12 op onderwerp en naar belang geordend (zie ook de methode en bijlage 4 voor een verantwoording van deze schalen). Al met al vinden respondenten aspecten die te maken hebben met continuïteit van zorg, nabijheid en planning het meest belangrijk. Respondenten hechten ook veel belang aan ziekenhuiszorg op één locatie en een goede bereikbaarheid met vervoer. Telefonische bereikbaarheid en toegankelijke flexibele zorg vindt men tot slot minder, maar toch ook wel belangrijk.

Tussen de regio's Oss, Uden en Veghel zijn weinig verschillen wat betreft verwachtingen ten aanzien van ziekenhuiszorg. Het enige significante verschil is dat respondenten in de regio Oss continuïteit van zorg belangrijker vinden dan respondenten in de regio Uden. Respondenten die buiten het verzorgingsgebied wonen vinden het minder belangrijk dan de andere respondenten dat ziekenhuiszorg dichtbij huis is. Andere verschillen tussen de respondenten binnen en buiten het verzorgingsgebied zijn niet significant.

Op de schalen uit tabel 4.12 zijn lineaire regressies uitgevoerd met als onafhankelijke variabelen: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, chronische ziekte, gezondheid, mate van beperking, specialistencontact, afstand tot het ziekenhuis in Uden-Noord, autobezit en regio waar de respondent woont (regio Oss, Uden of Veghel). Met name leeftijd, geslacht, opleiding en mate van beperking bleken voorspellers van de schaalscores. De overige variabelen vertoonden geen significante relaties met de verwachtingen over de ziekenhuiszorg. De uitkomsten van deze regressie-analyses worden hieronder verder besproken. Voor de schalen planning en toegankelijkheid was het percentage verklaarde variantie (R^2) het laagst, namelijk minder dan 3%; de resultaten hiervan worden daarom niet afzonderlijk gerapporteerd.

Uit lineaire regressie op de schaal continuïteit ($R^2=0,03$) blijkt dat vrouwen en mensen met een beperking meer waarde hechten aan de continuïteit van zorg (β voor beide 0,1, $p<0,001$). Mensen uit de regio Veghel hechten minder waarde aan continuïteit ($\beta=-0,1$, $p<0,05$). Respondenten die geen eigen auto tot hun beschikking hebben voor vervoer naar het ziekenhuis, vrouwen en ouderen hechten meer belang aan ziekenhuiszorg dichtbij huis (respectievelijk $\beta=0,08$, $p<0,05$; en $\beta=0,1$ en $\beta=0,09$, $p<0,01$). Hoogopgeleiden en patiënten die vaak contact hebben met een specialist hechten hier minder waarde aan (respectievelijk $\beta=-0,1$, $p<0,001$; en $\beta=-0,06$, $p<0,05$). Met name ouderen, hoogopgeleiden, vrouwen en patiënten met een beperking vinden ziekenhuiszorg op één locatie belangrijk (respectievelijk $\beta=0,1$, $p<0,001$; $\beta=0,09$, $p<0,01$; en voor zowel vrouwen als patiënten met beperkingen geldt $\beta=0,08$, $p<0,05$). Lineaire regressie op de schaal bereikbaarheid ($R^2=0,07$) laat zien dat mensen met een beperking en mensen met een hoog opleidingsniveau meer waarde hechten aan bereikbaarheid via telefoon en email (β voor beide 0,1, $p<0,01$). Ouderen hechten hier minder waarde aan ($\beta=-0,3$, $p<0,001$). Leeftijd en geslacht waren significante voorspellers voor de schaal vervoer ($R^2=0,03$). Vrouwen en ouderen vinden de bereikbaarheid wat betreft vervoer belangrijker dan andere respondenten (β voor beide 0,01, $p<0,001$).

Tabel 4.12 Verwachtingen ziekenhuiszorg: belangscores voor schalen (factoren) en de afzonderlijke items (1= niet belangrijk; 4= van het allergrootste belang) (N_{max}=1.456)^a

Schalen en items	gemiddelde	(standaard-deviatie)
<i>Continuïteit van zorg (items j t/m l)</i>	3.32	(0.57)
- Goed overleg tussen zorgverleners over mijn zorg als ik met verschillende zorgverleners te maken heb	3.54	(0.66)
- De mogelijkheid om bij vervolgafspraken of controles steeds dezelfde specialist te zien	3.44	(0.66)
- De mogelijkheid om steeds bij dezelfde gespecialiseerd verpleegkundige terecht te kunnen	3.05	(0.86)
<i>Dichtbij huis (item a)</i>		
Ziekenhuiszorg dichtbij huis (binnen 10 kilometer)	3.27	(0.80)
<i>Planning (items f t/m i)</i>	3.22	(0.55)
- Een afspraak bij de specialist binnen 2 weken na een verwijzing	3.59	(0.60)
- De mogelijkheid om verschillende afspraken aansluitend op één dag te laten plaatsvinden	3.38	(0.72)
- Patiënten niet langer dan 15 minuten in de wachtkamer laten wachten	3.00	(0.84)
- Dat bij het plannen van afspraken rekening wordt gehouden met uw voorkeur voor een bepaalde dag of een bepaald tijdstip	2.90	(0.88)
<i>Op één locatie (item b)</i>		
De mogelijkheid om alle ziekenhuiszorg op één locatie te ontvangen	3.12	(0.83)
<i>Bereikbaarheid vervoer (items c t/m e)</i>	3.10	(0.64)
- Ruime parkeermogelijkheid voor auto's	3.21	(0.75)
- Goede bereikbaarheid met het openbaar vervoer	3.14	(0.88)
- Goede bereikbaarheid met de deeltaxi of taxihopper (collectief vervoer)	2.94	(0.90)
<i>Bereikbaarheid via telefoon en e-mail (items q t/m s)</i>	2.23	(0.74)
- Telefonische spreekuren met specialisten	2.50	(0.88)
- Telefonische spreekuren met gespecialiseerd verpleegkundigen (n=269)*	2.30	(0.95)

- vervolg tabel 4.12 -

- vervolg tabel 4.12 -

Schalen en items	gemiddelde	(standaard-deviatie)
- Mogelijkheid om mijn specialist of verpleegkundige vragen te stellen via e-mail	1.96	(0.99)
<i>Toegankelijkheid van zorg (items m t/m p)</i>	2.15	(0.76)
- Inloopsprekuren (zonder afspraak) met specialisten	2.21	(0.94)
- Inloopsprekuren (zonder afspraak) met verpleegkundigen	2.17	(0.90)
- Mogelijkheid voor spreekuren in de avonduren (na 18 uur)	2.11	(1.00)
- Mogelijkheid voor spreekuren in het weekeinde (zaterdag en zondag)	2.11	(1.01)

^a Nmax= het maximale aantal respondenten dat de deelvragen van een schaal heeft beantwoord; dit aantal varieert per schaal

4.5 Verwachtingen ten aanzien van de servicepunten

4.5.1 Gewenste functies van de servicepunten

In tabel 4.13 staan de wensen van respondenten ten aanzien van mogelijke functies of voorzieningen die de servicepunten in de toekomst kunnen bieden. Voor elke functie wordt de gemiddelde belangscore weergegeven, en wordt het percentage respondenten per regio genoemd dat de functie belangrijk tot van het allergegrootste belang vindt.

Respondenten vinden mogelijkheden voor onderzoek het meest belangrijk voor de servicepunten. Bijna driekwart van de respondenten vindt ook spreekuren met specialisten en gespecialiseerd verpleegkundigen belangrijk of van het allergegrootste belang. Respondenten uit de regio Oss en Veghel vinden met name de mogelijkheid om bloed te laten prikken en onderzoek te doen op de servicepunten belangrijker dan respondenten uit de regio Uden. Ook vinden respondenten uit de regio's Oss en Veghel de spreekuren met specialisten en verpleegkundigen belangrijker dan andere respondenten. Vooral respondenten die buiten het verzorgingsgebied wonen hechten belang aan een apotheek op het servicepunt.

Van de respondenten heeft 5% (n=78) in een open vraag nog een andere functie aangegeven die zij belangrijk vinden op de servicepunten. De meeste van deze respondenten (n=12) noemen een spoedeisende hulp. Drie mensen noemen een balie waar patiënten met alle vragen terecht kunnen, zoals het wijzigen van een afspraak, informatie over vervoersmogelijkheden en aanvraagformulieren voor thuiszorg. Twee respondenten noemen een klachtenfunctionaris. Eén respondent noemt de mogelijkheid van overnachting.

Tabel 4.13 Wensen ten aanzien van de ziekenhuis servicepunten, uitgesplitst naar regio's; gemiddelde belangscore (1= niet belangrijk; 4= van het aller grootste belang), en aantal en percentage respondenten dat een functie belangrijk of van het aller grootste belang vindt

<i>Functies</i>	Totaal		Oss	Veghel	Uden	Buiten- gebied	
			(N _{max} = 666) ^a	(N _{max} = 387)	(N _{max} = 305)	(N _{max} = 81)	
	<i>Belang score (1-4) gemid- delde</i>	N	%	%	%	%	
Onderzoek en pre-operatieve screening							
Mogelijkheid om bloed te laten prikken	3.3	1.286	89	92**	93 ^{##}	81	88
Mogelijkheid om bij controles een röntgenfoto (bijvoorbeeld longfoto) of echoscopie te laten maken	3.3	1.256	89	90**	91 ^{##}	80	92 ^S
Mogelijkheid om onderzoek te doen naar hartfuncties (ECG), longfuncties, etc.	3.3	1.247	87	89**	87 [#]	81	76
Mogelijkheid voor onderzoek of afspraken ter voorbereiding op een operatie	3.0	1.136	80	81*	80	75	86 ^{SS}
Consulten en behandeling							
Spreekuren met specialisten voor de meest voorkomende ziekten/aandoeningen	2.9	1.046	74	76**	76 ^{##}	68	76
Gespecialiseerde verpleegkundigen voor specifieke ziekten/aandoeningen	2.8	981	70	73**	71	65	62
Spreekuren met specialisten voor alle mogelijke ziekten/aandoeningen	2.8	930	66	69**	67	59	61
Paramedische zorgverleners zoals fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten en logopedisten	2.6	804	57	59	58	52	53
Overige dienstverlening							
Een balie of contactpersoon voor informatie over ziekten en gezondheid	2.6	781	55	57*	55	48	65

- vervolg tabel 4.13 -

-vervolg tabel 4.13-

Functies	Totaal	Totaal		Oss	Veghel	Uden	Buiten- gebied
				(N _{max} = 666) ^a	(N _{max} = 387)	(N _{max} = 305)	(N _{max} = 81)
		<i>Belang score (1-4)</i>	<i>Belangrijk/van het allergrootste belang</i>				
	gemid- delde	N	%	%	%	%	%
Een uitleen- of verkooppunt voor hulpmiddelen (steunkousen, krukken, rollators etc.)	2.5	778	55	58*	55	49	50
Een apotheek	2.3	712	50	51	43 ^{&&}	54	59
Een balie of contactpersoon voor vragen over mogelijkheden voor wonen en zorg	2.2	567	40	43	36	38	51
Een informatiepunt met folders en brochures	2.2	514	37	37	38	34	36

^a N_{max} = het maximale aantal respondenten dat een deelvraag heeft beantwoord, dit aantal varieert per deelvraag

* p < 0,05 voor het verschil tussen respondenten uit regio Oss en respondenten uit regio Uden

** p < 0,01 voor het verschil tussen respondenten uit regio Oss en respondenten uit regio Uden

p < 0,05 voor het verschil tussen respondenten uit regio Veghel en respondenten uit regio Uden

p < 0,01 voor het verschil tussen respondenten uit regio Veghel en respondenten uit regio Uden

^s p < 0,05 buitengebied en regio Uden

^{ss} p < 0,01 buitengebied en regio Uden

^{&&} p < 0,01 regio Veghel en buitengebied

Aanvullend op de belangscores is respondenten gevraagd welke zorg het servicepunt bij hen in de buurt zeker zou moeten bieden. Respondenten konden hier drie functies aangeven die in de vragenlijst werden genoemd (zie bijlage 2 en tabel 4.13). In deze top drie van *meest* belangrijke functies staat de mogelijkheid voor röntgenfoto of echoscopie vooraan. Deze functie is door 70% van de respondenten genoemd. Op de tweede plaats staat de mogelijkheid om bloed te laten prikken; 67% van de respondenten noemt deze functie. De derde functie die respondenten hebben gekozen is de mogelijkheid voor onderzoek of afspraken ter voorbereiding op een operatie (door 42% genoemd). Respondenten vinden dus dat servicepunten in elk geval mogelijkheden voor onderzoek moeten bieden.

In de top drie van de *minst* belangrijke functies voor de servicepunten staat een informatiepunt met folders en brochures op één (door 65% als minst belangrijke functie genoemd). De tweede minst belangrijke functie betreft de balie of contactpersoon voor vragen over mogelijkheden voor wonen en zorg (door 57% van de respondenten genoemd). Ook de apotheek wordt hier genoemd, door 56% van de respondenten. Als respondenten moeten kiezen, geven zij dus de minste prioriteit aan aanvullende diensten zoals informatiebalies en apotheekzorg in de servicepunten.

In bijlage 6 zijn de uitkomsten van multivariate analyse met de belangsscores op de functies van servicepunten als afhankelijke en de achtergrondvariabelen van de respondent als onafhankelijke variabelen. Opleidingsniveau en leeftijd zijn het meest bepalend voor de belangsscores van de functies van de servicepunten. Respondenten met een laag opleidingsniveau hechten een groter belang aan de meeste functies van de servicepunten. Respondenten met een hogere leeftijd hechten met name meer belang aan de mogelijkheid voor hart- en longfunctie onderzoek, de mogelijkheid om bloed te laten prikken, een balie voor vragen over wonen en zorg en een apotheek. Ook respondenten met een beperking en chronisch zieke respondenten hechten meer waarde aan een balie voor vragen over wonen en zorg.

4.5.2 *Het grootste gemis en het grootste voordeel van de veranderingen*

In twee open vragen is respondenten gevraagd naar het grootste gemis en het grootste voordeel voor hen persoonlijk als ziekenhuis Bernhoven is verplaatst naar Uden-Noord. In tabel 4.14 staan de nadelen van de veranderingen die respondenten zien, met het aantal en percentage respondenten dat elk aspect heeft genoemd. Respondenten uit de regio Oss en Veghel noemen vooral de snelle bereikbaarheid van het ziekenhuis als een gemis voor de toekomst. In het bijzonder geven zij aan de spoedeisende hulp op korte reisafstand te zullen missen. Het zijn ook vooral de respondenten uit de regio Oss en Veghel die aangeven dat het vertrek van het ziekenhuis uit hun buurt voor hen een gemis is.

Tabel 4.14 Het grootste gemis voor respondenten na verhuizing van Bernhoven (N=1.477)

Aantal keren genoemd en percentage respondenten	N	%
Korte reistijd/goede bereikbaarheid	691	47
Ziekenhuis in Oss/Veghel	76	5
Spoedeisende hulp dichtbij	49	3
Kleinschaligheid	36	2
Bezoek in ziekenhuis	34	2
Specialist/spreekuur/polikliniek dichtbij	22	2
Opnamemogelijkheid dichtbij	2	0
Anders	154	10
Totaal (minstens 1 gemis) ^a	897	61
Geen gemis	357	24
Weet niet	27	2
Onbekend ^b	196	13

^a de aantallen en percentages bij de aspecten die respondenten zullen missen tellen niet op tot het totaal, omdat respondenten meer dan één aspect konden noemen

^b deze respondenten hebben de betreffende vraag in de vragenlijst niet ingevuld

De meeste respondenten hebben één gemis aangegeven. Bij deze vraag werden maximaal vier aspecten genoemd (twee respondenten noemden vier aspecten). Een groot aantal respondenten (10%) heeft een ander gemis genoemd. Deze personen gaven vooral aan dat ze de vertrouwdheid met hun huidige ziekenhuislocatie zullen missen. Veel respondenten gaven aan te verwachten dat de situatie in het nieuwe ziekenhuis anoniemer wordt. Ook werd genoemd dat er in Oss een ziekenhuis behoort te zijn, vanwege de omvang van de stad. Een aantal respondenten noemen dat de extra reistijd voor hen ook meer kosten met zich mee zal brengen.

Bijna een kwart van de respondenten gaf aan dat er voor hen geen gemis is. Dit zijn vooral respondenten die in de regio Uden wonen, namelijk 221 van de 347 mensen die zeggen dat zij niets zullen missen. Meer dan één op de tien respondenten (13%) heeft deze open vraag niet ingevuld.

Tabel 4.15 Het grootste voordeel voor respondenten van de verhuizing van Bernhoven (N=1.477)

Aantal keren genoemd en percentage respondenten	N	%
Dichterbij	282	19
Meer specialisten	119	8
Alles onder één dak	106	7
Betere parkeermogelijkheid	92	6
Betere kwaliteit zorg	68	5
Nieuw gebouw	53	4
Betere faciliteiten	50	3
Meer dure apparaten	43	3
Meer mogelijkheden	33	2
Anders	87	6
Totaal (minstens 1 voordeel) ^a	661	45
Geen voordeel	497	34
Weet niet	97	7
Onbekend ^b	222	15

^a de aantallen en percentages bij de aspecten die respondenten zullen missen tellen niet op tot het totaal, omdat respondenten meer dan één aspect konden noemen.

^b deze respondenten hebben de betreffende vraag in de vragenlijst niet ingevuld

Bijna de helft (45%) van de respondenten ziet één of meerdere voordelen van de verhuizing van ziekenhuis Bernhoven. Deze staan in tabel 4.15. De meeste respondenten (72%) uit de regio Uden noemen als voordeel dat het ziekenhuis in de toekomst voor hen dichterbij zal zijn. Het grootste aantal voordelen dat is genoemd is vijf. Van de respondenten uit de regio Oss en van de respondenten die buiten het verzorgingsgebied wonen vulde meer dan de helft (respectievelijk 57% en 51%) bij deze open vraag “géén

voordeel” in. Dit gold voor 37% van de respondenten uit de regio Veghel. Voordelen die respondenten hebben genoemd bij de categorie anders zijn een kortere wachttijd in de wachtruimte en een kortere wachtlijst voor afspraken. Ook is genoemd dat een groter regionaal ziekenhuis beter gekwalificeerd personeel aantrekt. Bijna één op de vijf respondenten (15%) heeft de vraag niet ingevuld.

4.5.3 Toekomstig gebruik van de servicepunten

In de vragenlijst zijn drie vragen gesteld over het toekomstig gebruik van de servicepunten aan de hand van drie situatieschetsen. De antwoorden van respondenten staan in tabel 4.16.

Tabel 4.16 Verwachting van respondenten over toekomstig gebruik van de servicepunten

	Servicepunt		Ziekenhuis Uden		Ander ziekenhuis		Huisartsenpost	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Controle afspraak met specialist:</i>								
Oss (n=645)	500	78	125	19	20	3	x	x
Veghel (n=378)	241	64	133	35	4	1	x	x
Uden (n=306)	17	6	287	94	2	1	x	x
Buiten verzorgingsgebied (n=76)	48	63	24	32	4	5	x	x
Totaal	806	57	569	41	30	2	x	x
<i>Afspraak met een gespecialiseerd verpleegkundige:</i>								
Oss (n=644)	462	72	87	14	10	2	85	13
Veghel (n=375)	238	64	86	23	3	1	48	13
Uden (n=303)	20	7	266	88	1	0	16	5
Buiten verzorgingsgebied (n=73)	41	56	20	27	5	7	7	10
Totaal	761	55	459	33	19	1	156	11
<i>Pre-operatieve screening:</i>								
Oss (n=653)	403	62	250	38	x	x	x	x
Veghel (n=389)	196	50	193	50	x	x	x	x
Uden (n=296)	15	5	281	95	x	x	x	x
Buiten verzorgingsgebied (n=79)	38	48	41	52	x	x	x	x
Totaal	652	46	780	55	x	x	x	x

x niet bestaande antwoordcategorie bij betreffende vraag

Voor alle drie situaties is er een significant verschil tussen de regio's; respondenten uit de regio Uden geven aan minder gebruik te willen maken van de servicepunten dan de respondenten uit andere regio's. Dit is vanzelfsprekend omdat het ziekenhuis in Uden-Noord voor deze respondenten dichterbij is. De bewoners van Oss lijken het grootste beroep op een lokaal servicepunt te gaan doen (rond de 70% van de respondenten). In de regio Veghel ligt het te verwachten toekomstig gebruik van het servicepunt rond de 60%. Ook veel respondenten die buiten het verzorgingsgebied van Bernhoven wonen verwachten gebruik te gaan maken van één van de servicepunten. Ongeveer 4% van alle respondenten heeft deze vragen naar het toekomstig gebruik van de servicepunten niet ingevuld.

4.6 Meningen over de servicepunten

Veruit de meerderheid van de respondenten (86%) vindt het een goed idee om servicepunten in te richten en 83% heeft er vertrouwen in dat bij de invulling van de servicepunten rekening wordt gehouden met de wensen van patiënten. Tegelijkertijd is een meerderheid (72%) van de respondenten het eens met de stelling dat een servicepunt zonder spoedeisende hulp niets waard is. Driekwart van de respondenten wil toekomstige ziekenhuisafspraken zoveel mogelijk laten plaatsvinden in het dichtstbijzijnde servicepunt, maar kennelijk (alleen) onder de voorwaarde dat hun eigen specialist daar ook spreekuur houdt. Tabel 4.17 geeft de percentages respondenten weer dat het (volledig) eens is met deze en andere geposeerde stellingen. Het percentage niet ingevulde vragen (item non-respons) is bij de stellingen circa 4%.

Minder dan de helft van de respondenten (43%) ziet de komst van het nieuwe ziekenhuis als een grote verbetering. Respondenten in Oss en Veghel zien de verhuizing van Bernhoven in meerderheid niet als een grote verbetering. Dit in tegenstelling tot de respondenten in Uden, waar 88% van de respondenten de komst van het nieuwe ziekenhuis als een verbetering ziet. De meerderheid van respondenten, en dan met name in Oss en Veghel, lijkt geen voorstander te zijn van de komst van het nieuwe ziekenhuis en benadrukt het belang van spoedeisende hulp, spreekuren en andere consulten op de servicepunten.

De mening over de komst van het nieuwe ziekenhuis heeft mogelijk gevolgen voor de adherentie. Binnen het verzorgingsgebied kan op basis van de resultaten vooral een adherentieverlies worden verwacht in de regio Oss. 14% van de respondenten in de regio Oss zeggen in de toekomst naar een ander ziekenhuis dan Bernhoven te zullen gaan, en één derde (35%) van de respondenten in deze regio heeft hierover (nog) geen duidelijke mening (niet eens, noch oneens). In de regio Veghel zegt 9% in de toekomst naar een ander ziekenhuis te gaan, en heeft een vijfde (20%) hierover geen duidelijke mening. Van de respondenten die buiten het verzorgingsgebied wonen zegt 18% voortaan naar een ander ziekenhuis te gaan, en heeft 27% hier (nog) geen mening over.

Tabel 4.17 Mening van respondenten omtrent de servicepunten en de komst van het nieuwe ziekenhuis

Stellingen	Totaal		Oss	Veghel	Uden	Buiten- gebied
	(N _{max} =1.352)		(N _{max} = 661) ^a	(N _{max} = 390)	(N _{max} = 308)	(N _{max} = 79)
	<i>(volledig) mee eens</i>					
	N	%	%	%	%	%
Ik vind het een goed idee om servicepunten in te richten op de locaties Oss en Veghel	1.228	86	90 ^s	88	75 [#]	81
Ik heb er vertrouwen in dat bij de invulling van de servicepunten rekening wordt gehouden met de wensen van patiënten	1.190	83	81	82	90	81
Mijn eigen specialist moet op het servicepunt spreekuur houden	1.078	76	82	78	59 ^{&}	82
Ik wil mijn ziekenhuisafspraken (controles en onderzoek) zoveel mogelijk laten plaatsvinden in het dichtstbijzijnde servicepunt (Oss of Veghel)	1.040	74	83	78	46 ^{&}	74
Een servicepunt zonder spoedeisende hulp is niets waard	1.025	72	78 [*]	68	64 [@]	70
Een servicepunt met aanvullende diensten en voorzieningen (zoals een apotheek en hulpmiddelen uitlenen/verkoop) is extra aantrekkelijk om naar toe te gaan	819	58	58	57	58	62
De komst van het nieuwe ziekenhuis in Uden-Noord zie ik als een grote verbetering	618	43	27 [%]	36	88 ^{&}	40
Als het nieuwe ziekenhuis in Uden er is, dan ga ik voortaan naar een ander ziekenhuis dan Bernhoven	163	12	14 [*]	9	9 ^{&}	18

- ^a N_{max}= het maximale aantal respondenten dat een deelvraag heeft beantwoord
[#] p<0,01 verschil tussen regio Uden en de regio's Oss en Veghel
^s p<0,01 verschil tussen regio's Oss en het buitengebied
[&] p<0,01 verschil tussen Uden en de drie andere regio's
[%] p<0,01 verschil tussen Oss en de drie andere regio's
^{*} p<0,01 verschil tussen regio Oss en regio Veghel
[@] p<0,01 verschil tussen regio Uden en regio Oss

In tabel 4.18 staan de determinanten van de meningen van respondenten over de komst van het nieuwe ziekenhuis en de servicepunten. Respondenten uit de regio Oss zijn het meest negatief over deze veranderingen. Ook respondenten die niet met een eigen auto naar het ziekenhuis reizen, respondenten die verder van het toekomstige ziekenhuis wonen en respondenten met een slechtere gezondheid zijn negatiever over de komst van het nieuwe ziekenhuis. Ouders van chronisch zieke kinderen zijn ook minder positief over de komst van het nieuwe ziekenhuis. Zij zijn het in vergelijking met andere respondenten minder vaak eens met de twee stellingen, en hebben vaker geen uitgesproken mening over de veranderingen.

Tabel 4.18 Determinanten van meningen van respondenten over de servicepunten en de komst van het nieuwe ziekenhuis; resultaten van lineaire regressie-analyses (methode Enter): gestandaardiseerde regressie coëfficiënten (β)

Stellingen	De komst van het nieuwe ziekenhuis in Uden-Noord zie ik als een grote verbetering β	Ik vind het een goed idee om servicepunten in te richten op de locaties Oss en Veghel β
Regio Oss	-0,58***	0,27 ***
Regio Veghel	-0,39***	0,18***
Vervoer naar het ziekenhuis (geen auto)	-0,13***	0,10**
Afstand tot het ziekenhuis in Uden	-0,08*	ns
Ervaren gezondheid	-0,07*	ns
Leeftijd jonger dan 18	-0,8**	-0,6*
<i>Niet significante variabelen in het model:</i>		
Geslacht	ns	ns
Opleidingsniveau	ns	ns
Ervaren beperkingen	ns	ns
Specialistencontact	ns	ns
Chronische ziekte of aandoening	ns	ns
Leeftijd ouder dan 18	ns	ns
R ²	0,30	0,06

ns geen significant verband ($p < 0,05$)
* $p < 0,05$
** $p < 0,01$
*** $p < 0,001$

5 Resultaten vignetstudie

5.1 Respons

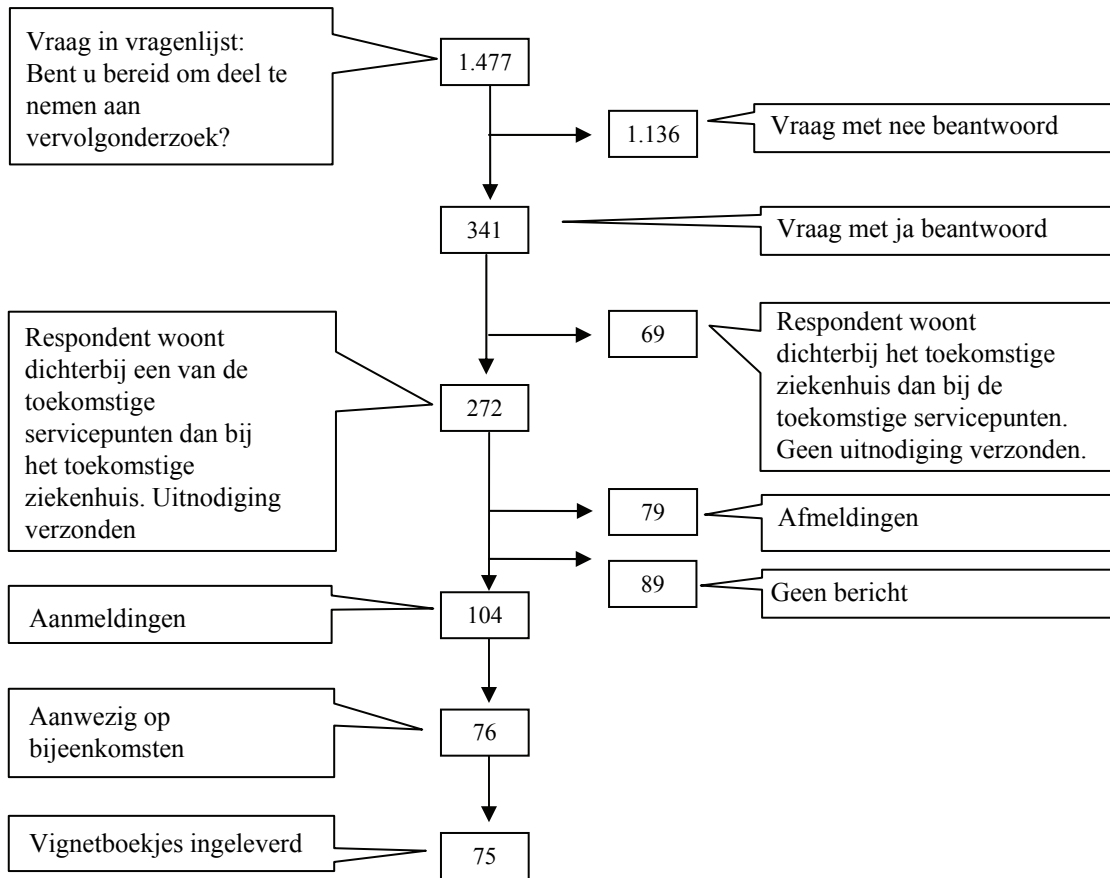
Van de 1.477 respondenten van het vragenlijstonderzoek wilde 23% (n=341) deelnemen aan een vervolgonderzoek over de servicepunten (zie figuur 5.1). De gemiddelde reisafstand, reistijd en leeftijd van deze 341 respondenten verschilden niet significant van de gemiddelden van de andere respondenten aan het vragenlijstonderzoek. Ook wat betreft geslacht en de regio waar respondenten wonen waren er geen significante verschillen. De helft (51%, n=175) van de respondenten die wilden deelnemen aan het vervolg woont in de regio Oss, een kwart (26%, n=87) in de regio Veghel, een vijfde (19%, n=63) in de regio Uden, en 5% (n=16) woont buiten het verzorgingsgebied van ziekenhuis Bernhoven. Meer chronisch zieken dan niet chronisch zieken hebben aangegeven te willen deelnemen aan vervolgonderzoek ($p < 0,01$). Tenslotte waren de potentiële deelnemers aan het vervolgonderzoek gemiddeld hoger opgeleid dan de niet-deelnemers ($p < 0,01$). De groep respondenten die bereid was mee te doen aan het vignetonderzoek is dus representatief voor wat betreft leeftijd, geslacht, regio, reistijd en afstand naar het ziekenhuis, maar niet voor wat betreft chronische ziekten en opleidingsniveau.

Respondenten die in de regio Uden wonen zijn niet uitgenodigd voor het vervolgonderzoek (n=69). Omdat het toekomstige ziekenhuis voor hen dichterbij is dan de servicepunten hebben zij geen direct belang bij de servicepunten in Oss en Veghel. De overige 272 respondenten zijn per brief uitgenodigd voor een bijeenkomst. Er zijn twee bijeenkomsten georganiseerd. Eén bijeenkomst is gehouden op een middag op de locatie van Bernhoven in Veghel en één op een avond op de locatie in Oss. Respondenten konden hun deelname en keuze voor één van de bijeenkomsten kenbaar maken door een antwoordformulier terug te sturen.

Van tweederde van de aangeschreven respondenten (n= 183, 67%) is een antwoordformulier ontvangen. In totaal hebben 104 respondenten (38%) zich voor een bijeenkomst aangemeld: 66 voor de bijeenkomst in Oss en 38 respondenten voor de bijeenkomst in Veghel. Daarnaast hebben 79 respondenten (29%) via het antwoordformulier laten weten dat zij niet bij de bijeenkomsten aanwezig konden zijn, en eenderde van de uitgenodigde respondenten (n=89, 33%) heeft geen antwoordformulier teruggestuurd.

Uiteindelijk waren 29 aangemelde personen aanwezig op de bijeenkomst in Veghel, en 42 op de avond in Oss. Vijf respondenten zijn naar de bijeenkomst in Veghel gekomen zonder dat zij zich hadden aangemeld. Van de in totaal 76 deelnemers hebben 75 personen de vignetboekjes ingevuld en ingeleverd. Eén respondent weigerde de vignetboekjes in te leveren.

Figuur 5.1 Deelname vignetonderzoek



De gemiddelde reisafstand en berekende reistijd (over de weg, per auto) naar het nieuwe ziekenhuis in Uden-Noord van de uiteindelijke deelnemers is praktisch gelijk aan de gemiddelden van de respondenten die niet deelnamen aan de bijeenkomsten. Deelnemers rapporteerden gemiddeld drie minuten langere reistijd, maar dit verschil was niet significant. De deelnemers zijn gemiddeld bijna twee jaar ouder dan de niet-deelnemers, maar ook dit verschil is niet significant. Wel zaten in de groep deelnemers significant meer mannen dan in de groep niet-deelnemers (respectievelijk 60% en 44%, $p < 0,01$). Ook waren de deelnemers aan de bijeenkomsten gemiddeld hoger opgeleid dan de respondenten die niet op een bijeenkomst waren ($p < 0,01$). De groep deelnemers is representatief voor wat betreft het aantal chronisch zieken. Terwijl in de groep geïnteresseerden voor het vervolgonderzoek nog significant meer chronisch zieken zaten dan in de groep niet-geïnteresseerden, is dit verschil bij de werkelijke deelnemers weggefallen. Zodoende waren de deelnemers aan de vignetbijeenkomsten representatief voor de responsgroep wat betreft reisafstand, reistijd, leeftijd en het aandeel chronisch zieken. Deelnemers waren echter vaker van het mannelijke geslacht en gemiddeld hoger opgeleid dan de respondenten die niet deelnamen aan de bijeenkomsten.

5.2 Resultaten van de vignetten

Iedere respondent werd verzocht om voor drie situaties steeds acht vignetten in te vullen. Met 75 respondenten zouden zo per situatie 600 vignetten, en in totaal 1.800 vignetten, beoordeeld zijn. Bij 4 tot 10% van alle vignetten is echter geen keuze aangekruist. Bij de vignetten over het hartfilmpje is dit 4%, over de voorbereiding voor een heup-/knie-operatie 8%, en bij de vignetten over het spreekuur voor diabetes (de laatste van de bijeenkomst) was 10% niet ingevuld.

De keuzes in de verschillende (fictieve) situaties staan in tabel 5.1 en in figuur 5.2 weergegeven. Deze resultaten laten zien dat in de situatie waarin onderzoek moet plaatsvinden een meerderheid (circa 60%) van de respondenten voorkeur geeft aan een bezoek aan het servicepunt. Dit ligt anders voor de voorbereiding voor een operatie en voor de chronische zorgsituatie, de spreekuren voor diabetes, waarbij slechts een vijfde (20%) en een derde (36%) bij voorkeur voor het servicepunt kiest. Bij de afspraken ter voorbereiding op een operatie gaf zelfs 69% van de respondenten bij de meeste vignetten de voorkeur aan een bezoek aan het nieuwe ziekenhuis.

Ook laten de resultaten zien dat de (wisselende) kenmerken van de servicepunten vooral een rol speelden in de keuzes bij de pre-operatieve screening en de chronische zorg. Bij het hartfilmpje maakte 62% van de respondenten een dominante keuze, door in alle gevallen ofwel voor het servicepunt of voor het ziekenhuis te kiezen, maar in de andere situaties waren de keuzes minder dominant. Bij de voorbereiding voor een heup-/knie-operatie en het diabetesspreekuur kozen respectievelijk 41% en 44% bij alle vignetten voor dezelfde optie (servicepunt of ziekenhuis). Dit betekent dat de keuzes in deze laatste situaties sterker werden bepaald door de (variërende) kenmerken van het servicepunt.

Tabel 5.1 Voorkeuren van respondenten voor ziekenhuis of servicepunt bij de drie verschillende situaties

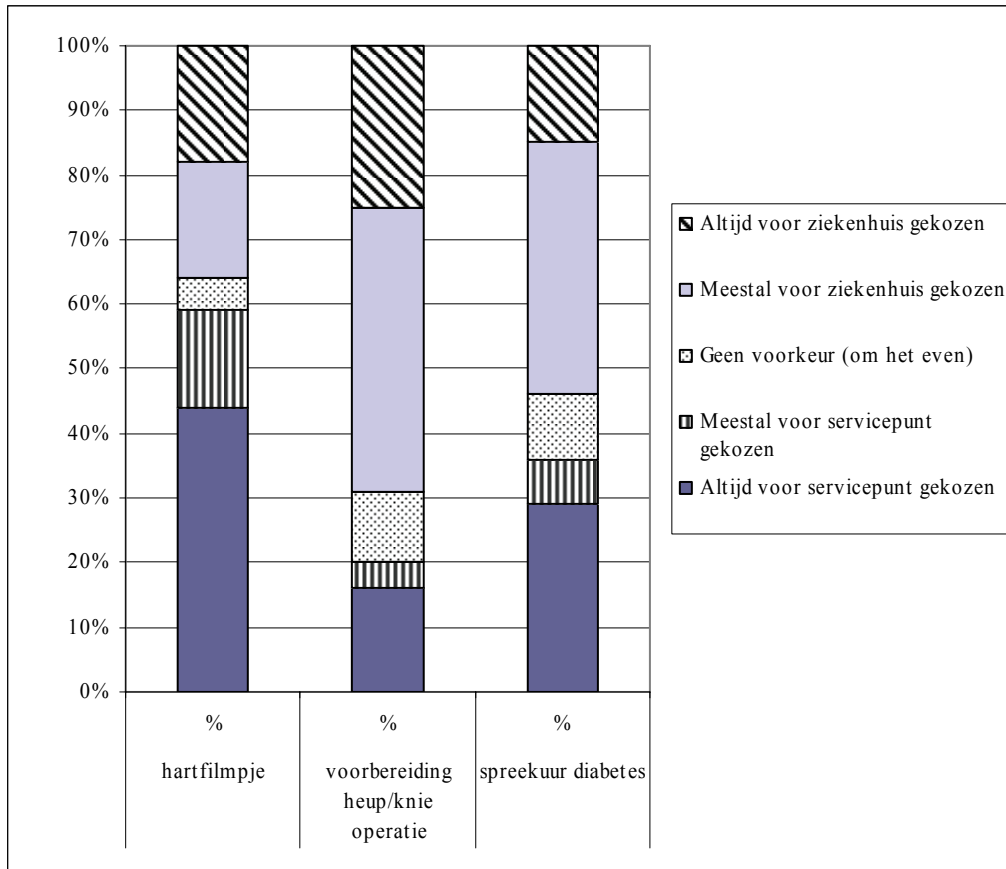
<i>Keuze voor servicepunt of ziekenhuis:</i>	Hartfilmpje (ECG) (N=74) ^a		Vorbereiding voor heup-/knie-operatie (N=73) ^b		Diabetes spreekuur (N=72) ^c	
	N	%	N	%	N	%
Altijd voor servicepunt gekozen	33	44	12	16	21	29
Meestal voor servicepunt gekozen	11	15	3	4	5	7
Geen voorkeur (om het even)	4	5	8	11	7	10
Meestal voor ziekenhuis gekozen	13	18	32	44	28	39
Altijd voor ziekenhuis gekozen	13	18	18	25	11	15

^a er zijn 10 respondenten die één of meer vignetten niet hebben ingevuld

^b er zijn 14 respondenten die één of meer vignetten niet hebben ingevuld

^c er zijn 13 respondenten die één of meer vignetten niet hebben ingevuld

Figuur 5.2 Percentage respondentent met een (uitgesproken) voorkeur voor een bezoek aan het servicepunt of aan het ziekenhuis



In tabel 5.2 staan de resultaten van logistische regressies om vast te stellen welke kenmerken van de servicepunten van invloed waren op de keuzes van respondenten. Daarbij is tevens gekeken naar de relatie tussen de vervoersmogelijkheden of achtergrondkenmerken van respondenten en hun keuzes. Het percentage verklaarde variantie (Nagelkerke R^2) voor de drie regressiemodellen was achtereenvolgens 23% voor de situatie van het hartfilmpje, 34% voor de situatie voorbereiding heup-/knie-operatie en 29% voor de situatie spreekuur diabetes.

De aanwezigheid van dezelfde specialist bij een vervolgspraak was de meest bepalende factor in de vignetten. Ook de wachttijd voor een afspraak was bepalend voor de keuze van respondenten. In dit geval maakte een wachttijd van minder dan twee weken (i.p.v. meer dan twee weken) een bezoek aan het servicepunt aantrekkelijker. Andere factoren die van invloed waren op de keuze tussen het ziekenhuis en het servicepunt waren de verschillende afspraken die wel of niet aansluitend aan elkaar worden gepland, en vervolgspraken die wel of niet op dezelfde locatie plaatsvinden. De aanwezigheid van een balie of contactpersoon voor vragen over ziekte en gezondheid was voor de beoordeling van vignetten over het hartfilmpje wel, maar voor de vignetten over een spreekuur voor een diabetespatiënt niet van belang. De wachttijd in de wachtruimte voor een afspraak bleek niet van invloed te zijn op de keuzes van respondenten.

Tabel 5.2 Determinanten van de keuze voor een bezoek aan het servicepunt (in plaats van een bezoek aan het ziekenhuis). Resultaten van logistische regressie analyses (methode Enter): Odds ratio's (OR) en betrouwbaarheidsintervallen (95% CI) voor de kenmerken in de vignetten en achtergrondvariabelen^a van respondenten (N=75)

	Hartfilmpje		Vorbereiding heup-/knie-operatie		Spreekuur diabetes	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Kenmerken van het servicepunt						
Dezelfde specialist bij vervolgspraak	x	x	3,9	2,5 tot 6,1	3,6	2,4 tot 5,5
Wachttijd voor afspraak < 2 weken	x	x	3,0	1,9 tot 4,6	x	x
Aansluitende afspraken op één dag	x	x	2,2	1,4 tot 3,4	2,5	1,7 tot 3,8
Vervolgspraak op dezelfde locatie	1,7	1,1 tot 2,5	x	x	x	x
Balie of contactpersoon voor informatie over ziekte en gezondheid	1,5	1,0 tot 2,3	x	x	ns	
Wachttijd in wachtkamer <15 minuten	ns		x	x	ns	
Vervoersmogelijkheden en reisafstand naar het ziekenhuis						
<i>Vervoer:</i>						
- met eigen auto ^b	(1,0)		(1,0)		(1,0)	
- met auto van een ander	ns		5,6	1,4 tot 23,2	ns	
- anders (geen auto)	2,8	1,7 tot 4,5	2,9	1,7 tot 4,9	2,0	1,2 tot 3,3
Reisafstand naar Uden (langer versus korter ^b dan de mediane afstand)	1,9	1,2 tot 2,9	1,8	1,2 tot 2,8	1,6	1,0 tot 2,4
Achtergrond kenmerken van de respondenten						
Geslacht (vrouw versus man ^b)	1,9	1,2 tot 2,9	ns		ns	
<i>Opleiding:</i>						
- hoog ^b	(1,0)		(1,0)		(1,0)	
- midden	0,4	0,3 tot 0,8	0,4	0,2 tot 0,6	0,4	0,2 tot 0,6
- laag	0,5	0,3 tot 0,8	ns		0,5	0,3 tot 0,8
Leeftijd (65 of ouder versus 65- ^b)	0,4	0,3 tot 0,7	0,2	0,2 tot 0,4	ns	
Ervaren beperking (beperkt/ernstig beperkt versus niet beperkt ^b)	0,3	0,2 tot 0,6	ns		ns	

^a de variabele specialistencontact en de constante in het model zijn voor de drie situaties niet significant

^b referentie categorie

x kenmerk was in vignetten van de betreffende situatie niet opgenomen

ns geen significant verband (p<0,05)

De analyses wijzen verder uit dat bij een langere reisafstand naar het nieuwe ziekenhuis, respondenten vaker kiezen voor een bezoek aan het (dichtstbijzijnde) servicepunt. Als mensen niet met de auto kunnen reizen, gaat hun voorkeur ook meer uit naar het servicepunt. Vrouwen kiezen voor onderzoek ook vaker voor servicepunten dan mannen. In tabel 5.2 is verder te zien dat respondenten die ouder, meer beperkt en lager opgeleid zijn, juist minder vaak voor een bezoek aan een servicepunt kiezen. Geslacht, leeftijd, ervaren beperking en opleidingsniveau zijn dus mede bepalende factoren voor de keuze tussen het ziekenhuis en een servicepunt.

Tabel 5.3 Evaluatie van de keuzesituaties (vignetten) door respondenten

Keuze voor servicepunt of ziekenhuis	Hartfilmpje (ECG) (N _{max} =62) ^a		Vorbereiding voor heup-/knie-operatie (N _{max} =60) ^a		Spreekuur voor diabetes (N _{max} =57) ^a	
	N	%	N	%	N	%
Voorbeeld sprak aan	45	79	53	91	48	86
Bij de beschrijving informatie gemist	20	39	16	32	14	29
<i>Moeilijk of gemakkelijk:</i>						
(Heel) gemakkelijk	29	49	34	57	37	65
Niet gemakkelijk/niet moeilijk	20	34	20	33	17	30
(Heel) moeilijk	10	17	6	10	3	5
<i>Doorslaggevende kenmerk:</i>						
Wachttijd voor een afspraak	x	x	13	23	x	x
Wachttijd in de wachtruimte	9	15	x	x	9	18
Dezelfde specialist	x	x	33	59	29	58
Aansluitende afspraken	x	x	10	18	10	20
Dezelfde locatie	42	68	x	x	x	x
Aanwezigheid van een balie of contactpersoon voor vragen over ziekte en gezondheid	11	18	x	x	2	4
Kenmerken gemist	42	69	24	41	27	52

^a het aantal respondenten dat de vraag niet heeft ingevuld wisselt per vraag

x kenmerk was in vignetten van de betreffende situatie niet opgenomen

Met de afsluitende vragen in elk vignetboekje konden de vignetten worden geëvalueerd. De gekozen situaties spraken de meeste deelnemers aan (91% tot 79%). Opvallend is dat de deelnemers de eerste situatie minder aansprekend vonden en meer informatie misten dan bij de laatste twee situaties. Ongeveer éénderde van de respondenten miste informatie bij de beschrijving van de keuzesituaties.

Op een open vraag naar welke informatie men dan miste, kwam een aantal keer het antwoord dat informatie miste over de duur van een hartfilmpje of van het consult.

Daarnaast zei 41% (situatie heup-/knie-operatie) tot 69% (situatie hartfilmpje) van de deelnemers dat zij kenmerken misten in de vignetten, die wel doorslaggevend waren voor hun keuze. Op de vraag welk kenmerk dit dan was, antwoordden de meeste respondenten “de reistijd”, maar ook de parkeermogelijkheden en wachtlijst werden hier genoemd.

De antwoorden op de vraag naar welke kenmerken nu doorslaggevend waren voor de keuzes zijn geheel in de lijn van de resultaten van de logistische regressie (tabel 5.3). Ook hier kwamen dezelfde specialist en dezelfde locatie voor een vervolgspraak als doorslaggevende kenmerken naar voren.

5.3 De vignetbijeekomsten

Naast het invullen van de vignetboekjes was er tijdens de bijeenkomsten een groepsdiscussie over de begrijpelijkheid van de vignetten en de doorslaggevende factoren. De meeste respondenten vonden het invullen van de vignetten niet moeilijk. Een aantal mensen vond het lastig dat alle beschrijvingen zoveel op elkaar leken. Diverse deelnemers gaven aan dat zij informatie misten in de beschrijving. Bijvoorbeeld over de deskundigheid van de specialisten en medewerkers in het ziekenhuis en in de servicepunten. Ook gaf een aantal respondenten aan dat zij informatie misten over de tijd die het kost om een parkeerplek te vinden. Als de reistijd kort is, maar het lang duurt om een parkeerplek te vinden levert dit nog geen voordeel op.

Een aantal respondenten vond de vignetten niet realistisch. Een diabetespatiënt vertelde bijvoorbeeld dat de wachttijd in de vignetten veel korter was dan het bij hem in de praktijk was. En een aantal respondenten had behoefte aan meer uitleg over wat een servicepunt inhoudt. Zij vonden het lastig dat de invulling hiervan nog niet duidelijk is. Enkele deelnemers noemden de vignetten te ‘ziekenhuisgericht’ omdat alleen de kenmerken van de vignetten varieerden, zowel in positieve als negatieve zin, en de kenmerken van het ziekenhuis in alle gevallen positief geformuleerd waren (zie 2.5.2).

Veel respondenten gaven aan dat de reistijd voor hen de doorslaggevende factor was in de keuze tussen het ziekenhuis en het servicepunt. Eén respondent vertelde dat voor hem de wachttijd in de wachtruimte niet belangrijk is voor de keuze, omdat het verschil in reistijd groot is. Ook gaf een respondent aan dat hij liever twee keer naar Oss reist, dan één keer naar Uden, omdat zijn reistijd naar het servicepunt kort is.

“Ik kom uit Lith en ben nu al 25 minuten bezig om hier te komen. Straks naar Uden is dat nog 25 minuten extra.”

“Ik ga toch het liefst naar het servicepunt, wat meer wachttijd maakt dan niet uit.”

“Als je straks een gebroken pols hebt en je moet voor foto’s helemaal naar Uden, dan vind ik dat belachelijk.”

Eén respondent gaf aan dat zij niet een individuele keuze heeft gemaakt, maar de vignetten zo heeft ingevuld dat het belang van het servicepunt wordt benadrukt:

“Ik heb overal voor het servicepunt gekozen, om er voor Oss zoveel mogelijk uit te slepen.”

Een aantal deelnemers gaf aan te twijfelen over de kwaliteit van zorg op de servicepunten:

“Er is geen echte keuze. Ik wil mijn eigen specialist zien. Maar dat alle specialisten hier op het servicepunt spreekuur draaien, dat is een utopie.”

“Als er iets moeilijks aan de hand is, dan kies ik voor het ziekenhuis. Daar is toch meer kwaliteit, kennis en betere communicatie.”

6 Conclusies, discussie en aanbevelingen

Dit onderzoek richtte zich op de wensen en verwachtingen van ouderen en chronisch zieken ten aanzien van de toekomstige ziekenhuis servicepunten in Oss en Veghel voor ambulante planbare medisch specialistische zorg. Resultaten van een vragenlijstonderzoek onder patiënten van ziekenhuis Bernhoven lieten duidelijke voorkeuren, prioriteiten en keuzes van patiënten zien. Zowel wat betreft de algemene voorwaarden waar de zorg in de servicepunten aan moet voldoen, als de functies die in de servicepunten zouden moeten komen, hadden patiënten duidelijke wensen. Uiteindelijk is met behulp van een vignetonderzoek duidelijkheid verkregen in de toekomstige keuzes van patiënten voor een bezoek aan het ziekenhuis of aan het servicepunt. Dit hoofdstuk bevat de belangrijkste conclusies van het onderzoek, een discussie en aanbevelingen voor ziekenhuis Bernhoven.

6.1 Conclusies

De bevindingen worden hieronder aan de hand van de vraagstellingen van het onderzoek op hoofdlijnen samengevat.

6.1.1 *Wat zijn de wensen en verwachtingen van patiënten ten aanzien van toekomstige ziekenhuis servicepunten in Oss en Veghel?*

Patiënten stellen de volgende prioriteiten wat betreft de functies van de servicepunten:

- De servicepunten moeten volgens 90% van de patiënten bovenal mogelijkheden voor onderzoek bieden. Daarbij vinden de respondenten de mogelijkheid om bloed te laten prikken het meest belangrijk, gevolgd door de mogelijkheden voor röntgen-, echoscopie- en hart- en longfunctie onderzoek volgen. Ook de mogelijkheid voor onderzoek en afspraken ter voorbereiding op een operatie vinden respondenten in meerderheid (80%) belangrijk.
- Op de tweede plaats moeten de servicepunten volgens 80% van de respondenten spreekuren bieden. Patiënten hechten daarbij een groter belang aan spreekuren met specialisten dan met gespecialiseerd verpleegkundigen. Als patiënten mogen kiezen voor welke aandoeningen en specialismen deze spreekuren er moeten komen, geven zij prioriteit aan spreekuren voor de meest voorkomende ziekten en aandoeningen.
- Paramedische zorg op de servicepunten wordt door meer dan de helft (57%) van de respondenten belangrijk gevonden. Dit betreft dan fysiotherapie, ergotherapie, diëtetiek en logopedie.

- Circa de helft van de respondenten (55%) vindt een balie of contactpersoon voor informatie over ziekte en gezondheid belangrijk, en 40% wil een woon-zorg-loket.
- Tenslotte vindt ruim de helft van de respondenten (55%) een uitleen- of verkooppunt voor hulpmiddelen belangrijk op de servicepunten.

Ouderen vinden de mogelijkheid voor hart- en longfunctie onderzoeken en bloedprikken belangrijker dan jongere respondenten. Ouderen, chronisch zieke patiënten en patiënten met een beperking vinden een balie voor vragen over wonen en zorg belangrijk. Ouderen en patiënten die vaak een specialist bezoeken, hechten meer belang aan een apotheek in het servicepunt. Vooral laagopgeleiden en ouderen hechten belang aan servicepunten met een breed zorgaanbod, zodat zij er voor zowel spreekuren en onderzoek als aanvullende diensten terecht kunnen.

Patiënten hebben de volgende verwachtingen ten aanzien van ziekenhuiszorg en zorg op de servicepunten:

- Goed overleg tussen zorgverleners en de mogelijkheid om steeds dezelfde specialist te zien zijn voor ouderen en chronisch zieken in de regio Oss-Uden-Veghel twee heel belangrijke aspecten van ziekenhuiszorg; 93% vindt dit belangrijk. Mensen met een beperking hechten hier in het bijzonder belang aan.
- Daarnaast is het heel belangrijk voor patiënten (86%) dat de ziekenhuiszorg dichtbij huis is. Vrouwen en ouderen vinden dit belangrijker dan andere respondenten.
- Ook tijdigheid van zorg vinden de patiënten belangrijk. Dit betekent dat een afspraak bij de specialist in de regel binnen twee weken moet kunnen plaatsvinden (96% hecht hier belang aan) en dat patiënten niet langer dan vijftien minuten in de wachtkamer hoeven te wachten (75%).
- Daarnaast hechten de respondenten in dit onderzoek eraan om alle zorg op één locatie te ontvangen (83%).
- Patiënten vinden ruime parkeermogelijkheden en een goede bereikbaarheid met het openbaar vervoer belangrijk (respectievelijk 86% en 83%). Daarbij vinden ouderen de bereikbaarheid wat betreft vervoer belangrijker dan jongeren.
- Eenderde tot de helft van de patiënten vindt bereikbaarheid van ziekenhuiszorg via email en telefoon belangrijk (respectievelijk 55% en 34%). Vooral mensen met een beperking, hoogopgeleiden en jongere patiënten vinden dit belangrijk. Voor de toekomstige situatie zal de bereikbaarheid via email en telefoon daarom steeds belangrijker worden.

Een minderheid van de patiënten in de regio Oss en Veghel (respectievelijk 27% en 36%) is voorstander van de verhuizing van Bernhoven. Met name patiënten die geen auto hebben voor vervoer naar het ziekenhuis, patiënten met een lange reisafstand tot het ziekenhuis, patiënten met een slechte gezondheid, en ouders van chronisch zieke kinderen vinden de komst van het nieuwe ziekenhuis bepaald geen verbetering. Toch geven de respondenten uit de regio Oss en Veghel wel vaak aan dat zij de inrichting van servicepunten een goed idee vinden (respectievelijk 90% en 88%). Ook patiënten die geen auto tot hun beschikking hebben voor vervoer naar het ziekenhuis, geven dit vaak aan. Tegelijkertijd vindt een meerderheid van de patiënten een servicepunt zonder

spoedeisende hulp “niets waard” (72%). Desalniettemin noemt maar 3% de spoedeisende hulp dichtbij als grootste gemis voor de toekomst. Vooral patiënten met een lange reisafstand naar het nieuwe ziekenhuis en patiënten zonder eigen auto zijn tegen de verhuizing van ziekenhuis Bernhoven en vestigen hun hoop op de servicepunten.

6.1.2 Welke keuzes zullen patiënten in de toekomst maken als het gaat om de ziekenhuiszorg in de regio Oss-Uden-Veghel?

Patiënten die dicht bij een servicepunt dan bij het ziekenhuis wonen, willen het liefst naar dit servicepunt. Vooral patiënten in de regio Oss zullen in de toekomst kiezen voor een bezoek aan het dichtstbijzijnde servicepunt. Terwijl driekwart van de patiënten in Oss voor een controle- of spreekuurafpraak in de toekomst naar het servicepunt wil, geldt dit voor tweederde van de respondenten uit Veghel. Voor onderzoeken en afspraken ter voorbereiding op een operatie zegt ongeveer tweederde van de patiënten in de regio Oss en rond de helft van de patiënten in de regio Veghel, naar het servicepunt te gaan.

Patiënten stellen duidelijke voorwaarden bij hun keuze voor het servicepunt; zij willen hun eigen specialist zien. Als de kwaliteit van zorg op het servicepunt verschilt van de kwaliteit in het ziekenhuis, blijkt dat patiënten vooral kiezen voor de locatie waar zij hun eigen specialist kunnen zien, met een korte wachtlIJst voor een afspraak en met aansluitende afspraken op één dag. De reisafstand en vervoersmogelijkheden zijn dan minder belangrijk voor de toekomstige keuze tussen een bezoek aan het ziekenhuis of aan een servicepunt.

Hoewel ouderen meer belang hechten aan bereikbaarheid van de ziekenhuiszorg, zullen zij in werkelijkheid waarschijnlijk minder snel kiezen voor een bezoek aan het servicepunt. Ook laagopgeleiden en mensen met een beperking kiezen in de toekomst vermoedelijk vaker voor het ziekenhuis. Wellicht vinden zij het moeilijk om zich een voorstelling te maken bij een toekomstig servicepunt. De onbekendheid met het servicepunt zou hen dan laten kiezen voor een bezoek aan het ziekenhuis. Patiënten die chronische of meer complexe zorg nodig hebben, lijken eerder voor een bezoek aan het ziekenhuis te kiezen, omdat zij daar voor een breder scala aan gezondheidsproblemen terecht kunnen.

6.2 Discussie

Alhoewel de termen Ziekenhuis Service Punten en steunpunten in de literatuur niet terug zijn gevonden, zijn wel beschrijvingen gevonden van vergelijkbare vormen van medisch specialistische ambulante planbare zorg. Zowel in binnen- als buitenland zijn er buitenpoliklinieken waar specialisten of gespecialiseerd verpleegkundigen spreekuur houden. Deze hebben soms onderzoeksmogelijkheden. Studies naar dergelijke initiatieven laten een grotere tevredenheid van patiënten zien over deze bereikbaarheid van de ziekenhuiszorg. Bij initiatieven waarbij ook de samenwerking met eerstelijns zorgverleners is geïntensiveerd, daalde het aantal verwijzingen en ziekenhuisopnames.

Met het decentraliseren van de zorg lijkt dus vooral winst te behalen voor wat betreft de bereikbaarheid en doelmatigheid van zorg.

Volgens de geraadpleegde literatuur zijn reputatie, bereikbaarheid, toegankelijkheid en continuïteit van zorg aspecten die burgers het meest belangrijk vinden aan ziekenhuiszorg. Deze laatste drie aspecten zijn in de vragenlijst aan de orde gesteld. Uit de resultaten blijkt dat reisafstand en continuïteit van zorgverlener de belangrijkste aspecten zijn voor ouderen en chronisch zieken. In het literatuuroverzicht (hoofdstuk 3) staan studies beschreven naar de keuzes van patiënten tussen ziekenhuizen. In dit onderzoek is de keuze tussen een bezoek aan het servicepunt of het ziekenhuis onderzocht. Er is geen ander gepubliceerd onderzoek gevonden waarin de keuzes van patiënten tussen ziekenhuis of een vorm van decentrale, ambulante ziekenhuiszorg centraal stonden. Ook is nieuwe informatie vergaard over de keuzes van ouderen en chronisch zieken in verschillende situaties. Dat de voorkeur van patiënten per situatie (onderzoek, spreekuur of afspraken ter voorbereiding op een operatie) verschilt, is voor zover bekend niet eerder gerapporteerd.

De reputatie van de steunpunten is niet in de vragenlijst meegenomen, omdat het een lastig te meten begrip is dat bovendien moeilijk te beïnvloeden is. Reputatie is gebaseerd op ervaringen, en zowel voor het nieuwe ziekenhuis als voor de servicepunten moet dit nog opgebouwd worden. Bij de invulling van de steunpunten kan in de communicatie van het ziekenhuis over de veranderingen rekening worden gehouden met het belang van reputatie. Positieve ervaringen van burgers en hun naasten met de ziekenhuiszorg zullen leiden tot mond-tot-mond reclame. Zodra de steunpunten zijn ingericht kan door het leveren van goede patiëntenzorg de reputatie verder worden opgebouwd. Dit kan dan ook het adherentieverlies beperken. Uit dit onderzoek blijkt dat maximaal 9-14% van de patiënten in het verzorgingsgebied in de toekomst zal kiezen voor een ander ziekenhuis dan Bernhoven. Goede ervaringen met de zorg van Bernhoven kunnen voorkomen dat patiënten hun heil elders zoeken.

Respondenten die met de auto reizen onderschatten over het algemeen hun huidige reistijd naar Oss of Veghel en overschatten hun toekomstige reistijd naar Uden-Noord. Dit blijkt bij een vergelijking tussen de geschatte reistijd en de berekende reistijd met behulp van het bestand Drive Time Matrix (DTM) die de snelste afstand over de weg berekent (zie tabel 4.9 en 4.10). Een verklaring voor de overschatting van de toekomstige reistijd kan zijn dat de Drive Time Matrix waar de berekende reistijd van is afgeleid geen rekening houdt met wachttijden voor de pont en spoorwegovergangen, en de vaartijd van de pont. Ook het verschil tussen de reistijd op de weg en de totale tijd van deur tot deur kan een gedeeltelijke verklaring zijn. Deze wacht- en vaartijden en tijd om in en uit een auto te stappen kunnen de overschatting voor de toekomstige situatie echter niet geheel verklaren. De meeste respondenten die naar Uden over het spoor moeten, moeten dat in de huidige situatie naar Oss of Veghel ook. De respondenten uit het maasgebied die met een pont moeten, moeten dit zowel naar Oss als naar Uden. Een belangrijke verklaring voor de onderschatting voor de huidige reistijd en de overschatting voor de toekomstige reistijd lijkt het subjectieve beeld van de afstand, oftewel de 'mental map'. Een mental map is iemands voorstelling van de omgeving, ontwikkeld door ervaring, gevolgd

reisroutes, referentiepunten en centra van activiteiten. Een bekende reisroute wordt als korter ervaren dan een minder bekende reisroute (Gatrell, 1983). Dit verklaart het verschil in geschatte reistijd nu en straks. Bovendien onderschatten mensen de afstand naar een plaats die voor hen positieve kenmerken en associaties heeft, en zullen zij de afstand naar een bestemming waar zij minder positieve associaties bij hebben - in dit geval het nieuwe ziekenhuis in Uden-Noord - eerder overschatten (Gatrell, 1983).

De meerwaarde van het vignetonderzoek boven de resultaten van het vragenlijstonderzoek ligt in de meer realistische keuzesimulatie. Hierdoor is een belangrijk verschil met resultaten uit het vragenlijstonderzoek gebleken: ouderen, mensen met een beperking en mensen met een laag opleidingsniveau kiezen minder vaak voor een bezoek aan het (dichtstbijzijnde) servicepunt. En terwijl uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat patiënten in Oss en Veghel voor spreekuren het liefst naar de servicepunten gaan, laat het vignetonderzoek zien dat mensen voor diabetesspreekuren in werkelijkheid eerder voor het ziekenhuis kiezen. Op overige punten bevestigen de resultaten van de vignetstudie die van het vragenlijstonderzoek. Uit het vragenlijstonderzoek blijken continuïteit van zorgverlener en reisafstand de belangrijkste aspecten van ziekenhuiszorg voor de respondenten. Uit het vignetonderzoek blijkt dat vooral de continuïteit van zorg, zowel voor wat betreft dezelfde specialist als aansluitende afspraken en wachttijd, de doorslaggevende factoren zijn voor de keuzes van patiënten. Zowel uit het vragenlijst- als het vignetonderzoek blijkt dat patiënten voor een afspraak voor pre-operatieve screening eerder voor een bezoek aan het ziekenhuis kiezen dan bij een spreekuurafspraak. Uit het vignetonderzoek bleek tevens dat patiënten voor onderzoek meestal kiezen voor een bezoek aan het servicepunt.

Omwille van een beperking van het aantal vignetten is ervoor gekozen om de beschrijving van zorg voor de situaties op het ziekenhuis constant te houden. De variabelen varieerden zodoende alleen voor de situaties op het servicepunt, waarbij de kenmerken van de zorg op de servicepunten eerder negatiever geformuleerd waren dan die voor de situaties in het ziekenhuis. Dit ter voorkoming van dominante keuzes, waardoor het moeilijker zou zijn om de invloed van kenmerken van de zorg op de keuzes te onderzoeken. Omdat de reistijd voor de deelnemers van de vignetbijeenvkomsten naar een servicepunt sowieso korter is dan naar het nieuwe ziekenhuis, was de verwachting dat respondenten anders altijd voor het servicepunt zouden kiezen. Deze aanpak heeft er echter wel toe geleid dat respondenten de vignetten soms te ziekenhuisgericht vonden. Een andere onderzoeksopzet kan weliswaar een meer evenwichtige variatie opleveren, maar resulteert ook in aanzienlijk meer vignetten. Voor elke respondent zou dan een steekproef uit de vignetten getrokken moeten worden, wat vervolgens ten koste zou gaan van de betrouwbaarheid en representativiteit van het onderzoek.

De waargenomen discrepanties tussen de voorkeuren en verwachtingen, zoals die blijken uit het vragenlijstonderzoek, en de uiteindelijke keuzes van patiënten in het vignetonderzoek, kunnen gedeeltelijk worden verklaard door de fenomenen 'loss aversion' en 'endowment'. Mensen hebben de neiging om een keuze te maken die verliezen zal vermijden (Salkeld et al., 2000; Tversky et al., 1991). In de regel is sprake van zogenaamde verliesafkerigheid of verliesangst (loss aversion) en mensen handelen bij

voorbaat risicomijdend (risk averse). Bij het maken van keuzes wegen mogelijke verliezen zwaarder dan te behalen winsten. Bovendien zijn mensen in de regel behoudend; ze hebben de neiging om vast te houden aan wat ze hebben of aan wat er is (endowment). Ze zullen dan ook eerder kiezen voor wat er al is, dan dat ze kiezen voor iets anders, wat ze nog niet kennen en wat gepaard kan gaan met een verlies.

In deze studie zijn de wensen, verwachtingen en keuzes van ouderen en chronisch zieken in de regio Oss-Uden-Veghel onderzocht. Gegeven de achtergrondkenmerken en het zorggebruik van patiënten in deze studie, lijken de resultaten ook een representatief beeld te kunnen geven voor de landelijke situatie. Wat betreft leeftijdsopbouw en zorggebruik is de regio redelijk representatief voor de landelijke situatie (zie ook paragraaf 2.3.1). Ook komt het zorggebruik van chronisch zieken in dit onderzoek, namelijk gemiddeld vier specialistencontacten per jaar, overeen met landelijke cijfers voor chronisch zieken. Landelijke gegevens over het zorggebruik van chronisch zieken laten zien dat meer dan driekwart (76%) van de mensen met een chronische aandoening jaarlijks contact heeft met één of meer medisch specialisten, dat chronisch zieken in 2003 gemiddeld vier keer per jaar een medisch specialist bezochten, en dat ze - als ze contact hadden met een specialist - daarbij gemiddeld 5,4 bezoeken hadden (Rijken et al., 2004). Naar alle waarschijnlijkheid weerspiegelen de resultaten van dit onderzoek dus ook meer in het algemeen de wensen, verwachtingen en keuzes van ouderen en chronisch zieken in Nederland als het gaat om ambulante medisch specialistische planbare zorg.

6.3 Aanbevelingen

Bernhoven wil de ziekenhuis servicepunten vraaggericht invulling geven. Uit de resultaten van dit onderzoek naar wensen, verwachtingen en voorkeuren van patiënten zijn een aantal aanbevelingen voor de inrichting van de servicepunten af te leiden. Deze aanbevelingen geven antwoord op de vragen welke zorg er in elk geval gegarandeerd moet worden op de servicepunten en aan welke voorwaarden deze zorg moet voldoen. Daarnaast wordt beredeneerd wat de keuze voor het servicepunt voor patiënten aantrekkelijker maakt en welke verschillen er zouden moeten zijn tussen de servicepunten in Oss en Veghel.

6.3.1 *Wat moet er volgens patiënten in ieder geval aan zorg op de servicepunten gegarandeerd worden?*

Een vraaggestuurde inrichting legt de nadruk op mogelijkheden voor onderzoek en spreekuren voor de meest voorkomende ziekten en aandoeningen met de eigen specialist. De oogarts, internist en cardioloog zijn de meest geconsulteerde specialisten; meer dan 25% van de ouderen en chronisch zieken heeft deze in 2005 bezocht (zie tabel 4.6 voor de volledige top tien). De prioriteit moet daarom vooral bij deze specialismen liggen, voor zover het gaat om voorspelbare zorg. De prevalentie van aandoeningen is het hoogst bij hart- en vaatziekten, diabetes, longziekten en aandoeningen van het bewegingsapparaat (zie tabel 4.4 voor de volledige top tien). De servicepunten moeten dan ook in elk geval

voor deze doelgroepen ingericht zijn. Met name voor de kortdurende consulten en gecombineerde afspraken (bijvoorbeeld voor multidisciplinaire spreekuren) willen patiënten op de servicepunten terecht kunnen. Een bezoek aan het verder gelegen ziekenhuis voor korte, afzonderlijke afspraken is eerder ongewenst.

6.3.2 *Aan welke voorwaarden moet de ziekenhuiszorg daarbij voldoen?*

Voor alle zorg geldt dat de afstemming tussen verschillende (disciplines) zorgverleners voor patiënten heel belangrijk is. Patiënten hebben het liefst afspraken aansluitend aan elkaar gepland. En de wachttijd, zowel in weken voorafgaand aan een afspraak als de wachttijd in de wachtkamer, mag niet te lang zijn en niet teveel in negatieve zin afwijken van die in het ziekenhuis.

6.3.3 *Wat maakt de keuze voor het servicepunt aantrekkelijker?*

Meer dan de helft van de patiënten (50% tot 70%) vindt ook andere functies dan de mogelijkheden voor onderzoek en spreekuren belangrijk op de servicepunten. Zij hechten belang aan paramedische zorg, een balie of contactpersoon voor informatie over ziekte en gezondheid, een hulpmiddelen-uitleen en een apotheek. Deze functies kunnen een bezoek aan het servicepunt dan ook aantrekkelijker maken. Verder voorziet een woon-zorg-loket in een behoefte. Hoewel minder dan de helft van de patiënten deze voorlichtingsmogelijkheid (heel) belangrijk vindt, spreekt dit toch vooral de ouderen en mensen met een beperking aan. Met een dergelijke balie of contactpersoon wordt het servicepunt voor deze doelgroepen aantrekkelijker. Deze aanvullende services en diensten kunnen onderdeel zijn van een breder zorgsteunpunt, waar ook het ziekenhuis servicepunt in de toekomst onderdeel van kan uitmaken.

6.3.4 *Welke verschillen zijn er in verwachtingen en voorkeuren voor het servicepunt in Oss en het servicepunt in Veghel?*

Patiënten uit de regio's Oss en Veghel verschillen niet wat betreft de functies die zij belangrijk vinden voor op de servicepunten. Alleen de apotheek als aanvullende dienst heeft in Veghel minder de voorkeur dan in Oss. Er zijn ook geen grote verschillen tussen de regio's in de verwachtingen ten aanzien van ziekenhuiszorg. In de voorwaarden waar de twee toekomstige servicepunten aan moeten voldoen hoeft dus niet nadrukkelijk rekening te worden gehouden met verschillen tussen Oss en Veghel.

Uit dit onderzoek komt net als uit het eerder uitgevoerde bereikbaarheidsonderzoek (CBZ, 2005) dat de reistijd en -afstand voor patiënten in de regio Oss het meest stijgt. De patiënten in Oss geven, mede om die reden, ook aan het meest gebruik te zullen maken van de servicepunten (80% van de respondenten), en ze zijn ook het meest negatief over de verhuizing. Bovendien geeft in deze regio het grootste percentage (3% tot 13%) aan naar een ander ziekenhuis te zullen gaan na de verhuizing van ziekenhuis Bernhoven naar

Uden-Noord. In Veghel betreft het adherentieverlies minimaal 1% en maximaal 9%. Door een vraaggestuurde inrichting van de servicepunten voor de meest voorkomende planbare en ambulante zorg kan ziekenhuis Bernhoven grotendeels tegemoet komen aan de wensen van patiënten in Oss en Veghel en wordt het adherentieverlies mogelijk beperkt. De ziekenhuis servicepunten zouden daarom in ieder geval spreekuren en diagnostiek voor de meest voorkomende ziektes en aandoeningen voor ouderen en chronisch zieken moeten bieden.

Literatuur

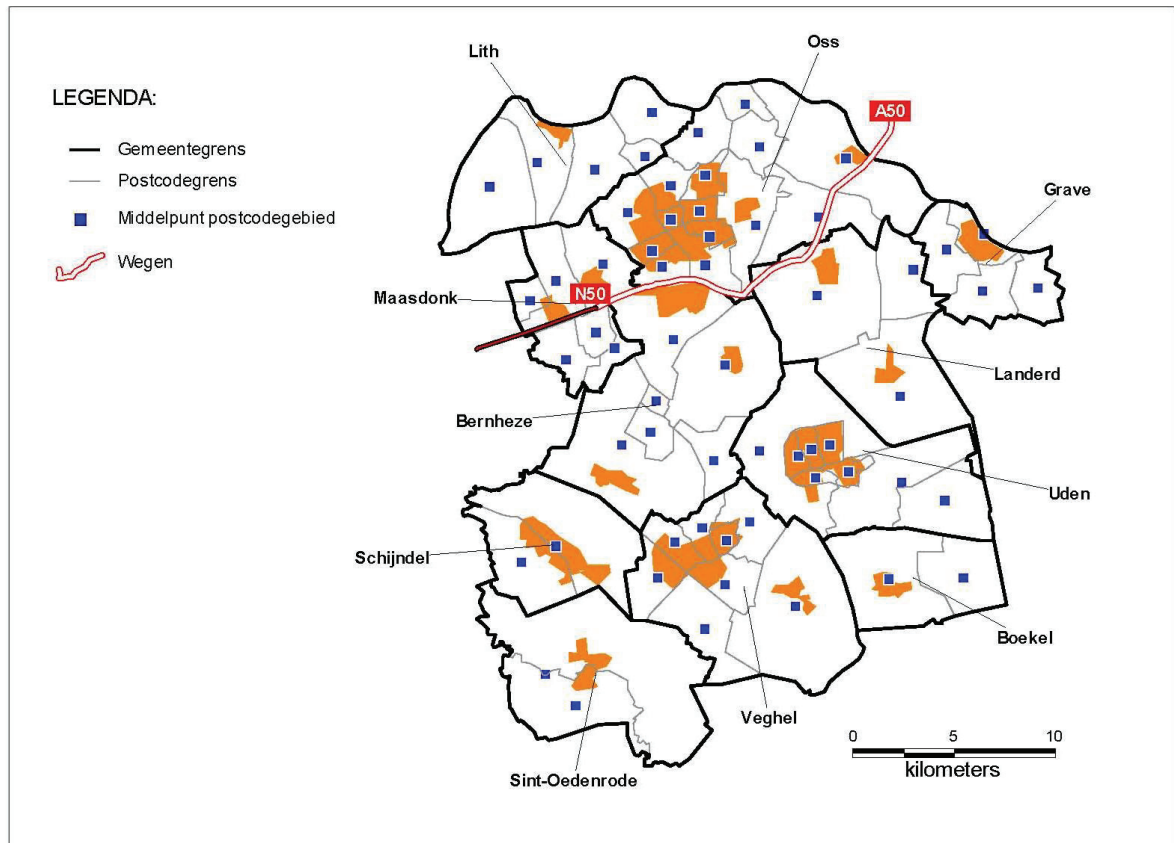
- Anonymous. Eerste lijn trekt diabeteszorg naar zich toe. *Medisch Contact*, 2005; (7):262
- Boereboom MJ. *Verklaring concentratienieuwbouw ziekenhuis Bernhoven*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006
- Bond M, Bowling A, Abery A, Mc Clay M, Dickinson E. Evaluation of outreach clinics held by specialists in general practice in England. *J Epidemiol Community Health*, 2000; 54:149-56
- Burge P, Devlin N, Appleby J, Rohr C, Grant J. *London patient choice project evaluation*. London: RAND, 2005
- Casparie AF. *Rapport inzake de toekomstige ziekenhuiszorg in de regio Oss-Uden-Veghel*. Hattem, 2001
- CBZ. *Adviesrapport sector ziekenhuizen*. College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ). 23-05-2005; A02014
- Dijkstra A. Effect van de invoering van een orthopedisch verpleegkundig spreekuur op de ligduur van total-hip patiënten. *Verpleegkunde*, 2001; 16(1):17-27
- Douglas KM, Potter T, Treharne GJ, Obrenovic K, Hale ED, Pace A et al. Rheumatology patient preferences for timing and location of out-patient clinics. *Rheumatology (Oxford)*, 2005; 44(1):80-2
- Dückers MLA, Bles B, Wagner C. De keuze van de patiënt voor een ziekenhuis bij een niet acute knieoperatie. ongepubliceerd, 2006
- Dwight-Johnson M, Lagomasino IT, Aisenberg E, Hay J. Using conjoint analysis to assess depression treatment preferences among low-income latinos. *Psychiatric services*, 2004; 55(8):934-6
- Es R van. Een wereld van verschil; 'Lijnoverschrijdende' samenwerking in Zaanse regio is veelbelovend. *Medisch Contact*, 2006; 61(20):826-8
- Finlayson SRG, Birkmeyer JD, Tosteson ANA, Nease RF. Patient Preferences for Location of Care, Implications for Regionalization. *Med Care*, 2002; 37(2):204-9
- Gatrell A, *Distance and space; A geographical perspective*. Oxford : Clarendon Press, 1983
- Geodan IT BV. *Drive Time Matrix van Nederland 2006*. Amsterdam, 2006
- Gruen RL, Weermanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings (review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003; (4):1-64
- Hartog M. *Effecten van marktstructuur en gedrag op het resultaat van algemene ziekenhuizen*. Tilburg: Universiteit van Tilburg, 2004

- Hutten J et al. *Ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg. Nationaal Kompas Volksgezondheid.* www.rivm.nl/vtv
- Hutten J, Lindert H van, Groenewegen PP. Eerste en tweede lijn vinden elkaar. *Medisch Contact*, 2003; 58(34)
- Janse AFC, Hutten JBF, Spreuwenberg P. *Patiënten oordelen over ziekenhuizen II: ervaringen en meningen van patiënten in 37 Nederlandse ziekenhuizen.* Utrecht: NIVEL, 2002
- Leys M. *Kiezen in zorg: preferentie en competenties van consumenten: een 'quick scan' van aandachtspunten en wetenschappelijke inzichten.* Den Haag: ZonMw, 2003
- Lindert H van, Friele R, Sixma H. *Wat vinden patiënten met een reumatische aandoening belangrijk in de gezondheidszorg?: de verlanglijst van reumapatiënten.* Utrecht: NIVEL, 2000
- Love MM, Mainous AG, Talbert JC, Hager GL. Continuity of care and the physician-patient relationship: the importance of continuity for adult patients with asthma. *J Fam Pract*, 2000; 49(11):998-1004
- Lutke Schipholt I. Tweerichtingsverkeer; Transmuraal centrum in Houten. *Medisch Contact*, 2002; 57(28/29)
- Mistiaen P. *MS aanspreekpunt: twee jaar ervaring met een MS aanspreekpunt bij het VU ziekenhuis: eindrapportage.* Amsterdam: Onderzoekscentrum 1e-2e lijn, 1998
- Moayyedi P, Wardman M, Toner J, Ryan M, Duffett S. Establishing patient preferences for gastroenterology clinic reorganization using conjoint analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2002; 14(4):429-33
- Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, Zyzanski SJ, Stange KC. Continuity of primary care: to whom does it matter and when? *Ann Fam Med*, 2003; 1(3):149-155
- O'Brien K, Mattick R, Mandall N, Wright J, Conboy F, Gosden T. Are specialist outreach clinics for orthodontic consultation effective? A randomised controlled trial. *Br Dent J*, 2001; (191):203-7
- Otten F. *Meer mensen bezoeken tandarts en fysiotherapeut Webmagazine CBS.* www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/mens-maatschappij/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2004
- Phillips KA, Johnson FR, Maddala T. Measuring what people value: a comparison of "attitude" and "preference" surveys. *Health Services Research*, 2003; 37:1659-79
- Posnet J. *Are bigger hospitals better.* In: McKee M, Healy J (eds). *Hospitals in a changing Europe.* Buckingham: Open University Press, 2002:100-18
- Prismant. *Prisma management facetten 2004, ziekenhuis Bernhoven.* Utrecht: Prismant, 2004
- Raatgever M. Patiënten tevreden over nurse practitioner. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 2002; 112(9):52-5
- Renders CM, Valk CD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JThM, Assendelft WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000; (4):1-124
- Rijen AJG van. *Internetgebruiker en kiezen van zorg.* Zoetermeer: RVZ, 2003

- Rijken PM, Spreeuwenberg P. *Patiëntenpanel Chronisch Zieken: kerngegevens zorg 2003*. Utrecht: NIVEL, 2004
- RIVM. *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid*. <http://www.zorgatlas.nl>> versie 3.5
- Rosén P. Public dialogue on health care prioritisation. *Health policy*, 2006; 79(1):107-16
- Rosén P, Karlberg I. Opinions of Swedish citizens, health-care politicians, administrators and doctors on rationing and health-care financing. *Health Expectations*, 2002; (5):148-55
- Rosendal H. *Comparative cohort studies in transmural care: three cases of structurally embedded practice in The Netherlands = Vergelijkende cohortstudies in transmurale zorg: drie cases van structureel ingebedde praktijk in Nederland*. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2002
- Rosier J. De opmars van het verpleegkundig spreekuur. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 2002; (9):34-40
- Rupp I. *Ervaringenlijst diabetes; onderzoek naar het discriminerend vermogen*. Amsterdam: Afdeling sociale geneeskunde AMC-UvA, 2006
- Ruysbroek JMH et.al. *Ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg. terreinbeschrijving. Nationaal Kompas Volksgezondheid*. www.rivm.nl/vtv
- RVZ. *Naar een meer vraaggerichte zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1998
- RVZ. *De wensen van zorgcliënten in Europa*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003
- Salkeld G, Ryan M, Short L. The veil of experience: do consumers prefer what they know best. *Health Economics*, 2000; 9:267-70
- Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*, 2003; 1(3):134-43
- Schee E van der, Delnoij D, Kerssens J. Keuze van ziekenhuizen: welke overwegingen zijn belangrijk voor consumenten? *TSG*, 2005; 83(2):113-5
- Schlooz-Vries MS, Raatgever M, Versluis JP, Hennipman A, Borel Rinkes IHM. Patiënten tevreden over nurse practitioner. *Medisch Contact*, 2000; 55(2)
- Schouten GM, Sixma HJ, Friele RD. *Kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van mensen met diabetes: QUOTE-diabetes. Deel 1: De ontwikkeling van het meetinstrument: de Quote-diabetes. Deel 2: De toepassing van de QUOTE-diabetes in de praktijk: Transmurale Diabeteszorg Haarlemmermeer*. Utrecht: NIVEL, 2000
- Schwartz LM, Woloshin S, Birkmeyer JD. How do elderly patients decide where to go for major surgery? Telephone interview survey. *BMJ*, 2005; doi:10.1136/bmj.38614.449016.DE
- Smit M, Friele R. *De agenda van de patiënt*. Utrecht: NIVEL, 2005
- Temmink D. *Transmural clinics: a nursing innovation explored*. proefschrift. Utrecht: NIVEL, 2000

- Temmink D, Arts S, Hutten J. *Transmuraal verpleegkundig reumaspreekuur in het Reinier de Graaf gasthuis: een evaluatiestudie*. Utrecht: NIVEL, 1999
- Temmink D, Hutten JBF, Francke AL, Huyer abu-Saad H, Zee J van der. Quality and continuity of care in Dutch nurse clinics for people with rheumatic diseases. *Int J Qual in Health Care*, 2000; 12(2):89-95
- Thiel E van. Chronisch zieken hechten zeer aan het eigen ziekenhuis. *Huisarts in Nederland*, 1998; (10):27-9
- TNS NIPO. *Kiezen in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003
- Tversky A, Kahneman D. Loss aversion in riskless choice: a reference dependent model. *Quarterly J Economics*, 1991; (106):1039-61
- Veenma K, Batenburg R, Breedveld E. *De vignetmethode, een praktische handreiking bij beleidsonderzoek*. Tilburg: IVA, 2004
- Vierhout WPM, Knottnerus JA, Van Ooij A, Crebolder HFJM, Pop P, Wesselingh-Megens AMK et al. Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor-system disorders. *Lancet*, 1995; 14(346):990-4
- Vlek JFM, Vierhout WPM, Knottnerus JA, Schmitz JJF, Winter J, Wesselingh-Megens AMK et al. A randomised controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care. *Br J Gen Practice*, 2003; (53):108-12
- Vrehan HM, Drege E, Schipper E, Knape JTA. Telefonische nazorg na dagbehandeling: goede ervaringen in Utrecht. *Medisch Contact*, 2000; 55(9):312-3
- Wartick ST. Measuring corporate reputation, definition and data. *Business and society*, 2002; 41(4):371-92
- Ziekenhuis Bernhoven. Invulling 'Ziekenhuis Service Punt' in steunpunten. Oss/Veghel: Ziekenhuis Bernhoven, 2003
- Ziekenhuis Bernhoven. Bernhoven: ziekenhuis voor de regio Oss-Uden-Veghel, Ziekenhuisbeleidskader 2006-2010. Oss/Veghel: Bernhoven, 2005
- Ziekenhuis Bernhoven. Zorg voor de toekomst; Basisprogramma nieuwbouw, flexibel en doelmatig met een menselijke maat. Oss/Veghel: Ziekenhuis Bernhoven, 2006
- Zorgnetwerk Oss Uden Veghel. Stand van zaken Steunpunten regio Oss-Uden-Veghel. Oss, 2004

Bijlage 1 Kaart regio Oss-Uden-Veghel



Bijlage 2 Resultaten focusgroep

Tijdens de focusgroep bleek dat het begrip ‘steunpunten’ of ‘ziekenhuis servicepunten’ voor deelnemers niet altijd duidelijk was. Soms werden steunpunten verward met huisartsenposten. De belangrijkste onderwerpen die de deelnemers in verband met de servicepunten naar voren brachten waren de bereikbaarheid/toegankelijkheid, de ziekenhuisfuncties en de continuïteit van zorg. In verband met bereikbaarheid werd het belang van vervoer op afroep benadrukt. Hoewel dit geen verantwoordelijkheid van het ziekenhuis is, benadrukten deelnemers dat door de verhuizing van ziekenhuisfuncties meer patiënten voor langere afstanden afhankelijk worden van dit vervoer. In de focusgroep werd duidelijk dat behalve rationele redenen, zoals de reistijd en wachttijd, ook emotionele redenen een rol spelen bij de keuze van een ziekenhuis. Verschillende deelnemers gaven aan de behoefte te hebben of in hun omgeving de behoefte te vernemen om naar een ander ziekenhuis dan ziekenhuis Bernhoven te gaan. Zij gaven aan weinig loyaliteit meer te voelen naar ziekenhuis Bernhoven, omdat het ziekenhuis in Oss en Veghel burgers wordt ontnomen.

De deelnemers gaven aan het moeilijk te vinden om prioriteiten voor de servicepunten aan te geven.

“Als wij gaan zeggen wat we graag willen dan zeggen we: ‘we willen graag een ziekenhuis’. Dat is duidelijk.”

“Het punt is niet alleen de praktische afstand maar ook emotioneel gezien. Men denkt: ‘ja hallo, Oss weg...’ je hoort naar aanleiding van de beslissing veel emoties loskomen. Als ik in mijn auto stap en ik rij naar Uden of Jeroen Bosch, dat maakt niks uit qua tijd. Dus op een gegeven moment ga je misschien zeggen, ze kunnen me daar wat in Uden. Ze hebben ons het ziekenhuis ontnomen en dus keer ik het de rug toe.”

“Ik zou het liefst dezelfde persoon hebben, maar dat is sinds jaar en dag hier ook niet het geval. Als ik zie hoe gebrekkig soms de communicatie is tussen specialisten, dan verkies ik om terug naar Uden te gaan. En hoor van dezelfde wat er verder moet gebeuren.”

“Ik ben eergister nacht met mijn zoon naar de huisartsen post geweest. Opname in het ziekenhuis was noodzakelijk. Stel je voor dat ik hem dan op moet pakken en naar Uden moet. Nu kun je hier nog naar de eerste hulp.”

“Er zijn zoveel behandelingen waarbij de wachttijd driekwartier is en de specialist die heeft mij in vijf minuten onderzocht. Dan zie ik al dat je voor al dat soort aangelegenheden naar Uden moet. Dat is onzinnig. Zeker voor ouderen die niet in verzorgingshuizen wonen, die kun je niet over zo’n grote afstand steeds gaan vervoeren.”

Als het vervoer niet beter wordt als wat we nu hebben... en dan moet je er rekening mee houden, het is niet alleen Oss, maar de maaskant, tot en met Grave toe. En wat je hier steeds beluistert is ik ga voortaan wel naar Nijmegen of Den Bosch of Eindhoven. Je moet zorgen dat hier een aantal plaatsen zijn... ik stel me voor dat hier een oogarts komt zitten een dag, internist, chirurg, kindergeneeskunde. Waar je voor korte behandelingen naar toe kunt.”

“Ik hoor nu van ouderen dat op afroep vervoerd worden de grootste crime is die er is. Mensen die voor een grieprik, op drie kilometer afstand woont hun huisarts, twee uur zitten te wachten op de firma die hen moet vervoeren. Het is ontzettend belangrijk dat het ziekenhuis daaraan gaat werken.”

“Het ziekenhuis hoeft het vervoer niet te regelen. Maar of je met dat krakkemikkige vervoer maar 5 of 15 km hoeft te rijden, dat is het verschil.”



NIVEL
Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700

Vragenlijst

Ziekenhuis Service Punten

Bernhoven

Toelichting

Dit onderzoek richt zich op de vraag:

Welke zorg willen cliënten ontvangen op de toekomstige *Ziekenhuis Service Punten* van ziekenhuis Bernhoven in Oss en Veghel?

Ziekenhuis Bernhoven gaat verhuizen. Er wordt een nieuw ziekenhuis gebouwd in Uden-Noord. Op de huidige locaties in Oss en Veghel komen *Ziekenhuis Service Punten* voor planbare (medisch specialistische) ambulante zorg met name voor ouderen en chronisch zieken. De Ziekenhuis Service Punten zijn niet bedoeld voor spoedeisende hulp; voor medisch specialistische hulp in acute situaties komt een eerste hulppost in Uden-Noord. Bij de invulling van de servicepunten moeten keuzen worden gemaakt. Niet alle ziekenhuiszorg kan op drie locaties worden geleverd. Deze vragenlijst gaat over uw mening en verwachtingen ten aanzien van de servicepunten. Met de resultaten van dit onderzoek kan ziekenhuis Bernhoven beter rekening houden met zaken die u belangrijk vindt.

Wilt u de ingevulde vragenlijst **vóór 21 augustus 2006** in de bijgevoegde antwoordenvolp terugsturen? (NIVEL, Antwoordnummer 4026, 3500 VB Utrecht). Een postzegel is niet nodig. Bij vragen of opmerkingen kunt u contact opnemen met Christel van Well van het NIVEL, tel 030 2729 662 (ma, di, do, vr, 9.00-14.00 uur) of c.vanwell@nivel.nl.

Instructie

In deze vragenlijst gaat het vooral om uw **mening en wensen** ten aanzien van de Ziekenhuis Service Punten. Eerst stellen we enkele vragen over uzelf en uw recente zorggebruik. Als deze vragenlijst gericht is aan uw **kind**, kunt u de vragen eventueel invullen voor het kind (waar 'u' staat leest u dan 'uw kind'). Graag de vragen beantwoorden door een kruisje te zetten in het vakje van uw keuze. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk, dit staat bij de vraag aangegeven. Soms kunt u zelf een antwoord opschrijven; wilt u dat dan duidelijk en liefst in blokletters doen? Er zijn geen goede of foute antwoorden, het gaat om uw persoonlijke mening. Eventuele opmerkingen of toelichtingen kunt u op de laatste pagina zetten. Wij willen benadrukken dat uw antwoorden **vertrouwelijk en anoniem** behandeld worden.

Over uzelf

1 Wat is uw **geslacht**?

- vrouw
- man

2 Wat is uw **leeftijd**?

. . . . jaar

3 Wat is de **hoogste opleiding** die u heeft afgerond?

- geen opleiding gevolgd of (nog) niet afgerond
- lagere school (basisonderwijs)
- lager beroepsonderwijs (LBO, LTS, LHNO, huishoud-/ambachtsschool, LEAO, lager land- en tuinbouwonderwijs etc.)
- voorbereidend of kort middelbaar beroepsonderwijs (VMBO, KMBO)
- middelbaar algemeen onderwijs (LAVO, (M)ULO, MAVO, 3-jaar HBS enz.)
- middelbaar beroepsonderwijs (MBO, MTS, MEAO, Praktijkdiploma Boekhouden, Kleuterkweekschool, etc.)
- voortgezet algemeen onderwijs (5-jaar HBS, MMS, HAVO, lyceum, atheneum, gymnasium, VWO, etc.)
- Hoger beroepsonderwijs (HBO, HTS, HEAO, Sociale Academie, HHNO, Lerarenonderwijs, etc.), kandidaatsexamen
- universiteit/wetenschappelijk onderwijs
- anders

- 4 Wat zijn de eerste vier cijfers van uw **postcode**?
(Deze cijfers worden alleen gebruikt om de afstand tot het ziekenhuis en de toekomstige servicepunten te berekenen; uw anonimiteit blijft gewaarborgd)

— — — —

- 5 Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw **gezondheid**?

- uitstekend
- zeer goed
- goed
- matig
- slecht

- 6 Wordt u door uw gezondheid op dit moment **beperkt in uw dagelijkse bezigheden**, uw normale activiteiten en/of werkzaamheden?

- nee, helemaal niet beperkt
- ja, een beetje beperkt
- ja, beperkt
- ja, ernstig beperkt

- 7 Heeft u nu of in de afgelopen 12 maanden een of meer van de volgende **chronische ziekten of aandoeningen** gehad? (meerdere antwoorden mogelijk)

- gewrichtsslijtage (artrose) van heupen of knieën
- hart-/vaatziekten (bijvoorbeeld hartinfarct, hartfalen, vernauwde vaten)
- gevolgen van een beroerte (CVA), hersenbloeding of herseninfarct
- suikerziekte (diabetes mellitus)
- longziekte/aandoening van de luchtwegen (astma, bronchitis, emfyseem)
- reuma of chronische gewrichtsontsteking(en)
- ernstige of hardnekkige rugklachten (bijvoorbeeld hernia)
- kanker (kwaadaardige aandoening)
- ziekten van het zenuwstelsel (bijvoorbeeld MS, ziekte van Parkinson)
- spierziekte (bijvoorbeeld spierdystrofie, ziekte van Huntington)
- ernstige geheugenproblemen of dementie
- spijsverteringsziekte (bijvoorbeeld darmstoornissen of leverziekten)
- gezichtsproblemen (slechtziendheid, blindheid)
- gehoorproblemen (slechthorendheid, doofheid)
- andere chronische ziekte of aandoening, namelijk:

-
 nee, geen chronische ziekte of aandoening

Gebruik van zorg

Huisarts

*De volgende twee vragen gaan over contacten met de huisarts of diens vervanger. Het gaat hierbij om alle bezoeken op het spreekuur, visites van de huisarts bij u thuis, maar ook om een telefonisch spreekuur. Verlenging van recepten moet u echter **niet** meetellen.*

8 Hoe vaak heeft u in **2005** voor **uzelf** contact gehad met de huisarts?

- geen contact gehad
- wel contact gehad, namelijk . . . keer

9 Heeft u in **2005** voor **uzelf** contact gehad met de centrale huisartsenpost in uw regio?

Een centrale huisartsenpost is een grootschalige waarneemregeling voor hulp op momenten dat u niet bij uw eigen huisarts terechtkunt, bijvoorbeeld 's avonds, 's nachts, in het weekend of op feestdagen.

- nee, geen contact gehad
- ja, wel contact gehad, namelijk: *(meerdere antwoorden mogelijk)*
 - telefonisch met de assistente of de huisarts op de post . . . keer
 - afspraak bij de huisarts op de post . . . keer
 - visite van de huisarts bij mij thuis . . . keer

Medisch specialist

*De volgende twee vragen gaan over uw contact met specialisten (behalve de psychiater) bij een poliklinische behandeling, telefonisch spreekuur, onderzoek of eerste hulp. Specialistenhulp tijdens een ziekenhuisopname moet u **niet** meetellen. Telefonische contacten met de secretaresse of assistente om een afspraak te maken tellen ook **niet** mee.*

10 Hoe vaak heeft u in **2005** voor **uzelf** contact gehad met één of meer specialisten?

- geen contact gehad ➔ *ga naar vraag 12*
- wel contact gehad, namelijk . . . keer

11 Met welke specialisten heeft u in **2005** voor **uzelf** contact gehad? (meerdere antwoorden mogelijk)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> cardioloog | <input type="checkbox"/> maag-darm-lever arts |
| <input type="checkbox"/> chirurg | <input type="checkbox"/> neuroloog |
| <input type="checkbox"/> dermatoloog (huidarts) | <input type="checkbox"/> oogarts |
| <input type="checkbox"/> gynaecoloog | <input type="checkbox"/> oncoloog |
| <input type="checkbox"/> internist (interne geneeskunde) | <input type="checkbox"/> orthopeed |
| <input type="checkbox"/> kaakchirurg | <input type="checkbox"/> radioloog |
| <input type="checkbox"/> kinderarts | <input type="checkbox"/> reumatoloog |
| <input type="checkbox"/> KNO-arts (keel- neus- en oorarts) | <input type="checkbox"/> revalidatie arts |
| <input type="checkbox"/> longarts | <input type="checkbox"/> uroloog |
| <input type="checkbox"/> anders | |

12 Heeft u in **2005** wel eens een nacht of langer in een ziekenhuis gelegen?

- niet in een ziekenhuis gelegen
- wel in een ziekenhuis gelegen, namelijk . . . keer

13 Bent u in de afgelopen twee jaar nog op een spreekuur of opgenomen geweest in een **ander ziekenhuis** dan Bernhoven (in Oss of Veghel)?

- nee
- ja

Zo ja, welk ziekenhuis?

- Ziekenhuis Jeroen Bosch in Den Bosch (locatie Carolus, Willem Alexander of Groot ziekgasthuis)
- Ziekenhuis Jeroen Bosch in Boxtel (locatie Liduina)
- Catherina ziekenhuis in Eindhoven
- Maxima Medisch Centrum in Eindhoven
- Maxima Medisch Centrum in Veldhoven
- Canisius-Wilhelmina ziekenhuis in Nijmegen
- UMC St. Radboud in Nijmegen (academisch ziekenhuis)
- Elkerliek ziekenhuis in Helmond
- anders

Vervoer

14 Wat is nu voor u de **dichtstbijzijnde** locatie van ziekenhuis Bernhoven?

- Oss
- Veghel

15 Hoe **reist** u nu naar de voor u dichtstbijzijnde locatie van ziekenhuis Bernhoven?

- lopend
- met de fiets, brommer, scooter of scootmobiel
- met mijn eigen auto
- met de auto van iemand anders
- met het openbaar vervoer
- met de taxihopper of deeltaxi (collectief vervoer)
- met het zittend ziekenvervoer
- anders, namelijk

16 Komt u **alleen of samen** met iemand naar afspraken en onderzoeken in het ziekenhuis?

- alleen
- samen met iemand
- soms alleen, soms samen met iemand

17 Op hoeveel minuten schat u uw **reistijd** tot de dichtstbijzijnde **locatie in Oss of Veghel**?

... minuten

18 Op hoeveel minuten schat u uw **reistijd** tot het toekomstige **ziekenhuis in Uden-Noord**?

... minuten

Verwachtingen van de ziekenhuiszorg

Onderstaande vragen gaan over uw verwachtingen van ziekenhuiszorg, **niet** over spoedeisende hulp. **Wat vindt ú belangrijk?** Wilt u bij elk van de onderstaande zinnen het hokje aankruisen dat het best overeenkomt met úw mening. Graag zoveel mogelijk verschillende antwoorden aankruisen.

19 Hoe belangrijk vindt u het dat het ziekenhuis het volgende biedt:	<i>niet belangrijk</i>	<i>eigenlijk wel belangrijk</i>	<i>belangrijk</i>	<i>van het allergrootste belang</i>
a. ziekenhuiszorg dichtbij huis (binnen 10 kilometer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. de mogelijkheid om alle ziekenhuiszorg op één locatie te ontvangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ruime parkeermogelijkheid voor auto's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. goede bereikbaarheid met het openbaar vervoer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. goede bereikbaarheid met de deeltaxi of taxihopper (collectief vervoer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. een afspraak bij de specialist binnen 2 weken na een verwijzing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. de mogelijkheid om verschillende afspraken aansluitend op één dag te laten plaatsvinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. dat bij het plannen van afspraken rekening wordt gehouden met uw voorkeur voor een bepaalde dag of een bepaald tijdstip	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. patiënten niet langer dan 15 minuten in de wachtkamer laten wachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. de mogelijkheid om bij vervolgspraken of controles steeds dezelfde specialist te zien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. de mogelijkheid om steeds bij dezelfde gespecialiseerd verpleegkundige terecht te kunnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. goed overleg tussen zorgverleners over mijn zorg als ik met verschillende zorgverleners te maken heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19 Hoe belangrijk vindt u het dat het ziekenhuis het volgende biedt:	<i>niet belangrijk</i>	<i>eigenlijk wel belangrijk</i>	<i>belangrijk</i>	<i>van het allergrootste belang</i>
m. inloopsprekuren (zonder afspraak) met specialisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. inloopsprekuren (zonder afspraak) met verpleegkundigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. mogelijkheid voor spreekuren in de avonden (na 18 uur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. mogelijkheid voor spreekuren in het weekeinde (zaterdag en zondag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. telefonische spreekuren met specialisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. telefonische spreekuren met verpleegkundigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s. mogelijkheid om mijn specialist of verpleegkundige vragen te stellen via e-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wensen ten aanzien van de Ziekenhuis Service Punten

*De volgende vragen gaan over kenmerken van de toekomstige servicepunten. Het gaat daarbij om uw wensen. **Wat vindt u belangrijk?** Wilt u bij elk van de onderstaande zinnen het hokje aankruisen dat het best overeenkomt met úw mening. Graag zoveel mogelijk verschillende antwoorden aankruisen.*

20 Hoe belangrijk vindt u het dat de servicepunten het volgende bieden:	<i>niet belangrijk</i>	<i>eigenlijk wel belangrijk</i>	<i>belangrijk</i>	<i>van het allergrootste belang</i>
a. spreekuren met specialisten voor alle mogelijke ziekten/aandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. spreekuren met specialisten voor de meest voorkomende ziekten/aandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. gespecialiseerde verpleegkundigen voor specifieke ziekten/aandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. paramedische zorgverleners zoals fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten en logopedisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20 Hoe belangrijk vindt u het dat de servicepunten het volgende bieden:	<i>niet belangrijk</i>	<i>eigenlijk wel belangrijk</i>	<i>belangrijk</i>	<i>van het allergrootste belang</i>
e. mogelijkheid om onderzoek te doen naar hartfuncties (ECG), longfuncties, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. mogelijkheid om bloed te laten prikken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. mogelijkheid om bij controles een röntgenfoto (bijvoorbeeld longfoto) of echoscopie te laten maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. mogelijkheid voor onderzoek of afspraken ter voorbereiding op een operatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. een balie of contactpersoon voor informatie over ziekten en gezondheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. een balie of contactpersoon voor vragen over mogelijkheden voor wonen en zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. een informatiepunt met folders en brochures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. een uitleen- of verkooppunt voor hulpmiddelen (steunkousen, krukken, rollators etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. een apotheek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. iets anders, namelijk				

Als u zou moeten kiezen, welke zorg zou het servicepunt dan zeker moeten bieden? De volgende drie mogelijkheden hebben mijn **grootste voorkeur**:
(graag de bijbehorende letters uit de lijst van vraag 20 invullen)

1. Het allerbelangrijkste vind ik: . . .
2. Het op 1 na belangrijkste vind ik: . . .
3. Het op 2 na belangrijkste vind ik: . . .

Als u zou moeten kiezen, welke zorg hoeft het servicepunt dan niet te bieden? De volgende drie mogelijkheden zijn volgens mij **niet nodig**:
(graag de bijbehorende letters uit de lijst van vraag 20 invullen)

1. Het minst belangrijk vind ik: . . .
2. Ook minder belangrijk vind ik: . . .
3. En ook minder belangrijk vind ik: . . .

Toekomstig gebruik van de Ziekenhuis Service Punten

Gaat *ú* in de toekomst gebruik maken van de servicepunten? Onderstaande vragen gaan over situaties waar u mogelijk mee te maken krijgt. **Wat gaat u doen of waar zou u voor kiezen?** Stelt u zich bij de beantwoording van deze vragen voor dat u op het dichtstbijzijnde servicepunt in Oss of Veghel **één vaste ochtend of middag** per week terechtkunt. In het ziekenhuis in Uden heeft u de keuze uit **vier dagdelen**. Als u naar het ziekenhuis in Uden gaat is de kans dus groter dat de afspraak kan worden gemaakt op een voor u geschikt tijdstip. U kunt er ook voor kiezen om naar een ander ziekenhuis te gaan.

21 Stel, u moet een afspraak maken met een specialist voor een controle. Waar wilt u voor deze afspraak naartoe?

- servicepunt (Oss of Veghel)
- ziekenhuis in Uden
- ander ziekenhuis

22 Stel, u moet een afspraak maken met een gespecialiseerd verpleegkundige. Waar wilt u voor deze afspraak naartoe?

- servicepunt (Oss of Veghel)
- ziekenhuis in Uden
- ander ziekenhuis
- huisartsenpraktijk

23 Stel, u moet worden geopereerd en de operatie vindt plaats in het ziekenhuis in Uden. U moet vooraf een afspraak maken voor onderzoek om te kijken of u kunt worden geopereerd. Deze afspraak is twee weken voor de operatie. Waar wilt u voor deze afspraak naartoe?

- servicepunt (Oss of Veghel)
- ziekenhuis in Uden

Stellingen

24 Wilt u voor elk van onderstaande uitspraken aangeven in hoeverre u het met de uitspraak eens bent?

	<i>volledig mee oneens</i>	<i>mee oneens</i>	<i>niet mee eens/niet oneens</i>	<i>mee eens</i>	<i>volledig mee eens</i>
a. Ik wil mijn ziekenhuisafspraken (controles en onderzoek) zoveel mogelijk laten plaatsvinden in het dichtstbijzijnde servicepunt (Oss of Veghel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mijn eigen specialist moet op het servicepunt spreekuur houden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. De komst van het nieuwe ziekenhuis in Uden-Noord zie ik als een grote verbetering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ik vind het een goed idee om servicepunten in te richten op de locaties Oss en Veghel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Als het nieuwe ziekenhuis in Uden er is, dan ga ik voortaan naar een ander ziekenhuis dan Bernhoven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Een servicepunt met aanvullende diensten en voorzieningen (zoals een apotheek en hulpmiddelen uitleen/verkoop) is extra aantrekkelijk om naar toe te gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Een servicepunt zonder spoedeisende hulp is niets waard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ik heb er vertrouwen in dat bij de invulling van de servicepunten rekening wordt gehouden met de wensen van patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verwachtingen

25 Wat is het **grootste gemis** voor u als het ziekenhuis in Oss/Veghel verhuist naar Uden-Noord?

.....
.....
.....
.....
.....

26 Wat is het **grootste voordeel** voor u als het ziekenhuis in Oss/Veghel verhuist naar Uden-Noord?

.....
.....
.....
.....
.....

Tot slot

27 Heeft iemand u (de geadresseerde) geholpen bij het invullen van deze vragenlijst?

- ik (de geadresseerde) heb de vragenlijst geheel zelfstandig ingevuld
- iemand heeft mij (de geadresseerde) geholpen bij het invullen van de vragenlijst
- iemand anders heeft voor mij (de geadresseerde) de vragenlijst ingevuld

28 Wilt u deelnemen aan een vervolgonderzoek over de servicepunten? Wij zullen u dan waarschijnlijk vragen om deel te nemen aan een bijeenkomst in Oss, in de eerste week van oktober 2006.

- ja
- nee

Zo ja, vul alstublieft uw adres in zodat wij u een uitnodiging kunnen sturen.
(Uw anonimiteit blijft gewaarborgd; uw adres wordt alleen gebruikt om de uitnodiging voor het vervolgonderzoek te sturen.)

Naam:

E-mailadres:

Adres:

Postcode en woonplaats:

29 Heeft u nog opmerkingen over de servicepunten van het ziekenhuis, heeft u aanbevelingen of wilt u uw antwoorden in deze vragenlijst toelichten? Dan kunt u dit hieronder doen.

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst

Bijlage 4 Factoroplossing verwachtingen ziekenhuiszorg

In tabel B4.1 is de best passende factoroplossing van de verwachtingen van ziekenhuiszorg weergegeven. Items zijn opgenomen in een schaal als zij minstens 0.4 op deze schaal laadden. De mogelijkheid om alle ziekenhuiszorg op één locatie te ontvangen laadde op geen van de schalen 0.4 of hoger. Ziekenhuiszorg dichtbij huis laadde 0.4 op factor twee en 0.32 op factor vier. Het item draagt echter niet bij aan de homogeniteit (alpha) van de schaal. Ook inhoudelijk past dit item niet in schaal twee. Daarom is ook dit item uit de factoroplossing gelaten.

De eerste factor gaat over ‘continuïteit en planning van zorg’. Deze factor bevat items over continuïteit van zorgverlener, overleg tussen zorgverleners, het aansluitend plaatsvinden van afspraken, het plannen van afspraken en de wachttijd. Omdat dit een verzameling is van items over uiteenlopende onderwerpen is op de items behorende bij deze schaal opnieuw een factoranalyse toegepast. Hierop werd een tweefactor-oplossing verkregen met als afzonderlijke onderwerpen ‘continuïteit’ en ‘planning’ (zie ook tabel 4.12). De tweede factor gaat over de toegankelijkheid van zorg. De derde factor gaat over bereikbaarheid via telefoon en e-mail en de vierde factor gaat over de bereikbaarheid bij bezoek aan het ziekenhuis of servicepunt. De factoroplossing verklaart 52% van de variantie.

Tabel B4.1 Resultaten factoranalyse Verwachtingen ziekenhuiszorg (PCA met varimax-rotatie: gedwongen 4-factor oplossing)

	1	2	3	4
Continuïteit en planning van zorg (alpha 0.76)				
een afspraak bij de specialist binnen 2 weken na een verwijzing	0,57			
de mogelijkheid om verschillende afspraken aansluitend op één dag te laten plaatsvinden	0,66			
dat bij het plannen van afspraken rekening wordt gehouden met uw voorkeur voor een bepaalde dag of een bepaald tijdstip	0,59			
patiënten niet langer dan 15 minuten in de wachtkamer laten wachten	0,64			
de mogelijkheid om bij vervolgsafspraken of controles steeds dezelfde specialist te zien	0,70			
de mogelijkheid om steeds bij dezelfde gespecialiseerd verpleegkundige terecht te kunnen	0,61			

	1	2	3	4
goed overleg tussen zorgverleners over mijn zorg als ik met verschillende zorgverleners te maken heb	0,57			
Toegankelijkheid van zorg (alpha 0,80)				
inloopsprekuren (zonder afspraak) met specialisten		0,85		
inloopsprekuren (zonder afspraak) met verpleegkundigen		0,81		
mogelijkheid voor spreekuren in de avonduren (na 18 uur)		0,64		
mogelijkheid voor spreekuren in het weekeinde (zaterdag en zondag)		0,56		
Bereikbaarheid via telefoon en e-mail (alpha 0,70)				
telefonische spreekuren met specialisten			0,74	
telefonische spreekuren met gespecialiseerd verpleegkundigen (n=269)*			0,70	
mogelijkheid om mijn specialist of verpleegkundige vragen te stellen via e-mail			0,69	
Bereikbaarheid vervoer (alpha 0,63)				
ruime parkeermogelijkheid voor auto's				0,41
goede bereikbaarheid met het openbaar vervoer				0,83
goede bereikbaarheid met de deeltaxi of taxihopper (collectief vervoer)				0,84
Overige items:				
ziekenhuiszorg dichtbij huis (binnen 10 kilometer)		0,40		
de mogelijkheid om alle ziekenhuiszorg op één locatie te ontvangen				

* alleen items van 0.40 of meer zijn in de tabel opgenomen

Bijlage 5 Vignetten

Opzet vignetten voor de situatie hartfilmpje (ecg)

Stel, u moet een hartfilmpje (ECG) laten maken. Dit kan op inloop.

U kunt kiezen tussen een bezoek aan het ziekenhuis of het servicepunt.

ZIEKENHUIS

De wachttijd in de wachtruimte is **minder dan 15 minuten**.

Het vervolgbezoek aan de specialist vindt plaats op **dezelfde locatie** (in het ziekenhuis).

In het ziekenhuis is een **balie of contactpersoon** waar u terecht kunt met vragen over ziekte en gezondheid.

SERVICEPUNT

De wachttijd in de wachtruimte is ***minder dan 15 minuten/ 15 tot 30 minuten***¹.

Het vervolgbezoek aan de specialist *vindt plaats op **dezelfde locatie** (in het servicepunt)/vindt op een andere dag, niet op dezelfde locatie plaats (maar in het ziekenhuis)*¹.

In het servicepunt is *een **balie of contactpersoon/ geen balie of contactpersoon*** waar u terecht kunt met vragen over ziekte en gezondheid¹.

Waar wilt u voor deze afspraak naartoe?

Ziekenhuis

Servicepunt

¹ Cursieve delen geven de variatiemogelijkheden van de vignetten op de betreffende kenmerken aan.

Opzet vignetten voor de situatie voorbereiding heup/knie operatie

Stel, u moet aan uw heup of knie geopereerd worden in het ziekenhuis.

U maakt hiervoor een afspraak met de orthopeed.

Na de afspraak met de orthopeed heeft u nog een afspraak met de anesthesioloog.

U kunt kiezen tussen een bezoek aan het ziekenhuis of het servicepunt.

ZIEKENHUIS

U kunt **binnen 2 weken** bij de orthopeed terecht.

Deze afspraak is met **dezelfde orthopeed** als die de operatie zal uitvoeren.

Aansluitend aan uw bezoek aan de orthopeed kunt u terecht bij de anesthesioloog.

SERVICEPUNT

U kunt ***binnen 2 weken/ binnen 3 tot 6 weken*** terecht bij de orthopeed¹.

Deze afspraak is ***met dezelfde orthopeed als/ mogelijk met een andere orthopeed dan die de operatie zal uitvoeren***¹.

Aansluitend aan uw bezoek aan de orthopeed kunt u terecht bij de anesthesioloog./ Uw bezoek aan de anesthesioloog kan ***niet aansluitend*** plaatsvinden; u moet hiervoor op een andere dag terugkomen¹.

Waar wilt u voor deze afspraak naartoe?

Ziekenhuis

Servicepunt

¹ Cursieve delen geven de variatiemogelijkheden van de vignetten op de betreffende kenmerken aan.

Opzet vignetten voor de situatie spreekuur diabetes

Stel, u heeft diabetes. U gaat hiervoor regelmatig naar een internist en een diabetesverpleegkundige. U moet een afspraak maken met de internist.

U kunt kiezen tussen een bezoek aan het ziekenhuis of het servicepunt.

ZIEKENHUIS

De wachttijd in de wachtruimte is **minder dan 15 minuten**.

De afspraak is met **dezelfde internist** als bij vorige afspraken.

Aansluitend aan uw bezoek aan de internist kunt u terecht bij de diabetesverpleegkundige.

Er is een **balie of contactpersoon** waar u terecht kunt met vragen over ziekte en gezondheid.

SERVICEPUNT

De wachttijd in de wachtruimte is **minder dan 15 minuten/ 15 tot 30 minuten**¹.

De afspraak is met **dezelfde internist als/ mogelijk met een andere internist** dan bij vorige afspraken¹.

Aansluitend aan uw bezoek aan de internist kunt u terecht bij de diabetesverpleegkundige. / Uw bezoek aan de diabetesverpleegkundige kan **niet aansluitend** plaatsvinden; u moet hiervoor op een andere dag terugkomen¹.

Er is een **balie of contactpersoon/ geen balie of contactpersoon** waar u terecht kunt met vragen over ziekte en gezondheid¹.

Waar wilt u voor deze afspraak naartoe?

Ziekenhuis

Servicepunt

¹ Cursieve delen geven de variatiemogelijkheden van de vignetten op de betreffende kenmerken aan.

Bijlage 6 Multivariate analyse functies servicepunten

Tabel B5.1 Determinanten van het belang dat respondenten hechten aan functies voor de servicepunten. Resultaat van een multivariate analyse (methode Enter)^a

Functies	Specialisten voor alle ziekten en aandoeningen		Paramedici		Hart- en longfunctie onderzoek		Bloed-prikken		Röntgen en echoscopie		Onderzoek/afspraken ter voorbereiding op een operatie		Balie/contact vragen over ziekte wonen en zorg		Balie/contact- persoon voor vragen over folders en brochures		Uitleen of verkoop-punt voor hulpmiddelen		Apotheek	
	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
Opleidings-niveau	19,1***	8,9**	10,7***								14,8***	5,5*	13,7***			9,2**				25,2***
Leeftijd			6,9**				8,2**				5,4*		7,9**			4,8*				9,2**
Regio Oss			7,7**																	
Regio Veghel			4,8*						5,7*											
Ervaren beperking											6,1**		6,1**			4,2*				
Chronisch ziek													6,6**							
Specialisten-bezoek																				4,0*

^a De variabelen geslacht, ervaren gezondheid, afstand tot Uden-Noord en autobezit zijn niet significant

* p<0,05

** p<0,01

*** p<0,001

