



International Health Policy Survey 2014

Commonwealth Fund

Onderzoek onder 55-plussers in 11 landen

Dr. MJ Faber

T van Loenen, MSc

Prof. dr. GP Westert

Radboudumc

Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare)

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	ii
1. Samenvatting.....	1
2. Resultaten	3
2.1 Beschrijving demografische gegevens steekproef	3
2.2 De huisarts als poortwachter	4
2.3 Chronische en preventieve zorg.....	7
2.4 Arts-patiënt communicatie.....	10
2.5 Toegankelijkheid van (spoed)zorg.....	11
2.6 Zorgverzekeringen en financiële toegankelijkheid.....	12
2.7 Mantelzorg	14
2.8 Levensende.....	15
3. Discussie en conclusies.....	16
3.1 Methodologische kanttekeningen.....	16
3.2 Poortwachterrol van de huisarts.....	16
3.3 Mantelzorg en vragen rondom levensende	17
3.4 Financiële toegankelijkheid	18
3.5 Conclusies	19
Literatuur	20
Bijlage 1: Methodologie van het onderzoek.....	21
B1.1 Over de vragenlijst	21
B1.2 Uitvoering van het veldwerk	21
B1.3 Definitie van de steekproef	22
B1.4 Representativiteit van de steekproef en analyse.....	22
Bijlage 2: Resultaten tabellen.....	24
Tabel A1: Demografische gegevens	24
Tabel A2: Gezondheidstoestand	26
Tabel A3 Mantelzorg	28
Tabel A4: Zorgconsumptie.....	29
Tabel A5: Toegankelijkheid	31
Tabel A6: Arts-patiënt communicatie	33
Tabel A7: Chronische & preventieve zorg	35
Tabel A8: Zorgcoördinatie	38
Tabel A9: Veiligheid en medische fouten.....	40
Tabel A10-I: Financiële toegankelijkheid.....	41
Tabel A10-II: Nadere analyse financiële toegankelijkheid in Nederland	43
Tabel A11: Ziektekostenverzekering	44
Tabel A12: Kwaliteitsoordeel	45
Tabel A13: Zorgwensen over het levensende	46

Voorwoord

Nederland is een vaste partner in de International Health Policy (IHP) Survey van de Commonwealth Fund. Sinds de eerste deelname in 2006 zien we deels een consistent en deels een verschuivend beeld ontstaan over het functioneren van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem, zoals burgers, patiënten en huisartsen dit ervaren. Niet zo verwonderlijk, gezien de ingrijpende veranderingen die in het VWS-beleid hebben plaatsgevonden en nog steeds plaatsvinden. De IHP-survey vormt in dit licht een waardevolle jaarlijkse monitor. Niet alleen om het presteren van het Nederlandse gezondheidszorg in absolute zin te leren kennen, maar ook om de prestaties af te zetten tegen die van 10 andere Westerse landen.

In dit rapport staat de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg centraal, zoals burgers van 55 jaar en ouder deze in Nederland ervaren. Het rapport gaat specifiek in op terugkerende thema's in de IHP-survey: de rol van de huisarts als poortwachter, de invulling van chronische en preventieve zorg in de huisartsenpraktijk, arts-patiënt communicatie en toegankelijkheid. Daarnaast bevatte de IHP-survey een tweetal nieuwe thema's waarvan de resultaten apart worden gepresenteerd: levenseinde en mantelzorg.

Het onderzoek is tot stand gekomen met financiële bijdragen van de Commonwealth Fund, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en IQ healthcare.

Nijmegen, 20 november 2014

1. Samenvatting

Aan de IHP-2014 survey namen 1.000 Nederlanders in de leeftijd van 55 jaar en ouder deel. Op een 7-tal onderdelen presenteren we hier de bevindingen op basis van deze Nederlandse steekproef.

De huisarts is geen volledige poortwachter

- Nederlanders hebben bijna altijd een vaste huisarts.
- Nederlandse respondenten bezoeken relatief vaak een medisch specialist; dit geldt met name voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen.
- Patiënten ervaren een goede informatieoverdracht tussen huisarts en medisch specialisten, beide kanten op.
- Patiënten ontvangen relatief weinig ondersteuning vanuit huisartsenpraktijk in de coördinatie van zorg.

Chronische en preventieve zorg biedt ruimte voor verbetering

- Behandelplannen zijn relatief weinig beschikbaar voor respondenten met chronische aandoening: 41%. Dit percentage ligt het hoogst bij diabetes patiënten (53%) en hypertensie patiënten (47%).
- Een behandelplan draagt voor 63% van gebruikers bij aan het beter controleren en in de hand houden van de aandoening.
- Hoe slechter de ervaren eigen gezondheid, hoe minder vertrouwen de patiënt heeft in het kunnen omgaan met de chronische ziekte.
- Als Nederlandse patiënten vragen willen stellen of advies nodig hebben, dan zijn zorgverleners gemakkelijk bereikbaar.
- Het bespreken van leefstijlgerelateerde thema's, zoals voeding, bewegen, stress en roken, richt zich in de huisartsenpraktijk vooral op patiënten met een chronische aandoening. Ruim de helft van de diabetespatiënten geeft aan dat leefstijl is besproken in de huisartsenpraktijk; voor andere aandoeningen varieert dit tussen de 30 en 50% voor voeding en bewegen, tussen de 60 en 90% voor roken (onder rokers met een chronische aandoening) en ligt het tussen de 15 en 18% voor het bespreken van stress of zorgen (behalve bij depressie, waar het op 43% ligt).
- De helft van de Nederlandse respondenten met een chronische aandoening heeft met een medisch professional de belangrijkste doelstellingen van de medische zorg besproken en duidelijke instructies gekregen op welke symptomen gelet moet worden en wanneer een arts geraadpleegd moet worden. Deze zaken worden nog niet vaak (20%) op papier aan de patiënt meegegeven.

Arts-patiënt communicatie is vaak goed, maar kan op punten nog beter

- De Nederlandse huisarts is vaak op de hoogte van de medische achtergrond van de patiënt en neemt vaak (bijna 80%) de tijd om zaken op een begrijpelijke manier uit te leggen. Een kleine 40% voelt zich altijd aangemoedigd om vragen te stellen aan de huisarts.

- Van de respondenten die twee of meer medicijnen gebruiken, had bijna tweederde een overzicht op papier van alle medicatie ontvangen en was de voorgeschreven medicatie met een arts of apotheker besproken. Echter, slechts ongeveer de helft (53%) had uitleg gekregen over mogelijke bijwerkingen.

Toegankelijkheid van zorg is prima

- De Nederlandse huisartsenzorg kenmerkt zich door een goede toegankelijkheid: 68% kan dezelfde of de volgende dag bij de huisarts terecht, en 74% ervaart dat het gemakkelijk is om zorg buiten kantooruren te krijgen.
- Tweedelijnszorg is in Nederland snel toegankelijk: 66% had binnen 4 weken na verwijzing een afspraak bij de medisch specialist.
- 25 % van de Nederlandse respondenten had de afgelopen 2 jaar de spoedeisende hulp (SEH) bezocht (internationaal gezien een gemiddeld percentage); in 19% van de bezoeken was dit voor zorg die door de huisarts had kunnen worden behandeld als die beschikbaar was geweest.

Zorgverzekeringen en financiële toegankelijkheid is goed

- Driekwart van de respondenten (77%) heeft een aanvullende zorgverzekering en 78% heeft geen vrijwillig eigen risico.
- 8% van de Nederlandse respondenten had de afgelopen 12 maanden afgezien van zorg en 5% had problemen ervaren of kon de rekening voor zorg helemaal niet betalen.

Mantelzorg veel aan niet-familieleden

- De Nederlandse respondenten verlenen relatief vaak mantelzorg (25% doet dit) en doen dit, vaker dan in de andere landen, bij niet-familieleden.
- 19% van de mantelzorgers verleent meer dan 20 uur per week zorg.

Vastleggen van levenseinde wensen gebeurt nog weinig

- 42% van de Nederlandse respondenten heeft met familie, een vriend(in) of medische professional gesproken over welke behandeling nog gewenst is op het moment dat men er zelf niet meer over kan beslissen. Slechts 14% heeft dit wel op schrift vastgelegd.
- 16% heeft vastgelegd wie de beslissingen over medische behandelingen neemt wanneer de respondent dit zelf niet meer kan.

2. Resultaten

Dit hoofdstuk belicht in detail een aantal thema's uit de IHP survey. Na een beschrijving van de steekproef (paragraaf 2.1), volgen 5 thema's die ook in voorgaande jaren aan bod kwamen: de huisarts als poortwachter, chronische zorg, participatie, spoedzorg en toegankelijkheid en financiële toegankelijkheid. Paragrafen 2.7 (mantelzorg) en 2.8 (wensen rondom levenseinde) presenteren twee nieuwe thema's.

2.1 Beschrijving demografische gegevens steekproef

In de IHP-survey van 2014 namen precies 1.000 inwoners van Nederland van 55 jaar en ouder deel aan een telefonisch interview. Deze interviews vonden plaats in de periode 14 maart t/m 15 mei 2014.

Bijna een kwart (24%) van de geïnterviewde was 75 jaar en ouder, 33% was tussen de 65 en 74 jaar en 44% viel in de leeftijdscategorie 55-64 jaar en ouder. Bijna de helft (47%) was man en 60 procent had een huishouden van 2 personen. Een percentage van 33% had een inkomen beneden modaal, 20% een gemiddeld inkomen en 33% een boven modaal inkomen¹. Meer dan de helft (56%) van de respondenten was met pensioen. Bijna iedereen (94%) was in Nederland geboren.

Twee derde (65%) van de respondenten ervoer zijn gezondheidstoestand als uitstekend tot goed. Op basis van zelfrapportage gaf 72 procent van de 55 plussers aan minstens 1 van de volgende chronische aandoeningen te hebben: hypertensie, hartkwaal, depressie, kanker, artritis of gewrichtspijn of astma of een andere chronische longziekte. De meest genoemde aandoeningen waren: hypertensie (40%), gevolgd door gewrichtspijn of artritis (26%).

¹ Acht procent wilde geen antwoord geven op de vraag naar gezinsinkomen.

2.2 De huisarts als poortwachter

Binnen het Nederlandse zorgstelsel speelt de huisarts een belangrijke rol als poortwachter. Een goed functionerende poortwachter biedt toegang tot zorg, filtert 'pluis' en 'niet pluis', legt zich toe op scherpe indicatiestelling en behandelt of gidst patiënten correct binnen het zorgsysteem. Naast Nederland, hebben Australië, Canada, Frankrijk, Nieuw Zeeland, Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk een zorgstelsel dat zich kenmerkt door de poortwachter rol van de huisarts voor alle of de meeste inwoners. In andere landen, zoals Duitsland, Noorwegen, Zweden, en de Verenigde Staten is de 2^{de}-lijnszorg voor burgers grotendeels vrij toegankelijk. Dit laatste is nog mede afhankelijk van de verzekeringspolis die iemand heeft; zo hebben vele verzekerden in VS een verwijzing nodig voor ziekenhuiszorg.

Deze paragraaf beschrijft een aantal kenmerkende aspecten van zorg die bij uitstek geassocieerd worden met een stelsel met een expliciete poortwachterrol voor de huisarts.

Onafhankelijk van het al of niet hebben van een poortwachterrol, staat in alle landen de huisarts of *family physician* centraal in de zorg voor patiënten: 95% of meer van de respondenten had een vaste huisarts of een vaste huisartsenpraktijk. De meeste (89% of meer) hadden zelfs een vaste huisarts, waarbij Zweden een opvallende uitzondering vormde. In dat land had 64% een vaste huisarts en 32% alleen een vaste huisartsenpraktijk.

Tabel 1: Percentage respondenten dat de afgelopen 2 jaar een medisch specialist bezocht, uitgesplitst naar het aantal chronische aandoeningen van de respondent.

Land	Alle respondenten	Geen chronische aandoening	1 chronische aandoening	2 of meer chronische aandoeningen
DUI	85	72	88	90
ZWI*	67	51	71	76
NL*	66	49	66	79
VS	66	44	55	76
AUS*	61	34	65	76
NO	58	42	61	67
FR*	57	35	57	74
CAN*	56	37	51	68
ZWE	51	33	51	65
NZ*	45	27	48	67
VK*	43	26	47	65

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten; * land met poortwachterrol voor huisarts.

Tweederde van de Nederlandse respondenten (66%) gaf aan de afgelopen 2 jaar bij de medisch specialist te zijn geweest. Dat is een relatief hoog percentage: in het Verenigd Koninkrijk en Nieuw Zeeland (beide landen met een poortwachter) lag dit percentage veel lager (respectievelijk 45 en 43%), terwijl Duitsland, als land zonder een poortwachterrol van de huisarts, het hoogst scoorde met 85% (tabel 1). In Nederland bestond de groep die de medisch specialist bezocht vooral uit mensen met een chronische ziekte. Binnen de groep zonder een chronische aandoening had 49% de

afgelopen 2 jaar een medisch specialist bezocht, bij degene met 1 chronische aandoening was dat 66%, en bij 2 chronische aandoeningen of meer, bezocht 79% een medisch specialist. Deze samenhang met het aantal chronische aandoeningen is in alle landen te zien. In sommige landen zelfs nog sterker dan in Nederland. Opvallend is dat in Duitsland ook onder de respondenten zonder een chronische aandoening 72% een medische specialist heeft bezocht.

Bij de informatie-overdracht van huisarts naar medisch specialist, en terugrapportage naar de huisarts, ervoeren Nederlandse respondenten relatief weinig problemen (tabel 2). Slechts 5% rapporteerde dat de medisch specialist niet over medische basisinformatie beschikte en 15% ervoer dat de huisarts niet op de hoogte leek van de zorg die van de specialist was ontvangen. Beide percentages zijn relatief laag; alleen Frankrijk liet nog (veel) lagere percentages zien. De vier landen waarin de huisarts geen poortwachterrol vervult, kenmerken zich allen door een relatief hoger percentage patiënten waarbij de informatie bij huisarts en/of specialist ontbrak. Informatievoorziening van de huisarts naar medisch specialist is in alle landen minder vaak een probleem, dan van medisch specialist naar huisarts.

Tabel 2: Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist, voor respondenten die afgelopen 2 jaar specialist hebben bezocht en vaste huisarts(enpraktijk) hebben.

Heb u de afgelopen 2 jaar meegemaakt toen u een medisch specialist zag ...				
Land	N	... dat een specialist geen medische basisinformatie had of uitslagen van uw huisarts/de plaats waar u gewoonlijk heen gaat voor medische zorg wat betreft de reden van uw bezoek. (% ja)	... dat, nadat u de specialist had gezien, uw huisarts niet geïnformeerd leek en niet op de hoogte was over de zorg die u van de specialist had ontvangen? (% ja)	'Ja' op minimaal 1 van beide items (%)
NO	(n=579)	7	39	44
DUI	(n=792)	11	28	31
CAN*	(n=2943)	13	25	30
ZWE	(n=3549)	9	18	23
VS	(n=1126)	12	17	22
ZWIT*	(n=1189)	9	15	20
VK*	(n=422)	11	17	20
AUS*	(n=2005)	8	12	17
NL*	(n=663)	5	14	17
NZ*	(n=338)	7	12	16
FR*	(n=855)	3	4	5

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten; * land met poortwachterrol voor huisarts.

Van de Nederlandse respondenten die zorg ontvangen van meerdere artsen of op meerdere plaatsen, ervoer 41% zelden of nooit support vanuit de huisartsenpraktijk voor de coördinatie van zorg (tabel 3). Respondenten uit Zweden, Noorwegen en Duitsland rapporteerden vergelijkbare cijfers. Dit is in tegenstelling met een groot aantal andere landen, waaronder Zwitserland, het Verenigd Koninkrijk en Australië, waar meer dan 75% aangaf altijd of vaak hulp hierbij vanuit de huisartsenpraktijk te ontvangen. Over het algemeen ontvangt een patiënt vaker ondersteuning bij

zorgcoördinatie vanuit de huisartsenpraktijk als de huisarts een poortwachterrol vervult. Nederland is hierop een opvallende uitzondering, i.e. wel poortwachter, maar weinig ondersteuning, terwijl de VS een gunstige uitzondering vormt, i.e. geen poortwachter, maar wel ondersteuning.

Tabel 3: Coördinatie vanuit huisartsenpraktijk, voor respondenten die ook andere artsen zien of op ander plaatsen zorg ontvangen.

Hoe vaak helpt uw huisarts of iemand anders in de praktijk u bij het coördineren van zorg die u van andere artsen en op andere plaatsen ontvangt (%)?			
Land	N	Altijd / Vaak	Soms / Zelden
VK*	924	80	19
ZWIT*	1417	79	17
AUS*	2962	78	19
VS	1549	78	20
CAN*	4757	77	21
NZ*	623	77	21
FR*	1232	68	32
DUI	736	58	37
NO	652	55	37
NL*	616	55	41
ZWE	4562	45	41

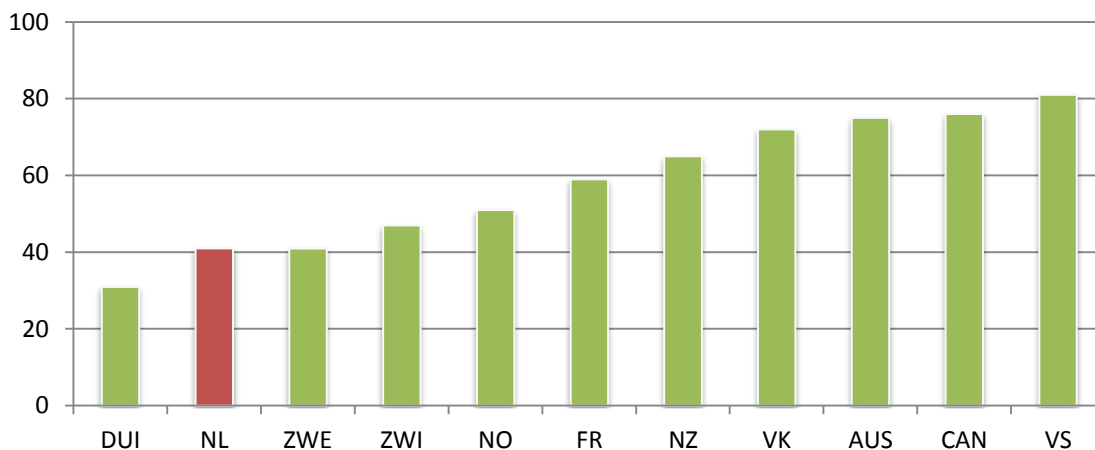
AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten; * land met poortwachtersrol voor huisarts.

2.3 Chronische en preventieve zorg

Van de Nederlandse respondenten had 28% geen chronische aandoening, 32% één en 40% had minstens twee chronische aandoeningen. In de steekproef van Nieuw Zeeland en het VK had 42% van de respondenten geen chronische aandoening, terwijl in de VS 15% geen chronische aandoening had. Bijna de helft (47%) van de Nederlandse respondenten met minstens 1 chronische aandoening gebruikte 4 of meer medicijnen.

Van Nederlandse respondenten met minimaal 1 chronische aandoening gaf 41% aan een behandelplan te hebben dat in dagelijks leven uitgevoerd kan worden. In Duitsland had slechts een derde (31%) van de respondenten een dergelijk plan. In de VS (81%), Canada (76%), Australië (75%) en het VK (72%) lagen deze percentages aanzienlijk hoger (figuur 1).

Figuur 1: Percentage respondenten met minimaal 1 chronische aandoening, die een behandelplan heeft dat in het dagelijks leven kan worden uitgevoerd.



AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWI = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

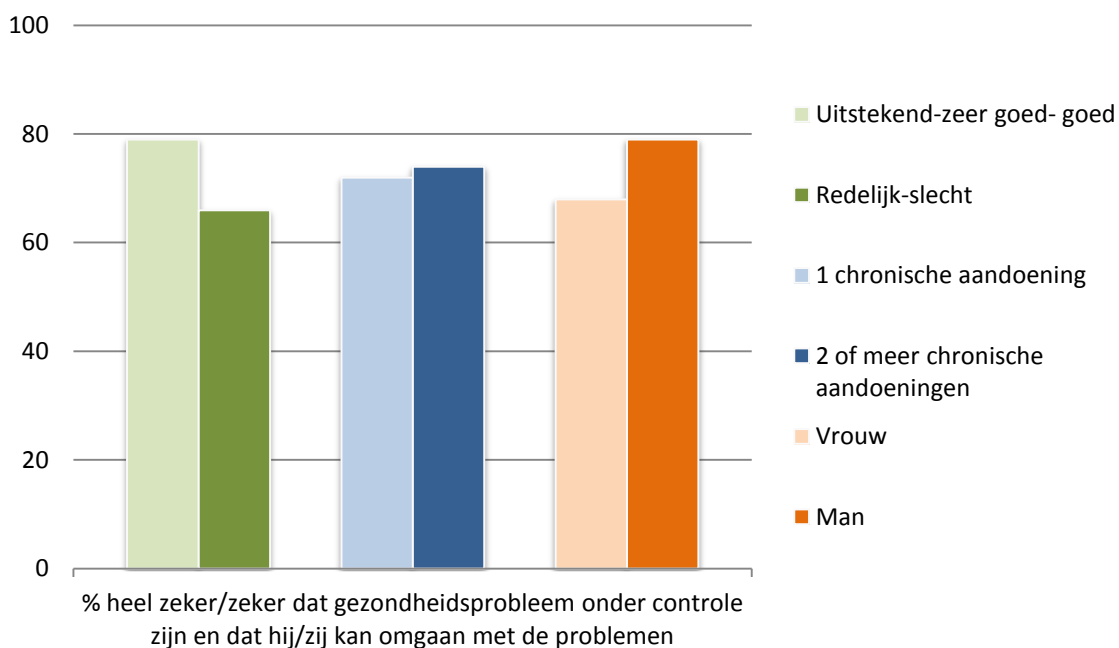
Het al dan niet hebben van een behandelplan varieerde in Nederland sterk per aandoening (tabel 4). Voor respondenten met diabetes en hypertensie was dit percentage het hoogst (resp. 53% en 47%). Voor andere aandoeningen lag dit percentage tussen de 32 en 40%. Van de respondenten die een dergelijk zelfmanagement plan hadden gekregen, gaf 63% aan dat het plan veel had bijgedragen aan het beter controleren en in de hand houden van de aandoening.

Tabel 4: Het hebben van een behandelplan, uitgesplitst naar aandoening (binnen groep Nederlandse respondenten met minimaal 1 chronische aandoening; n=724).

	Heeft behandelplan (% ja)
Diabetes	53%
Hypertensie	47%
Hartkwaal	40%
Astma/Chronische longziekten	39%
Kanker	37%
Depressie/angst of andere mentale problemen	36%
Gewrichtspijn/Artritis	32%

Van de Nederlandse respondenten met ten minste één chronische aandoening gaf driekwart (73%) aan vertrouwen te hebben in het kunnen omgaan met de chronische ziekte. Het hebben van een behandelplan hing niet samen met hoe zeker patiënten zijn over het onder controle hebben van het gezondheidsprobleem. Zoals in figuur 2 te zien is hangt dit samen met ervaren gezondheidstoestand: hoe slechter de gezondheid wordt ervaren hoe minder vertrouwen de patiënt heeft in het onder controle houden van de chronische aandoening. Daarnaast geven vrouwen eerder aan minder vertrouwen te hebben dan mannen. Het hebben van vertrouwen in het omgaan met gezondheidsproblemen hangt niet samen met het aantal chronische aandoeningen.

Figuur 2: Percentage Nederlandse respondenten dat er vertrouwen in heeft dat hij/zijn het gezondheidsprobleem onder controle heeft, uitgesplitst naar de ervaren gezondheidstoestand, het aantal chronische aandoeningen en het aantal bezochte artsen.



Het contact tussen zorgverlener en patiënten met een chronische aandoening buiten de formele consulten om verloopt in Nederland redelijk goed. Eén vijfde (21%) gaf aan dat een zorgverlener contact had opgenomen om te vragen hoe het met hem/haar ging. Internationaal is dit een gemiddeld percentage; in het VK, het hoogst scorende land, lag dit percentage ruim twee keer zo hoog (46%). Daarentegen zijn in Nederland zorgverleners goed bereikbaar als de respondent een vraag wil stellen of advies wil inwinnen over de aandoening. 79% van de respondenten gaf aan dat dit gemakkelijk is.

Leefstijl is een relevant onderdeel van de preventieve zorg. Een kwart van de Nederlandse respondenten had de afgelopen 2 jaar in de huisartspraktijk gesproken over gezonde voeding en een gezond dieet. Een iets groter deel (31%) had gesproken over lichaamsbeweging. Internationaal gezien scoort Nederland laag op deze punten. In de VS lagen de percentages het hoogst: daar gaf 64% aan over voeding te hebben besproken en 70% over lichaamsbeweging. Gesprekken over zaken

in het leven waarover zorgen gemaakt worden of die stress opleveren worden in Nederland niet frequent gehouden (13%). Ook internationaal gezien wordt dit aspect het minst besproken, variërend van 12% in Zweden tot 34% in de VS en Duitsland. Het bespreken van stoppen met roken onder rokers gebeurt frequent in de VS (78%), Canada (78%) en Nieuw Zeeland (76%); Nederland blijft met 52% achter.

Het bespreken van leefstijlgerelateerde zaken hangt sterk samen met het al dan niet hebben van een chronische aandoening: dit gebeurt zelden bij respondenten zonder een chronische aandoening. Verder varieert het bespreken van leefstijl enigszins per aandoening (tabel 5). Door diabetes patiënten werd het bespreken van stoppen met roken (alleen door rokers gescoord; 76% zei 'ja'), dieet en voeding (60%) en beweging (52%) het vaakst genoemd. Het bespreken van zorg of stress werd het vaakst (43%) door respondenten met een diagnose van depressie, angst of een ander mentaal probleem genoemd.

Tabel 5: Het bespreken van leefstijlgerelateerde aspecten in de Nederlandse huisartsenpraktijk, uitgesplitst naar aandoening (% ja, in de afgelopen 2 jaar).

	# respondenten	Dieet en voeding (%)	Beweging (%)	Zorgen of stress (%)	Roken (%)
Totaal	1000	25	31	13	52 (n=155)
Geen chronische aandoening	276	5	8	6	17 (n=52)
Diabetes	154	60	52	15	76 (n=21)
Hartkwaal	176	44	47	18	72 (n=29)
Hypertensie	416	36	40	17	78 (n=46)
Astma/Chronische longziekten	165	35	48	15	88 (n=32)
Depressie/angst of andere mentale problemen	77	34	42	43	63 (n=16)
Gewrichtspijn/Artritis	258	33	41	17	82 (n=40)
Kanker	123	29	38	17	60 (n=5)

Een relevant onderdeel van chronisch zorg is het werken met individuele behandeldoelen, vastgelegd in een plan. De helft van de Nederlandse respondenten met een chronische aandoening heeft met een medisch professional de belangrijkste doelstellingen van de medische zorg besproken en duidelijke instructies gekregen op welke symptomen gelet moet worden en wanneer een arts geraadpleegd moet worden. In vergelijking met de andere landen laat ons land een gemiddeld beeld zien: het VK en de VS scoren duidelijk hoger (rond de 70% op beide aspecten) en de Scandinavische landen (Noorwegen en Zweden) scoren lager (<45%). Een vijfde, internationaal vergeleken het laagste percentage, geeft aan van een medische professional een plan op papier gekregen te hebben om de eigen zorg te organiseren. Respondenten met minimaal 1 chronische aandoeningen hebben in het VK het vaakst (58%) een plan op papier om de eigen zorg te organiseren. Naast Nederland, scoren ook Noorwegen (22%), Zweden (23%) en Zwitserland (22%) laag op dit aspect van chronische zorg.

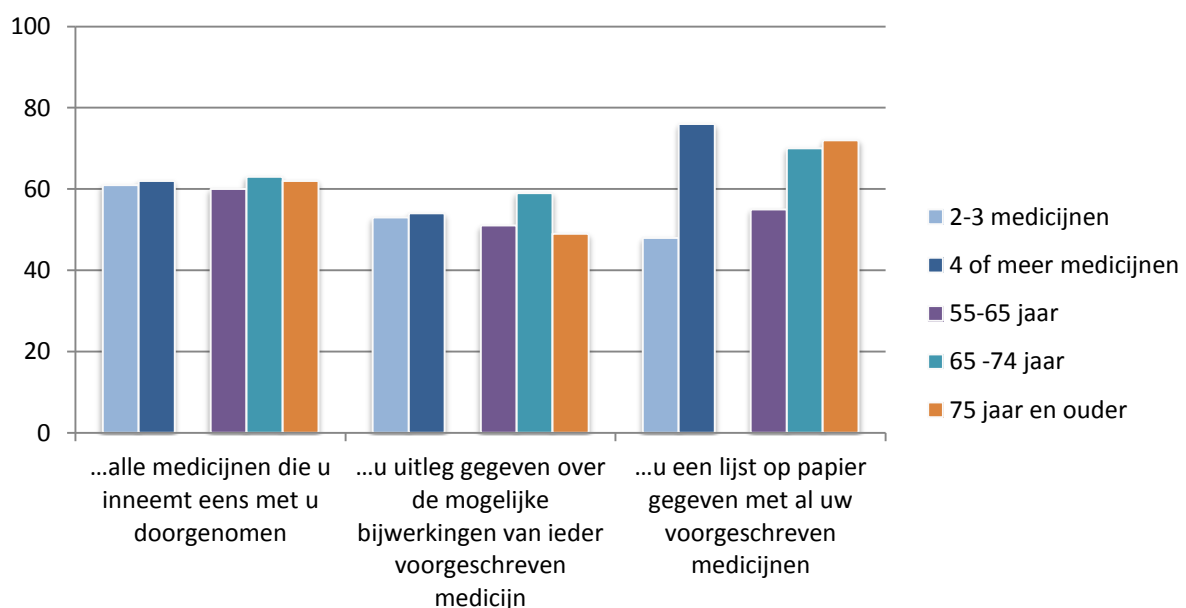
2.4 Arts-patiënt communicatie

Op verschillende aspecten van communicatie tussen de huisarts en de patiënt scoort Nederland goed: 78% van de respondenten gaf aan dat de huisarts op de hoogte is van belangrijke informatie over de medische achtergrond van de respondent. Dit varieerde internationaal van 44% in Zweden tot 81% in Duitsland en Zwitserland. Een zelfde percentage Nederlandse respondenten gaf aan dat de huisarts altijd voldoende tijd voor hen neemt en zaken op een begrijpelijke manier uitlegt. Ook op deze aspecten scoort Zweden het laagst en Zwitserland het hoogst.

In 2014 is een nieuwe vraag omtrent arts-patiënt communicatie toegevoegd: of respondenten zich aangemoedigd voelen om vragen aan de huisarts te stellen. Absoluut gezien scoort Nederland niet goed op dit punt, maar ten opzichte van andere landen scoort Nederland hierop gemiddeld: 38% voelde zich altijd aangemoedigd, terwijl dit internationaal varieerde van 21% (Zweden) tot 63% (VS).

Communicatie over medicatie is relevant vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid en farmaceutische therapietrouw. Van de respondenten in dit onderzoek gebruikte 60% twee of meer medicijnen. Ongeveer tweederde van deze groep had met een arts of apotheker alle voorgeschreven medicatie besproken (62%) of een lijst met alle voorgeschreven medicijnen op papier meegekregen (65%). Ongeveer de helft (53%) van de mensen met minimaal 2 medicijnen had van een arts of apotheker uitleg gekregen over mogelijke bijwerkingen van de voorgeschreven medicijnen. Slechts 32% antwoordde 'ja' op alle drie deze vragen. Het al dan niet bespreken van de medicatie en de mogelijke bijwerkingen hangt niet samen met het aantal medicijnen dat iemand gebruikt, of de leeftijd. Wel hebben respondenten die 4 of meer medicijnen gebruiken en respondenten van 65 jaar of ouder, vaker een papieren lijst met voorgeschreven medicijnen (figuur 3).

Figuur 3: Communicatie over medicatie, uitgezet per leeftijdscategorie en aantal voorgeschreven medicijnen.



2.5 Toegankelijkheid van (spoed)zorg

De toegankelijkheid van de Nederlandse huisartsenzorg is goed, maar internationaal vergeleken gemiddeld, en van de zorg buiten kantoortijden is de toegankelijkheid goed. Bijna 70% van de Nederlandse respondenten kon, toen ze ziek waren, nog dezelfde of de volgende dag terecht bij de huisarts of verpleegkundige. In Frankrijk (81%), Duitsland (79%) en Nieuw Zeeland (79%) kon een groter deel snel bij de huisarts terecht. Canada en de VS zijn daarentegen een stuk minder toegankelijk (respectievelijk 41% en 50% kon dezelfde of de volgende dag terecht bij de huisarts of verpleegkundige). Voor zorg buiten kantoortijden scoort Nederland scoort het hoogst: bijna tweederde gaf aan dat dit gemakkelijk is. Met name in Zweden (28%) en Canada (37%) ligt dit percentage veel lager.

Nederland kenmerkt zich ook door de goede toegankelijkheid van de 2^{de}-lijnszorg. Twee derde (66%) van de Nederlandse respondenten gaf aan dat ze binnen 4 weken een afspraak met de medische specialist hadden, nadat duidelijk werd dat een verwijzing nodig was. Respondenten in Zwitserland en de VS kunnen nog vaker snel terecht: in deze landen had 79% binnen 4 weken een afspraak met de specialist. Tien procent van de Nederlandse respondenten moest meer dan 2 maanden wachten op een afspraak.

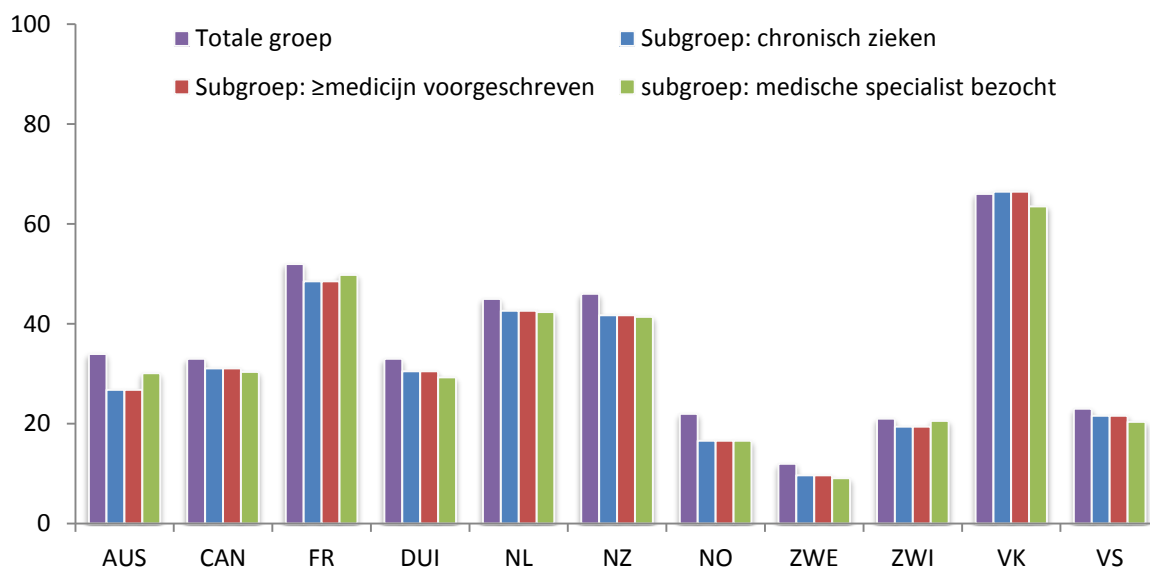
Het gebruik van de spoedeisende hulp (SEH) in Nederland is gemiddeld ten opzichte van de andere landen, maar het oneigenlijk gebruik van de SEH is laag. In Nederland bezocht 26% van de respondenten de afgelopen 2 jaar minimaal één keer de spoedeisende hulp (SEH), waarvan een derde minimaal twee keer op de spoedeisende hulp was geweest. Internationaal gezien is dit gemiddeld. De VS heeft het hoogste percentage respondenten dat in de afgelopen 2 jaar spoedeisende hulp heeft gehad (38%); in het VK lag dit laagste percentage de helft lager (17%). Een vijfde van de Nederlandse respondenten (19%) die de SEH had bezocht kwam voor iets dat ook door huisarts behandeld had kunnen worden als deze beschikbaar was geweest. Dit is internationaal vergeleken het laagste percentage: in andere landen varieerde dit tussen de 20% (Duitsland) en 40% (VS).

2.6 Zorgverzekeringen en financiële toegankelijkheid

Driekwart van de Nederlandse respondenten (77%) heeft een aanvullende zorgverzekering en 78% heeft geen vrijwillig eigen risico. Het hebben van een aanvullende verzekering is onder de 75+-ers beduidend lager dan in degene jonger dan 75 jaar (69% versus 80%). De eigen bijdrage in Nederland is laag: 70 USD (56 euro) is het mediane bedrag wat per gezin zelf moest worden betaald op jaarbasis. Dit bedrag was in Zwitserland (565 USD) en de VS (500 USD) het hoogst. Eén derde van de Nederlandse respondenten had de afgelopen 12 maanden helemaal niets aan medische zorg uitgegeven. Dit was, na het VK (59%) het hoogste percentage. Ter vergelijking: in Zweden gaf 6% van de respondenten aan dat ze niks zelf hadden betaald.

Kwetsbare groepen betalen in sommige landen vaker meer uit eigen zak voor zorgkosten dan de totale groep van 55-plussers (figuur 4). In Australië en Noorwegen waren deze verschillen het meest uitgesproken: in bijvoorbeeld Australië betaalde in de totale groep 34% maximaal 100 USD, terwijl dit 26% was in de subgroep met minimaal 1 chronische aandoening of de subgroep die een medisch specialist bezocht. In Nederland hing de mate waarin respondenten maximaal 100 USD zelf betaalden nauwelijks samen met het hebben van een chronische aandoening, het gebruiken van voorgeschreven medicatie of het bezoeken van een medisch specialist.

Figuur 4: Percentage respondenten dat \$100 of minder (inclusief niets) voor zijn/haar gezin heeft uitgegeven aan zorg voor (1) alle respondenten en drie verschillende subgroepen: (2) respondenten met minimaal 1 chronische aandoening, (3) respondenten met minimaal 1 voorgeschreven medicijn en (4) respondenten die afgelopen 2 jaar een medische specialist hebben bezocht.



Het afzien van zorg vanwege kosten was onder Nederlandse burgers van 55 jaar en ouder, een gering probleem: 8% van de respondenten gaf aan de afgelopen 12 maanden afgezien te hebben van zorg. In Canada, Nieuw-Zeeland (beide 12%) en met name de VS (25%), werd dit vaker gerapporteerd. Op de vraag over problemen ervaren met het betalen van medische rekeningen, was het beeld vergelijkbaar: 5% van de Nederlandse respondenten had problemen of kon de rekening helemaal niet betalen, terwijl dit tot 15% opliep in de VS.

Het ervaren van beperkingen in de financiële toegankelijkheid onder de Nederlandse respondenten is het grootst in de jongste leeftijdscategorie (10% heeft afgezien van zorg vanwege de kosten), degene zonder aanvullende verzekering (11% heeft afgezien van zorg), een inkomen beneden modaal (13% heeft afgezien van zorg) en met twee of meer chronische aandoeningen (11% heeft afgezien van zorg). Het ervaren van betalingsproblemen is het vaakst gerapporteerd door respondenten met een inkomen beneden modaal (10%). Respondenten die afgezien hadden van zorg vanwege de kosten betaalden 390 USD op jaarbasis uit eigen zak voor medische zorg, tegenover 42 USD in de groep die niet hadden afgezien van zorg.

Van de mensen die problemen ervoeren met financiële toegankelijkheid gaf 37% aan dat het gezondheidszorgsysteem helemaal opnieuw zou moeten worden ingericht. Dit is ruim twee keer zo hoog dan in de groep die geen problemen ervoer (17%).

2.7 Mantelzorg

In de IHP-survey van 2014 is voor het eerst aandacht besteedt aan mantelzorg activiteiten van de respondenten. Internationaal gezien gaven de Nederlandse respondenten relatief vaak aan mantelzorg te verlenen: 25% gaf aan minimaal eens per week hulp of zorg te verlenen aan één of meer personen die lijden aan leeftijdsgelateerde gezondheidsklachten, chronische aandoeningen of een handicap (tabel 6). Internationaal varieerde het percentage mensen dat mantelzorg geeft sterk: van 4% in Frankrijk tot 33% in Noorwegen. Vrouwen verlenen iets vaker mantelzorg dan mannen (27% vs. 22%). Hoe ouder men is, hoe minder vaak mantelzorg wordt verleend: zo verleende 30% van de 55-64 jarigen mantelzorg terwijl dit percentage onder de 75 plussers 17% was.

Mantelzorg wordt in Nederland, meer dan in de andere landen, aan niet-familieleden verleent. In Nederland lag dit percentage op 35%. Van de Nederlandse respondenten die aangaven mantelzorg te verlenen deed 56% dit aan familieleden. Dit was, na Frankrijk (53%), het laagste percentage. In Australië en Duitsland gaf 83% mantelzorg aan familieleden. Eén vijfde van de Nederlandse respondenten die mantelzorg verleenden zei hier meer dan 20 uur per week mee bezig te zijn.

Tabel 6: Verlenen van mantelzorg.

Land	Geeft u minimaal eens per week hulp of zorg aan één of meer personen die lijden aan leeftijdsgelateerde gezondheidsklachten, chronische aandoeningen of een handicap	Zo ja, is/zijn deze personen familieleden	Zo ja, hoeveel uur per week verleent u zorg en hulp		
	% ja	% ja, familieleden	<10 uur	10-20 uur	>20 uur
NO	33	68	66	11	18
DUI	28	83	53	22	24
NL	25	56	62	15	19
ZWE	24	69	70	11	15
AUS	21	83	43	14	39
VS	20	71	83	22	37
CAN	19	76	49	16	31
NZ	17	66	51	15	33
VK	16	79	53	14	29
ZWIT	15	71	65	17	14
FR	4	53	56	13	14

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

2.8 Levenseinde

Een tweede thema dat voor het eerst in de IHP-survey 2014 is opgenomen, zijn de zorgwensen over het levenseinde. In de internationale vergelijking zijn er grote verschillen zichtbaar hoe er is geantwoord op de vragen over zorgwensen rondom het levenseinde. Waar in Frankrijk slecht 14% van de respondenten had gepraat met familie, vrienden of een medische professional over welke behandelingen gewenst zijn wanneer de respondent niet meer zelf kan beslissen, had in de VS 72% dit gedaan. In Nederland gaf 42% aan dit te hebben besproken met iemand. Verder had in Nederland 14% van de respondenten schriftelijk vastgelegd welke medische behandeling wel of niet gewenst is bij het levenseinde en 16% had vastgelegd wie de beslissingen over medische behandelingen neemt wanneer de respondent dit zelf niet meer kan. In Noorwegen en Zweden hadden minder dan 10% van de respondenten schriftelijk vastgelegd wie beslissingen neemt of welke medische behandeling wel of niet gewenst zijn. In Duitsland en de VS lagen deze percentages het hoogst: ongeveer de helft had dit schriftelijk laten vaststellen.

Tabel 7: Zorgwensen over het levenseinde.

	Heeft u, voor het geval dat u zo ziek of gewond zou raken dat u niet meer over uzelf zou kunnen beslissen, gesproken met uw familie, een goede vriend of medisch professional, over welke behandeling u in dat geval wel of juist niet zou willen?	Heeft u een op schrift gesteld plan of document waarin is beschreven welke medische behandeling u wel of juist niet wilt aan het einde van uw leven?	Heeft u schriftelijk vastgelegd wie de beslissingen over uw medische behandeling mag nemen wanneer u deze niet meer zelf kunt nemen?
Land	(% ja)	(% ja)	(% ja)
VS	72	47	57
DUI	65	49	49
CAN	61	39	53
ZWIT	53	22	24
AUS	52	24	43
NL	42	14	16
NZ	40	19	32
VK	33	16	36
ZWE	30	5	7
NO	21	4	6
FR	14	5	15

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

3. Discussie en conclusies

De IHP-2014 richtte zich voor het eerst op 55-plussers, die voor een groot deel te kampen hebben met chronische aandoeningen en frequent zorggebruik. De ervaringen van deze doelgroep met de Nederlandse zorg zijn gemiddeld tot goed. In vergelijking met de andere deelnemende landen onderscheidt Nederland zich in positieve zin door goede communicatie tussen huisarts en patiënt, en een uitstekende toegankelijkheid van zorg. Nederland presteert minder dan gemiddeld op het bieden van ondersteuning vanuit de huisartsenpraktijk in het coördineren van zorg, het hebben van behandelplannen voor patiënten met een chronische aandoening en het bespreken van leefstijl gerelateerde zaken in de huisartsenpraktijk.

3.1 Methodologische kanttekeningen

Er zijn meerdere factoren die ertoe bijdragen dat een valide vergelijking met voorgaande jaren niet mogelijk is. De belangrijkste zijn:

Screening

In 2007 en 2011 was de screening gericht op het opsporen van respondenten met een slechte gezondheid en/of aantoonbaar zorggebruik. In 2014 gold leeftijd als enige criterium. Ook is de 2014-steekproef van 55-plussers niet direct vergelijkbaar met de subgroep van 55-plussers uit de 2013-steekproef. Bijvoorbeeld: als het huishouden bestaat uit een 55-jarige en een 50-jarige, dan zou er in 2013 een 50% kans zijn geweest dat de 55-jarige volwassene zou deelnemen, terwijl in 2014 die kans 100% was. Hierdoor werden in 2013 relatief minder 55-plussers geïncludeerd die leven met een jongere partner.

Telefoonnummers

De steekproef werd in 2007 en 2011 uit het telefoonboek getrokken, terwijl in 2014 telefoonnummer random werden gegenereerd en er bovendien een representatief aandeel 06-nummers werd meegenomen.

Vanwege de onzekerheid rondom de impact van beide veranderingen, maken we in dit rapport geen vergelijking met resultaten uit het verleden of zijn voorzichtig met interpretatie van trends.

3.2 Poortwachterrol van de huisarts

Hoewel de huisarts voor respondenten in nagenoeg alle landen een centrale rol inneemt, is de huisarts niet overal een essentiële tussenstap voor toegang tot de 2^{de}-lijnszorg. Een goed functionerende poortwachter biedt toegang tot zorg, indiceert patiënten correct en behandelt of verwijst patiënten correct. Dit zorgt ervoor dat zorg op de juiste plek gegeven wordt, met zorg van hoge kwaliteit en minimale kosten (KPMG Plexus, 2012).

We zien in de resultaten dat de Nederlandse huisarts de poortwachterrol ten dele uitstekend vervult: de zorg is goed toegankelijk, zowel tijdens als buiten kantooruren. Patiënten kunnen, eenmaal verwezen, snel bij een medisch specialist terecht. Het aantal verwijzingen naar de 2^{de} lijn is echter

relatief hoog: dit geldt voor zowel respondenten zonder een chronische aandoening, als degene met chronische aandoeningen. Uit onderzoek onder Nederlandse huisartsen kwam in 2013 al naar voren dat huisartsen het in het algemeen moeilijk vinden om 'nee' te zeggen tegen vasthoudende patiënten (Wammes et al., 2014). Wanneer patiënten echt doorgestuurd willen worden, gaan huisartsen hier vaak mee akkoord om de relatie met die patiënt goed te houden. Ook speelt volgens dezelfde groep huisartsen mee dat patiënten eerder gerustgesteld zijn wanneer hij of zij doorverwijst, en dat dit leidt tot extra onnodige doorverwijzingen. Dit schetst een beeld van huisartsen die in hun verwijzingen en behandelbeslissingen weliswaar zeer patiëntgeoriënteerd zijn, maar inleveren op de klassieke taak als poortwachter.

Een centrale, coördinerende rol van de huisarts, in het geval dat patiënten zorg van meerdere zorgverleners ontvangen, wordt door patiënten vaak niet ervaren. Dit is een interessante observatie, omdat de regierol in het zorg- en welzijnslandschap vanaf 2015 vorm gaat krijgen. Binnen de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) speelt cliëntondersteuning, via een casemanager, een prominente rol. Veldpartijen verkennen mogelijkheden om deze ondersteuning te organiseren en te financieren, zodanig dat de patiënt de regisseur is van zijn eigen zorg, met ondersteuning waar nodig. Ook de huisarts zal in dit krachtenveld zijn toegevoegde waarde moeten definiëren en zich daarop profileren, bijvoorbeeld door hun spilfunctie in de wijk te expliciteren. Ook is het mogelijk dat praktijkondersteuners die binnen disease-management programma's patiënten al ondersteunen en begeleiden, zich profileren als de centrale casemanagers. De resultaten van de IHP-2014 survey laten zien dat dit wel aanpassingen vereist in de wijze waarop er nu vanuit de huisartsenpraktijk ondersteuning wordt geboden.

3.3 Mantelzorg en vragen rondom levenseinde

De IHP-2014 introduceerde twee nieuwe thema's: mantelzorg en levenseinde-vragenstukken. Beide sluiten bij actuele beleidsontwikkelingen en het maatschappelijke debat. De cijfers schetsen een uitgangssituatie op basis waarvan de IHP-survey de komende jaren verder zal bouwen.

De IHP-survey laat grote verschillen zien in de mate waarin burgers concrete maatregelen nemen rondom het levenseinde. Deze observatie staat niet op zichzelf. Uit nationaal en internationaal onderzoek weten we dat er grote verschillen bestaan (practice variation) in het zorggebruik, de zorgintensiteit en ook de kwaliteit (van leven) in de laatste levensfase (Teno et al., 2013; Boer et al., 2013). Advance Care Planning (ACP) is een bewezen effectieve, maar nog nauwelijks systematisch toegepaste methode om de levensdoelen van patiënten voor de laatste fase van hun leven vroegtijdig te bespreken en na te gaan hoe zorg daarbij past. Dit voorkomt onder- en overbehandeling, verhoogt de kwaliteit van leven in de laatste levensfase, zorgt voor minder onnodige zorg (ziekenhuisopnamen, SEH-bezoeken, minder onnodige diagnostiek, etc) en vergroot ook de kwaliteit van leven van de naasten (minder depressie, minder post traumatische stress stoornis) (Brinkman-Stoppelenburg et al., 2014). De resultaten uit de IHP-survey benadrukken dat er ruimte is voor een actieve implementatie van ACP in de Nederlandse gezondheidszorg. ACP is immers niet alleen iets voor de aller oudsten; iedereen kan in de situatie komen waarin hij of zij niet meer kan beslissen over welke stappen genomen moeten worden in de zorgverlening.

De nadruk in het regeringsbeleid op een participatiemaatschappij en de invoering van de WMO in 2015, zullen het aandeel van informele zorgverlening in Nederland naar verwachting vergroten. Het verlenen van mantelzorg gebeurt in Nederland al relatief vaak (25%) en opvallend vaak aan niet-familieleden (35%). Dit in tegenstelling tot Duitsland en Australië, waar mantelzorg voor ruim 80% aan familieleden wordt verleend. De mate waarin de-institutionalisatie is doorgevoerd en de cultuur van een land zijn belangrijke factoren die bepalen in welke mate mantelzorg wordt verleend. De noodzaak om mantelzorg te verlenen is in bijvoorbeeld Duitsland groot, omdat de eigen bijdrage voor verpleeghuiszorg zo hoog zijn dat familieleden genooddaakt zijn om zelf een ziek familielid te verzorgen. Mantelzorg wordt in eerste instantie vanuit liefde en vanzelfsprekendheid gegeven. Maar ook zeggen twee van de drie mantelzorgers in Nederland dat zij – samen met de steun van professionele zorg – opname in een zorginstelling uit willen stellen (de Boer en de Klerk, 2013). De wijzigingen in het zorgstelsel, gericht op een verdere de-institutionalisatie, sluit aan bij deze sterke intrinsieke motivatie die in de Nederlandse samenleving aanwezig is.

3.4 Financiële toegankelijkheid

De afgelopen jaren tekende zich een ongunstig beeld af rondom de financiële toegankelijkheid van het Nederlandse zorgstelsel. In 2011, toen we patiënten interviewden, constateerden we voor het eerst dat het percentage respondenten dat vanwege de kosten had afgezien van zorg in de periode 2008-2011 sterk was toegenomen. Een sluitende verklaring kon niet worden gegeven en daarom leek het met name een verslechtering van de gepercipieerde betaalbaarheid. De 2012-survey, toen huisartsen deelnamen, bevestigde echter het beeld dat de financiële toegankelijkheid van de Nederlands gezondheidszorg verslechterde. Problemen met bekostigen van geneesmiddelen of andere niet-vergoede uitgaven lag in Nederland relatief hoog (42% van de huisartsen dacht dat patiënten vaak dit probleem ervaren) en dit cijfer was beduidend hoger dan in 2009 toen dit 33% was. Tenslotte in 2013 liep het percentage mensen dat aangaf het afgelopen jaar te hebben afgezien van zorg vanwege de kosten op tot 22% binnen een steekproef uit de Nederlandse volwassen bevolking. Het hebben van een niet-Nederlandse etniciteit en meer chronische aandoeningen ging samen met een grotere kans om af te hebben gezien van zorg vanuit financiële overwegingen. Hogere inkomens, 65+ zijn en het hebben van een aanvullende verzekering verlaagde juist de kans dat mensen de kosten een rol hebben laten spelen bij het afzien van zorggebruik.

Een sterke samenhang tussen afzien van zorg en leeftijd zien we ook terug in de IHP-2014: 10% van de 55-65 jarigen had afgezien van zorg vanwege de kosten tegenover 6% onder de 65-plussers. Hoewel het patroon in 2013 en 2014 vergelijkbaar is, verschillen de absolute percentages sterk: in 2013 gaf 12% van de 65-plussers aan afgezien te hebben van zorg, terwijl dat in 2014 6% was. Grote verschuivingen in de mate waarin respondenten afzien van zorg, zien we ook in Frankrijk (18% in 2013 versus 4% in 2014), Duitsland (15% in 2013 versus 7% in 2014) en Noorwegen (10% in 2013 versus 5% in 2014). De vraagstelling was in beide jaren identiek, waardoor een verklaring voor deze verschuiving lastig te geven is. Daarom pleiten we voor een betere onderbouwing van de validiteit van dit item, waarin de zelfgerapporteerde mate van afzien van zorg, getoetst wordt aan werkelijk

zorgconsumptie gedrag, uitgesplitst naar gewenst afzien van zorg (wegnemen van zorggebruik dat kan worden aangemerkt als overconsumptie) en ongewenst afzien van zorg.

Het percentage respondenten dat het gezondheidszorgsysteem helemaal opnieuw wil inrichten is in 2014 erg hoog (19% in 2014 tegenover 5% in 2013 en 12% in 2010). In paragraaf 2.6 lieten we zien dat dit negatieve oordeel over het systeem mede samenhangt met concrete ervaren problemen met de financiële toegankelijkheid. Daarnaast vinden een aantal veranderingen in de zorg plaats die met name de 55+ers raken. Er heerst onzekerheid over de zorg in de nabije toekomst en dat vindt zijn weerslag in de antwoorden van de respondenten. Ook is de zorg relatief veel negatief in de media belicht. Selectieve aandacht voor incidenten en wantoestanden in de zorg voedt wantrouwen onder burgers (Robben, 2010). Dit fenomeen is mogelijk ook een verklaring voor de verslechtering in het oordeel over het stelsel.

3.5 Conclusies

De International Health Policy Survey 2014 laat zien dat Nederlandse 55-plussers kwalitatieve goede zorg ontvangen en ervaren. De centrale positie die de huisarts, als poortwachter, als gids en coördinator in zou moeten nemen, wordt op meerdere punten niet als zodanig door patiënten ervaren. Verbetering is wenselijk op het terrein van ondersteuning vanuit de huisartsenpraktijk bij coördinatie van zorg, zelfmanagement via zorgplannen en vastgestelde behandeldoelen en preventie door leefstijl. De uitdagingen in het Nederlandse zorgsysteem betreffen de coördinatie en ondersteuning van (zelf)zorg van mensen, dicht bij huis. De eerstelijns is hier aan zet.

Literatuur

- Boer TA, Verkerk M, Bakker DJ. Over behandelen. Ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen. Reed Business Elsevier, 2013.
- Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide AI. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med* 2014;28(8): 1000-25.
- De Boer A, de Klerk M. Informele zorg in Nederland. Een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg. Den Haag, SCP, 2013.
- KPMG Plexus, Onderzoek naar de effectiviteit van poortwachters in het Nederlandse zorgstelsel 2000 – 2010. Breukelen, 2012.
- Robben P. Toezicht in een glazen huis. Oratie, Erasmus Universiteit Rotterdam, Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg. Rotterdam, 2010.
- Teno J, Gozalo PL, Bynum JP, Leland NE, Miller SC, Morden NE, Scupp T, Goodman DC, Mor V. Change in End-of-Life Care for Medicare Beneficiaries Site of Death, Place of Care, and Health Care Transitions in 2000, 2005, and 2009. *JAMA* 2013;309:470-7.
- Wammes JGG, Jeurissen PPT, Verhoef LM, Assendelft WJJ, Westert GP, Faber MJ. Is the role of gatekeeper still feasible? A survey among Dutch GPs. *Family Practice* 2014;31:538-544.

Bijlage 1: Methodologie van het onderzoek

B1.1 Over de vragenlijst

In 2014 staan volwassenen van 55 jaar en ouder centraal in de International Health Policy Survey. Elk jaar stelt de Commonwealth Fund een conceptvragenlijst op, gebaseerd op de vragenlijsten van de voorgaande jaren. In de tweede helft van 2013 is de conceptversie van de survey ontwikkeld en herzien na commentaar van de projectpartners uit de 11 landen. In januari 2014 was de definitieve survey gereed voor pre-testing en vertaling. De Engelstalige vragenlijst is naar het Nederlands vertaald door een erkend vertaalbureau en de vertaling is gecontroleerd op juistheid door onderzoekers van IQ healthcare.

B1.2 Uitvoering van het veldwerk

Het veldwerk werd gecoördineerd door SSRS. De SSRS voerde in de meeste deelnemende landen veldwerk uit en is verantwoordelijk voor alle datamanagement. De vragenlijst is doormiddel van telefonische interviews afgenomen, zowel via vaste als mobiele telefoons .

De Nederlandse steekproef bevatte 83% vaste telefoonnummers en 17 % mobiele nummers. Het 'random dialing digit' systeem voor Nederland is gebaseerd op het nationale nummer plan van de Onafhankelijke post en Telecommunicatie Autoriteit (OPTA). De vaste nummers waren gestratificeerd naar provincie, zodat alle 12 provincies juist worden gerepresenteerd. Alle willekeurig getrokken vaste telefoonnummers werden gescreend of het zakelijke telefoonnummers waren en of ze in het bel-me-niet register voorkwamen. Voor de 'random dialing digit' steekproef van mobiele nummers is er gestratificeerd op basis van de distributie van providers binnen Nederland.

De volgende strategieën werden gebruikt om de survey respons zo hoog mogelijk te houden en de non-respons en weigering zo laag mogelijk:

- Belpogingen naar een respondent werden op verschillende tijden van de dag en op verschillende dagen uitgevoerd. Er is een maximum ingesteld van 9 belpogingen met na elke interval van drie pogingen een rustpose van één week.
- Respondenten die weigerden deel te nemen werden na twee weken teruggebeld.

De interviews zijn uitgevoerd tussen 14 maart en 13 mei 2014. De gemiddelde lengte van een interview was in Nederland 20 minuten. Het respons percentage lag in Nederland op 25%. Dit is vergelijkbaar met de voorgaande jaren. Het responspercentage varieerde van 16% in Noorwegen tot 60% in Zwitserland (tabel 8).

Tabel 8: Details over het veldwerk in de 11 deelnemende landen.

Land	Taal	Periode van veldwerk (2014)	Interview lengte (minuten)	Responspercentage
Australië	Engels	5 maart – 15 mei	21	31%
Canada (Quebec)	Engels, Frans	4 maart – 18 mei	19	28%
Frankrijk	Frans	5 maart – 15 mei	22	29%
Duitsland	Duits	21 maart – 28 mei	21	26%
Nederland	Nederlands	14 maart – 13 mei	20	25%
New Zeeland	Engels	14 maart – 15 mei	20	27%
Noorwegen	Noors	7 maart – 19 mei	17	16%
Zweden	Zweeds	20 maart – 15 juni	19	23%
Zwitserland	Duits, Frans, Italiaans	31 maart – 10 mei	24	60%
Verenigd Koninkrijk	Engels	5 maart – 14 mei	21	23%
Verenigde Staten	Engels, Spaans	4 maart – 14 mei	20	24%

B1.3 Definitie van de steekproef

In elk land, werd gestart met screening op leeftijd voor deelname: de minimale leeftijd was 55 jaar. Er werden geen verdere screeningscriteria gehanteerd.

B1.4 Representativiteit van de steekproef en analyse

Diverse maatregelen zijn genomen om tijdens de dataverzameling risico's te ondervangen die de representativiteit kunnen verstoren:

1. Maatregelen om de kans op selectie tegen te gaan:
 - a. Within Household correction (WHC): Respondenten die bereikt waren door middel van een vaste telefoon en die 2 of meer volwassenen van 55 jaar of ouder hadden kregen een gewicht van 2. Respondenten van 55 jaar en ouder in een alleenstaand huishouden kregen een gewicht van 1. Er was geen selectie voor huishoudens met een mobiele telefoon. De kans op selectie daar was 1.
 - b. Dual-Usage Correction (DUC): Volwassenen met zowel een vaste als een mobiele telefoon kregen een gewicht van 0.5. Degene die slechts één van de twee hadden ontvingen een gewicht van 1.
 - c. Een basis-gewicht is gemaakt om het resultaat van WHC x DUC gelijk te maken.
2. Post-stratification weighting: Na de toepassing van het basis-gewicht, ondergaat de steekproef zogenaamde “iterative proportional fitting” (IPF or ‘ranking). Dit is een procedure waarbij de data herhaaldelijk wordt gewogen om de bekende marginale distributie van de populatie parameters gelijk te krijgen. Deze procedure wordt herhaald totdat de verschillen tussen de gewogen steekproef en de populatie parameters en de gewogen data bijna 0 zijn.

De Nederlandse data is verder gewogen op basis van geslacht, leeftijd, provincie en telefoonstatus (alleen mobiel of niet). Deze referentiecijfers zijn afkomstig van de volgende bronnen:

- Regio: CBS, 2013, Huishoudens; personen naar geslacht, leeftijd en regio, 1 januari;
- Leeftijd en geslacht: CBS, 2013, Bevolking; geslacht, leeftijd en burgerlijke staat, 1 januari;

- Telefoon status (ESS, 2011).

Tabel 9 vergelijkt de verdeling van de gewogen en ongewogen data en de referentiecijfers voor de gehele Nederlandse bevolking.

Tabel 9: Representativiteit van de respondenten uit de Nederlandse steekproef ten opzichte van de volwassen Nederlandse bevolking (%).

	<i>Commonwealth ongewogen</i>	<i>Commonwealth gewogen</i>	<i>Nederland**</i>
Geslacht per leeftijdsgroep			
Man, leeftijd 55-64	19.7%	21.6%	21.7%
Man, leeftijd 65-74	16.5%	15.8%	15.8%
Man, leeftijd 75+	10.0%	9.8%	9.6%
Vrouw, leeftijd 55-64	22.1%	21.9%	21.7%
Vrouw, leeftijd 65-74	18.7%	16.8%	16.5%
Vrouw, leeftijd 75+	13.0%	14.1%	14.8%
Telefoonaansluiting			
Alleen mobiel	4.0%	6.1%	6.2%
Provincie			
Drenthe	2.2%	3.4%	3.3%
Flevoland	5.7%	1.9%	1.8%
Friesland	3.2%	4.2%	4.1%
Gelderland	13.9%	12.5%	12.3%
Groningen	6.0%	3.6%	3.5%
Limburg	5.4%	8.0%	7.8%
Noord-Brabant	26.1%	15.5%	15.2%
Noord-Holland	17.6%	15.8%	15.5%
Overijssel	2.6%	6.6%	6.7%
Utrecht	7.4%	6.7%	6.6%
Zeeland	3.2%	2.7%	2.6%
Zuid-Holland	6.7%	19.2%	20.4%

*** volgens de "Gouden standaard"*

Bijlage 2: Resultaten tabellen

Tabel A1: Demografische gegevens

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
Leeftijd (%)											
• 55-64 jaar	46	47	41	38	44	45	42	37	41	40	46
• 65-74 jaar	30	29	28	33	33	31	33	35	32	32	31
• 75+	24	24	30	29	24	24	25	28	28	28	23
Geslacht (% man)	48	46	45	45	47	47	47	47	45	46	46
Hoeveel volwassenen van 55 jaar of ouder, uzelf inbegrepen, leven er in uw gezin? (%)											
• 1 persoon	40	35	43	28	38	57	40	34	35	58	39
• 2 personen	59	62	55	69	60	40	59	65	64	41	57
• 3 of meer personen	1	3	1	2	2	1	1	1	1	1	3
Gezinsinkomen (%)											
• Beneden modaal	48	46	36	42	33	43	51	38	59	33	42
• Modaal	20	23	32	20	20	25	20	21	18	29	19
• Boven modaal	13	21	20	25	33	23	23	34	20	13	32
• Wil geen antwoord geven	17	7	11	10	8	6	3	2	2	22	4
Werk (%)											
• Fulltime / parttime	28	27	12	18	23	37	34	28	27	24	26
• Met pensioen	64	63	84	72	56	53	57	65	63	68	53
• Geen betaald werk	5	5	3	4	15	7	3	2	4	6	11
• Werkt voor zichzelf, eigen bedrijf	1	2	*	2	1	2	1	3	4	*	2
• Gehandicapt, arbeidsongeschikt	2	2	*	1	3	*	4	*	1	*	7
Geboren in het land waar men nu woont (% ja)	75	83	95	88	94	81	96	93	82	89	92

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
Etniciteit (%)											
• Nederlands					94						
• Marokkaans					*						
• Turks					*						
• Surinaams					1						
• Nederlandse Antillen en Aruba					*						
• Anders					4						

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten; -- = vraag niet gesteld; * = percentage is <0.5%.

Tabel A2: Gezondheidstoestand

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
Gezondheidstoestand (%)											
• Uitstekend – zeer goed	50	52	19	21	21	56	35	35	36	46	45
• Goed	32	30	48	44	44	32	29	36	44	37	30
• Redelijk - slecht	18	18	33	35	34	11	35	29	18	17	26
<i>Voor alle respondenten met leeftijd 65+</i>	(n=1781)	(n=3147)	(n=860)	(n=547)	(n=582)	(n=379)	(n=651)	(n=5000)	(n=1084)	(n=581)	(n=1116)
In welke mate wordt u beperkt tijdens uw dagelijks leven, zoals zelf eten, in en uit bed of in een stoel komen, aan- en uitkleden en uzelf wassen. (%)											
• Zeer beperkt	2	2	4	12	6	2	4	2	4	2	2
• Een beetje beperkt	12	16	46	22	18	8	16	17	18	12	12
• Niet beperkt	86	82	50	66	75	89	79	80	77	86	85
Heeft een arts u ooit verteld dat u de volgende aandoening heeft (% ja):											
• Gewrichtspijn of artritis	38	46	52	38	26	28	26	24	36	28	52
• Astma of een chronische longziekte zoals chronische bronchitis, emfyseem of COPD	13	15	5	12	16	11	16	12	9	8	18
• Kanker	14	13	5	12	12	10	13	12	10	6	17
• Depressie, angst of andere mentale problemen	15	16	7	11	8	12	14	11	12	9	22
• Diabetes	14	18	13	13	15	13	9	12	10	12	25
• Hartkwaal, waaronder hartaanval	15	14	11	20	18	12	18	16	14	9	19

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
• Hypertensie of hoge bloeddruk	40	44	33	51	42	28	37	43	39	31	58
2 of meer chronische aandoeningen (uit de 8 hierboven genoemde) (% ja)	45	50	36	45	40	31	38	38	39	27	62
Rookt u sigaretten of shag? (% ja)	13	17	3	16	16	9	24	12	18	14	18

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

Tabel A3 Mantelzorg

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
Geeft u minimaal eens per week hulp of zorg aan één of meer personen die lijden aan leeftijds-gerelateerde gezondheidsklachten, chronische aandoeningen of een handicap? (% ja)	21	19	4	28	25	17	33	24	15	16	20
<i>Voor alle respondenten die mantelzorg geven</i>	(n=692)	(n=983)	(n=61)	(n=263)	(n=245)	(n=126)	(n=328)	(n=1702)	(n=273)	(n=156)	(n=354)
Is deze persoon of zijn deze personen familieleden? (%)											
• Familieleden	83	76	53	83	56	66	68	69	71	79	71
• Anderen (geen familie)	16	18	27	17	35	33	27	25	26	18	26
• Beide	1	5	4	*	8	1	5	6	3	1	3
<i>Voor respondenten die mantelzorg geven</i>											
Hoeveel uur per week verleent u zorg en hulp? (%)	(n=692)	(n=983)	(n=61)	(n=263)	(n=245)	(n=126)	(n=328)	(n=1702)	(n=273)	(n=156)	(n=354)
• Minder dan 10 uur per week	43	49	56	53	62	51	66	70	65	53	38
• Meer dan 10 maar minder dan 20 uur per week	14	16	13	22	15	15	11	11	17	14	22
• 20 uur per week of meer	39	31	14	24	19	33	18	15	14	29	37

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

Tabel A4: Zorgconsumptie

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
Bent u opgenomen geweest in het ziekenhuis, waarbij u ook moest blijven slapen? ^a (% ja)	25	20	17	35	24	22	31	26	29	17	26
Hoe vaak hebt u zelf de SEH-afdeling bezocht? ^a (%)											
• 0 keer	72	62	84	74	70	65	73	66	75	76	61
• 1 keer	17	20	10	14	17	14	15	20	18	8	20
• ≥2 keer	8	17	4	8	9	14	11	13	7	9	18
Was u, of moest u zijn, bij een medisch specialist? ^a (% ja)	61	56	57	85	66	45	58	51	67	43	66
Hoeveel verschillende artsen heeft u bezocht? ^b (%)											
• geen	10	10	14	5	19	15	6	21	10	16	8
• 2 of minder	58	60	69	34	53	57	70	48	63	56	48
• 3 artsen	15	16	10	23	11	11	13	14	19	11	21
• 4 of meer	16	13	7	38	15	13	11	16	9	14	23
<i>Voor respondenten met hypertensie, diabetes of astma</i>	(n=1731)	(n=3008)	(n=624)	(n=552)	(n=558)	(n=301)	(n=473)	(n=3713)	(n=852)	(n=398)	(n=1169)
Hebt u het afgelopen jaar een nacht in het ziekenhuis doorgebracht of de SEH van het ziekenhuis bezocht vanwege uw aandoening? (% ja)											
• Het ziekenhuis	6	3	4	3	5	4	4	1	1	5	2
• De SEH	2	5	3	4	1	3	3	3	2	3	4
• Beide	2	1	1	*	*	3	2	1	1	2	4

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
Hoeveel verschillende medicijnen op recept gebruikt u regelmatig of langdurig? (%)											
• 0	22	21	24	19	23	28	23	25	28	25	16
• 1	17	16	18	16	16	15	18	15	21	15	12
• 2-3	29	28	33	30	24	21	29	26	28	26	25
• 4 of meer	31	34	24	34	36	33	30	34	22	31	46
<i>Voor alle respondenten met leeftijd 65+ die een beetje of zeer beperkt zijn tijdens dagelijkse activiteiten</i>	(n=249)	(n=499)	(n=437)	(n=199)	(n=132)	(n=42)	(n=116)	(n=866)	(n=246)	(n=85)	(n=134)
Heeft u iemand die u normaal gesproken helpt met één van de dagelijkse activiteiten waar u moeite mee heeft? (% ja)	61	42	33	57	46	49	45	36	53	63	55
<i>Voor alle respondenten die hulp krijgen bij activiteiten</i>	(n=152)	(n=212)	(n=145)	(n=113)	(n=61)	(n=20)	(n=53)	(n=314)	(n=131)	(n=54)	(n=74)
Krijgt u onbetaald hulp van familieleden, vrienden of kennissen, of betaalde hulp? (%)											
• Vrijwillige/onbetaalde hulp	66	69	54	84	62	47	76	54	68	78	58
• Betaalde hulp	11	17	43	13	32	44	21	35	23	14	34
• Beide	22	6	2	2	3	4	3	10	6	6	5

^a afgelopen 2 jaar; ^b afgelopen 12 maanden

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten; * = percentage <0.5%.

Tabel A5: Toegankelijkheid

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
Hoe snel kon u de laatste keer dat u ziek was een afspraak maken met de dokter of verpleegkundige? (%)											
• Dezelfde of volgende dag	64	41	82	79	68	79	48	46	63	60	51
• 2 tot 5 dagen	23	23	10	10	13	13	19	18	22	24	22
• 6 of meer dagen	9	30	7	8	9	5	23	21	8	12	20
<i>Voor respondenten die zorg buiten kantooruren nodig hadden</i>	(n=2660)	(n=4562)	(n=1111)	(n=651)	(n=383)	(n=627)	(n=765)	(n=4934)	(n=1176)	(n=841)	(n=1493)
Is het volgens u gemakkelijk om buiten kantooruren zorg te krijgen? (%)											
• Erg/redelijk gemakkelijk	48	37	68	56	74	65	60	28	60	61	49
• Erg/redelijk moeilijk	43	59	32	40	22	31	34	54	37	30	47
<i>Voor respondenten die afgelopen 2 jaar specialist hebben bezocht</i>											
Hoe lang moest u wachten op een afspraak met de medisch specialist nadat u was aangeraden een specialist te bezoeken? (%)	(n=2018)	(n=2976)	(n=857)	(n=793)	(n=664)	(n=340)	(n=579)	(n=3646)	(n=1213)	(n=430)	(n=1165)
• < 4 weken (inclusief geen wachtperiode)	59	39	57	59	66	59	41	48	79	59	79
• 1 maand tot minder dan 2 maanden	24	27	29	23	21	19	31	30	17	25	16
• 2 maanden of langer	16	25	13	17	10	20	25	19	3	14	3
• Weet niet/wil geen antwoord geven	1	8	*	2	3	2	3	3	1	3	3

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
<i>Voor de respondenten die afgelopen 2 jaar SEH afdeling hebben bezocht en vaste dokter hebben</i>	(n=846)	(n=1969)	(n=209)	(n=210)	(n=264)	(n=205)	(n=263)	(n=2390)	(n=454)	(n=166)	(n=671)
Had de aandoening waarvoor u de SEH bezocht, door uw huisarts behandeld kunnen worden als deze beschikbaar was geweest? (% ja)	24	37	29	20	19	29	24	29	29	22	40
<i>Voor respondenten met vaste huisarts en/of praktijk en ooit geprobeerd hebben te bellen</i>	(n=3273)	(n=5175)	(n=1496)	(n=922)	(n=999)	(n=734)	(n=997)	(n=6853)	(n=1760)	(n=979)	(n=1667)
Wanneer u uw huisartsenpraktijk belt met een medische vraag of probleem tijdens de normale praktijkuren, hoe vaak krijg u dan op dezelfde dag nog antwoord (% Altijd/Vaak)	64	63	85	71	72	73	64	71	79	72	74

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten; * = percentage <0.5%.

Tabel A6: Arts-patiënt communicatie

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
<i>Voor de respondenten met vaste huisarts en/of praktijk:</i> Hoe vaak is het volgende van toepassing (% altijd): Uw huisarts ...	(n=3273)	(n=5175)	(n=1496)	(n=922)	(n=999)	(n=734)	(n=997)	(n=6853)	(n=1760)	(n=979)	(n=1667)
... is op de hoogte van belangrijke informatie over uw medische achtergrond.	68	68	46	81	78	75	60	44	81	65	68
... neemt voldoende tijd voor u.	67	59	46	71	78	73	56	46	79	60	65
... moedigt u aan om vragen te stellen	54	49	36	56	38	60	22	21	52	53	63
... legt zaken op een begrijpelijke manier uit.	66	69	53	77	77	73	55	52	82	63	72
<i>Voor respondenten die afgelopen 2 jaar een medisch specialist hebben gezien.</i> Hoe vaak is het volgende van toepassing (% altijd): De medisch specialisten...	(n=2018)	(n=2976)	(n=857)	(n=793)	(n=664)	(n=340)	(n=579)	(n=3646)	(n=1213)	(n=430)	(n=1165)
... gaven uitleg over de behandelingsmogelijkheden	58										
... betrokken u zoveel als u dat wenste bij het nemen van beslissingen over uw behandeling		53	17	52	64	62	30	41	60	59	68
... vroegen wat voor u belangrijk is	65	61	18	44	58	69	43	50	68	64	72
	---	---	---	---	40	---	---	---	---	---	---
<i>Voor respondenten die afgelopen twee jaar in het ziekenhuis opgenomen zijn geweest</i> Heeft u bij ontslag schriftelijke informatie ontvangen over wat u na thuiskomst zou moeten doen en op welke symptomen u zou moeten letten? (% ja)	(n=818)	(n=1039)	(n=250)	(n=322)	(n=240)	(n=165)	(n=312)	(n=1844)	(n=522)	(n=165)	(n=463)
	72	73	67	71	65	87	55	53	54	73	89

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
<i>Voor respondenten met tenminste 2 medicijnen</i>	(n=1957)	(n=3255)	(n=849)	(n=589)	(n=600)	(n=405)	(n=587)	(n=4305)	(n=913)	(n=568)	(n=1251)
Heeft een arts of apotheker in de afgelopen 12 maanden...? (%ja)											
...alle medicijnen die u inneemt eens met u doorgenomen	77	80	50	79	62	81	59	49	71	76	86
...u uitleg gegeven over de mogelijke bijwerkingen van ieder voorgeschreven medicijn	67	74	54	66	53	71	37	36	46	71	70
... u een lijst op papier gegeven met al uw voorgeschreven medicijnen	60	67	28	47	65	66	44	77	38	72	64

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten; --- vraag niet gesteld.

Tabel A7: Chronische & preventieve zorg

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
<i>Voor respondenten met ten minste één aandoening</i>	(n=2382)	(n=4135)	(n=1081)	(n=722)	(n=724)	(n=432)	(n=702)	(n=5042)	(n=1300)	(n=579)	(n=1485)
Heeft het afgelopen jaar, wanneer u zorg ontving, een medisch professional (% ja):											
• de belangrijkste doelstellingen of prioriteiten van uw medische zorg voor uw aandoening(en) met u besproken	61	60	51	62	51	59	46	33	50	68	70
• u duidelijke instructies gegeven over de symptomen waarop u moest letten en wanneer u een arts moet raadplegen	62	60	66	60	50	57	40	44	46	67	68
• u een plan op papier gegeven om uw eigen zorg te organiseren	39	37	42	24	21	44	22	23	22	58	50
<i>Voor respondenten met ten minste één aandoening</i>	(n=2382)	(n=4135)	(n=1081)	(n=722)	(n=724)	(n=432)	(n=702)	(n=5042)	(n=1300)	(n=579)	(n=1485)
Heeft u een behandelplan voor uw chronische aandoeningen dat u in uw dagelijks leven kunt uitvoeren? (% ja)	75	76	59	31	41	65	51	41	47	72	81
<i>Voor respondenten waarbij een zorgverlener een behandelplan heeft gegeven</i>	(n=1784)	(n=3147)	(n=639)	(n=227)	(n=299)	(n=282)	(n=357)	(n=2060)	(n=607)	(n=415)	(n=1204)
Heeft dit plan u geholpen bij het controleren of beter in de hand houden van uw aandoening? (% veel)	64	71	61	57	63	64	53	48	74	53	72

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
<i>Voor patiënten met ten minste één chronische aandoening</i>											
Hoe zeker bent u van uzelf dat u uw gezondheidsproblemen onder controle hebt en kunt omgaan met uw gezondheidsprobleem? (%)					(n=724)						
• Heel zeker	---	---	---	---	15	---	---	---	---	---	---
• Zeker	---	---	---	---	58	---	---	---	---	---	---
• Niet erg zeker	---	---	---	---	12	---	---	---	---	---	---
• Helemaal niet zeker	---	---	---	---	5	---	---	---	---	---	---
<i>Voor respondenten met ten minste één chronische aandoening</i>											
Is er tussen de bezoeken aan artsen een zorgverlener die...	(n=2382)	(n=4135)	(n=1081)	(n=722)	(n=724)	(n=432)	(n=702)	(n=5042)	(n=1300)	(n=579)	(n=1485)
... contact met u opneemt om te vragen hoe het met u gaat	22	15	22	12	21	30	13	17	10	46	29
... u gemakkelijk kunt bereiken om een vraag te stellen of om advies te krijgen over uw medische conditie	65	64	53	44	79	73	53	72	60	71	79
<i>Voor deelnemers die afgelopen 2 jaar opgenomen zijn geweest in ziekenhuis</i>											
Heeft iemand u bij ontslag uitgelegd waarom u de verschillende medicijnen moest innemen? (% ja)	(n=818)	(n=1039)	(n=250)	(n=322=)	(n=240)	(n=165)	(n=312)	(n=1844)	(n=522)	(n=165)	(n=463)
	70	70	60	66	64	69	51	58	66	74	78
<i>Toen u het ziekenhuis verliet, wist u toen wie u moest benaderen voor een vraag over uw gezondheidstoestand of behandeling? (% ja)</i>											
	86	88	82	86	86	88	71	83	91	81	93

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
Hebt u met uw huisarts of een andere zorgverlener, de afgelopen 2 jaar gesproken over ... (% ja)											
... een gezond dieet en gezonde voeding.	47	51	51	57	25	46	31	27	31	47	64
... lichaamsbeweging.	50	55	42	58	31	43	47	41	45	49	70
... zaken in uw leven waarover u zich zorgen maakt of die stress opleveren.	31	25	20	34	13	24	17	12	19	26	34
... de gezondheidsrisico's van roken en mogelijkheden om te stoppen. (<i>alleen bij rokers</i>)	49	78	72	52	52	76	53	62	57	65	78

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten; --- vraag niet gesteld.

Tabel A8: Zorgcoördinatie

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
Heeft u een vaste huisarts of vaste huisartsenpraktijk? (%)											
• Ja, vaste huisarts	96	96	100	99	99	95	97	64	96	92	89
• Ja, vaste praktijk	3	2	*	1	1	3	2	32	1	6	5
• Nee	1	2	*	1	*	2	*	5	3	2	5
<i>Voor de respondenten met vaste huisarts en/of praktijk</i>	(n=3273)	(n=5175)	(n=1496)	(n=922)	(n=999)	(n=734)	(n=997)	(n=6853)	(n=1760)	(n=979)	(n=1667)
Hoe vaak helpt uw huisarts of iemand anders in de praktijk u bij het coördineren van zorg die u van andere artsen en op andere plaatsen ontvangt?											
<i>Altijd/Vaak</i>	71	71	56	46	34	65	36	30	64	75	73
<i>Soms/ Zelden</i>	17	19	26	30	25	18	24	28	14	18	19
<i>Ziet nooit andere artsen</i>	10	8	18	20	38	15	35	33	20	6	7
<i>Voor respondenten die afgelopen 2 jaar opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis</i>	(n=818)	(n=1039)	(n=250)	(n=322)	(n=240)	(n=165)	(n=312)	(n=1844)	(n=522)	(n=165)	(n=463)
Had het ziekenhuis iets georganiseerd of zeker gesteld dat uw nazorg zou krijgen van een dokter of andere zorgprofessional? (% ja)	82	78	73	65	59	88	70	68	75	84	86
<i>Voor respondenten die afgelopen 2 jaar opgenomen zijn geweest in het ziekenhuis</i>	(n=816)	(n=1029)	(n=249)	(n=322)	(n=239)	(n=165)	(n=311)	(n=1770)	(n=517)	(n=160)	(n=447)
Was uw huisarts op de hoogte van de zorg die u in het ziekenhuis ontvangen had na uw ontslag uit het ziekenhuis? (% ja)	79	80	84	90	76	85	79	53	83	72	86

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
<i>Voor respondenten die afgelopen 2 jaar specialist hebben bezocht en vaste huisarts(enpraktijk) hebben</i>											
Heb u de afgelopen 2 jaar meegemaakt toen u een medisch specialist zag ...	(n=2005)	(n=2943)	(n=855)	(n=792)	(n=663)	(n=338)	(n=579)	(n=3549)	(n=1189)	(n=422)	(n=1126)
... dat een specialist geen medische basis-informatie had of uitslagen van uw huisarts/de plaats waar u gewoonlijk heen gaat voor medische zorg wat betreft de reden van uw bezoek. (% ja)	8	13	3	11	5	7	7	9	9	11	12
... dat, nadat u de specialist had gezien, uw huisarts niet geïnformeerd leek en niet op de hoogte was over de zorg die u van de specialist had ontvangen? (% ja)	12	25	4	28	14	12	39	18	15	17	17
'Ja' op minimaal 1 van beide items (%)	17	30	5	31	17	16	44	23	20	20	22
Is het de afgelopen 2 jaar voorgekomen bij de behandeling van een medisch probleem dat u tegenstrijdige informatie ontving van verschillende artsen of zorgverleners? (% ja)	12	13	3	18	6	10	13	13	12	10	17

Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten; * = percentage <0.5%.

Tabel A9: Veiligheid en medische fouten

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
Is het de afgelopen 2 jaar voorgekomen bij de behandeling van een medisch probleem dat ...											
... onderzoeksresultaten of medische dossiers niet beschikbaar waren tijdens de geplande afspraak met de arts? (% ja)	6	13	3	9	7	7	6	8	7	7	16
... artsen een medisch onderzoek hadden aangevraagd dat volgens u onnodig was omdat het onderzoek al had plaatsgevonden? (% ja)	8	7	2	11	3	4	5	4	12	7	13
Is er naar uw mening tijdens uw behandeling of verzorging de afgelopen 2 jaar een medische fout gemaakt? (% ja)	7	8	2	10	8	8	8	11	9	6	12

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

Tabel A10-I: Financiële toegankelijkheid

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
Is het de afgelopen 12 maanden voorgekomen dat u ... (% ja)											
... een medisch probleem had, maar vanwege de kosten geen arts heeft bezoekt?	5	4	3	3	4	8	8	2	5	3	15
... vanwege de kosten afgezien hebt van een door een arts aanbevolen medisch onderzoek, behandeling of nabehandeling?	7	5	2	3	4	7	7	2	4	2	15
... vanwege de kosten een recept voor medicijnen niet hebt afgehaald of doseringen van uw medicijn hebt overgeslagen?	5	7	2	3	3	5	5	2	3	2	15
...1 van de 3 'ja' beantwoord	11	12	4	7	8	12	5	4	9	5	25
Is het de afgelopen 12 maanden voorgekomen dat u problemen had met het betalen van uw medische rekeningen of dat u uw rekeningen helemaal niet kon betalen? (%ja)	8	5	3	3	5	6	2	2	3	5	15

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
Hoeveel heeft uw gezin de afgelopen 12 maanden zelf uitgegeven aan medische behandelingen of diensten die niet gedekt waren door de zorgverzekering? (in US dollars) (%)											
• Geen	23	20	22	14	34	27	14	6	19	59	17
• \$1 tot minder dan \$100	11	12	30	19	10	19	8	6	3	7	6
• \$100 tot minder dan \$500	26	26	26	36	22	29	39	40	19	14	22
• \$500 tot minder dan \$1000	11	14	2	11	11	8	17	26	16	4	14
• \$1000 tot minder dan \$2000	8	10	1	7	5	3	10	10	14	2	14
Mediane bedrag	301	301	54	264	70	86	340	450	565	-	500
<i>Voor alle respondenten die hulp krijgen bij activiteiten</i>	(n=152)	(n=212)	(n=145)	(n=113)	(n=61)	(n=20)	(n=53)	(n=314)	(n=131)	(n=54)	(n=74)
Is het het afgelopen jaar ooit voorgekomen dat u geen hulp kon krijgen die u wel nodig had vanwege de kosten? (% ja)	27	15	3	10	3	9	3	3	5	15	18

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

Tabel A10-II: Nadere analyse financiële toegankelijkheid in Nederland

(% ja)	Totaal	Leeftijd			Aanvullende verzekering		Inkomen		Chronische ziekte		
		55-64	65-74	75+	Ja	Nee	Beneden modaal	Boven modaal	0	1	2 of meer
Is het de afgelopen 12 maanden voorgekomen dat u ...	(n=1000)	(n=418)	(n=352)	(n=230)	(n=773)	(n=207)	(n=347)	(n=321)	(n=277)	(n=321)	(n=402)
... een medische probleem had maar vanwege kosten geen arts heeft bezocht?	4	5	3	2	3	6	7	2	3	5	4
... vanwege kosten afgezien van een door arts aanbevolen medisch onderzoek behandeling of nabehandeling	4	4	2	4	3	6	7	2	2	3	5
... vanwege kosten een recept niet afgehaald of doseringen overgeslagen	3	4	2	3	3	3	6	2	1	3	5
1 van de 3 'ja' beantwoord	8	10	6	6	7	11	13	6	5	6	11
Is het de afgelopen 12 maanden voorgekomen dat u problemen had met het betalen van uw medische rekeningen of dat u uw rekeningen helemaal niet kon betalen?	5	7	4	5	5	6	10	2	2	6	7

Tabel A11: Ziektekostenverzekering

	N	
Heeft u naast uw basisverzekering een aanvullende ziektekostenverzekering? (% ja)		
Totale groep	1000	77
55-64 jaar	418	81
65-74 jaar	352	79
75+ jaar	230	69
Wat is het jaarlijkse bedrag dat u zelf moet betalen? (%)		
• €0		78
• €100		2
• €200		3
• €300		3
• €400		*
• €500		1

* = percentage <0.5%.

Tabel A12: Kwaliteitsoordeel

Visie op het gezondheidszorgsysteem in Nederland, 2006-2014.

Welke van de volgende beweringen komen het dichtst in de buurt van uw visie op de gezondheidszorg in Nederland? (%)	2006 Huisarts N=1067	2007 Burger N=1557	2008 Patiënt N=928	2009 Huisarts N=614	2010 Burger N=1001	2011 Patiënt N=1000	2012 Huisarts N=522	2013 Burger N=1000	2014 55+ers N=1000
In grote lijnen werkt het gezondheidszorgsysteem redelijk goed en er zijn slechts kleine aanpassingen nodig om het nog beter te laten werken	52	42	41	60	51	46	54	49	41
Er zijn goede dingen in ons gezondheidszorgsysteem, maar essentiële veranderingen zijn nodig om het beter te laten werken.	44	49	49	37	41	35	41	43	34
Er is zoveel mis met ons gezondheidszorgsysteem dat we het helemaal opnieuw zouden moeten inrichten.	4	9	7	1	7	10	2	5	19

Welke van de volgende uitspraken komt het meest overeen met uw opvattingen van het gezondheidszorgsysteem in ons land? (%)

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
• Over het algemeen werkt het systeem goed	50	34	40	44	41	47	54	42	60	55	20
• Fundamentele veranderingen zijn nodig om het te verbeteren	42	53	56	41	34	44	37	43	32	38	42
• Het systeem moet helemaal opnieuw ingericht worden	5	10	3	12	19	6	7	11	4	5	30

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.

Tabel A13: Zorgwensen over het levenseinde

	AUS (n=3310)	CAN (n=5269)	FR (n=1500)	DUI (n=928)	NL (n=1000)	NZ (n=750)	NO (n=1000)	ZWE (n=7206)	ZWIT (n=1812)	VK (n=1000)	VS (n=1755)
Heeft u, voor het geval dat u zo ziek of gewond zou raken dat u niet meer over uzelf zou kunnen beslissen, gesproken met uw familie, een goede vriend of medisch professional, over welke behandeling u in dat geval wel of juist niet zou willen? (% ja)	52	61	14	65	42	40	21	30	53	33	72
Heeft u een op schrift gesteld plan of document waarin is beschreven welke medische behandeling u wel of juist niet wilt aan het einde van uw leven? (% ja)	24	39	5	49	14	19	4	5	22	16	47
Heeft u schriftelijk vastgelegd wie de beslissingen over uw medische behandeling mag nemen wanneer u deze niet meer zelf kunt nemen? (% ja)	43	53	15	49	16	32	6	7	24	36	57

AUS = Australië; CAN = Canada; FR = Frankrijk; DUI = Duitsland; NL = Nederland; NZ = Nieuw-Zeeland; NO = Noorwegen; ZWE = Zweden; ZWIT = Zwitserland; VK = Verenigd Koninkrijk; VS = Verenigde Staten.