

# Hoe denken burgers over de eerstelijnszorg voor kinderen?

Janine van Til, Yvonne Schilthuis, Catharina Groothuis-Oudshoorn, Magda Boere-Boonekamp

**De eerstelijnszorg is bepalend voor het verkrijgen en behouden van een goede gezondheid van Nederlandse kinderen. Die zorg moet beantwoorden aan de behoeften van de zorgvragers en daarom is het van belang te weten hoe zij over de kwaliteit van de zorg denken. Ons onderzoek wijst erop dat het oordeel van de burger over de eerstelijnszorg positief is, maar dat er ook punten zijn die meer aandacht verdienen.**

Het is van groot belang dat kinderen in goede gezondheid verkeren. Niet alleen voor henzelf en hun naasten, maar ook voor de Nederlandse samenleving als geheel. De kinderen van nu zijn de toekomstige generatie van ouders en vormen straks de beroepsbevolking. Naast genetische, biologische en sociale factoren, en individueel gedrag heeft ook de manier waarop de gezondheidszorg is georganiseerd en ingericht invloed op de gezondheid van kinderen.<sup>1,2</sup> Het zijn de onderlinge verbanden tussen deze factoren die de gezondheid van kinderen bepalen. De eerstelijnsgezondheidszorg kan aan de meerderheid van de curatieve en preventieve gezondheidsbehoeften van kinderen voldoen.<sup>3</sup> En een sterke, goed functionerende eerstelijnsgezondheidszorg leidt tot gezondere inwoners.<sup>4</sup> Een goede gezondheidszorg omvat echter vele aspecten die de ervaren kwaliteit van zorg beïnvloeden. Kwalitatief goede zorg is toegankelijk, betaalbaar en continu van aard, wordt gecoördineerd uitgevoerd, past bij de doelgroep, behandelt de gegevens van de zorgvrager vertrouwelijk, versterkt de eigen kracht, garandeert gelijkwaardigheid en is transparant over uitkomsten.<sup>5-11</sup> Beleidsmakers zien zich gesteld voor grote uitdagingen als het gaat om het behouden en verbeteren van de kwaliteit van zorg, zoals ongelijkheid in gezondheid tussen groepen binnen een bevolking, complexere behoeften van zorgvragers en technologische veranderingen.<sup>12</sup> Het is goed wanneer beleidsmakers en zorgprofessionals weten hoe burgers de kwaliteit van de eerstelijnszorg beoordelen en welke kwaliteitsindicatoren zij belangrijk vinden.

Deze kennis kan helpen om prioriteiten te stellen bij het afstemmen van de zorgverlening op de behoeften van de burger.<sup>8,9</sup>

Het Models of Child Health Appraised (MOCHA)-project evalueerde de eerstelijnsgezondheidszorg voor kinderen in Europa ([childhealthservicemodels.eu](http://childhealthservicemodels.eu)). Als onderdeel van dit project is onderzocht hoe Europese burgers de kwaliteit van de eerstelijnszorg voor kinderen ervaren en aan welke kenmerken zij prioriteit toekenden. In dit onderzoek staat het burgerperspectief centraal, omdat alle burgers, inclusief degenen zonder kinderen, de kosten van de eerstelijnszorg voor kinderen dragen. In 2019 werden de resultaten van het gehele onderzoek onder burgers in Duitsland, Nederland, Polen, Spanje en het Verenigd Koninkrijk gepubliceerd.<sup>13</sup> In dit artikel presenteren wij de resultaten van het onderzoek onder Nederlandse burgers.

## METHODE

### Populatie

In februari 2018 deden we via het marktonderzoeksbureau Research Now SSI in Nederland een representatieve steekproef onder 500 mannen en vrouwen, zowel ouders als niet-ouders, in de leeftijd van 18 tot 65 jaar. Om een maximale vertegenwoordiging binnen een online steekproef te bereiken geeft het gebruikte platform Dynamix™ voor deelname aan het vragenlijstonderzoek een vergoeding die afhankelijk is van de lengte van de vragenlijst. Bij deze vragenlijst was dat ongeveer 3 euro. Deelname was vrijwillig.

### Kenmerken kwaliteit eerstelijnszorg voor kinderen

We ontwikkelden een vragenlijst om de ervaringen en percepties van de burger met betrekking tot de kwaliteit van de eerstelijnszorg voor kinderen te meten en de pri-

Dit is een bewerkte vertaling van Van Til JA, Groothuis-Oudshoorn CGM, Vlasblom E, Kocken PL, Boere-Boonekamp MM. Primary care in five European countries: a citizens' perspective on the quality of care for children. *PLoS One* 2019;14:e0224550. Publicatie gebeurt met toestemming.



De Nederlandse zorg scoort hoog op een waardige en respectvolle behandeling van kinderen en ouders.

Foto: Shutterstock

oriteiten van de burger te bepalen.<sup>13</sup> Daartoe definieerden we op basis van een model, ontwikkeld door de MOCHA-werkgroep, en meerdere literatuurbronnen, 9 overkoepelende kenmerken van een eerstelijnszorgsysteem.<sup>5-11,14</sup> Aangezien sommige van deze eigenschappen breed gedefinieerd zijn, hebben we ze geoperationaliseerd in 40 items van kwaliteit van eerstelijnszorg [tabel].

#### WAT IS BEKEND?

- Kwalitatief goede zorg is toegankelijk, betaalbaar en continu van aard, wordt gecoördineerd uitgevoerd, past bij de doelgroep, behandelt de gegevens van de zorgvrager vertrouwelijk, versterkt de eigen kracht, garandeert gelijkwaardigheid en is transparant over uitkomsten.
- Er is weinig recent onderzoek naar de kwaliteit van eerstelijnszorg voor kinderen in Nederland.

#### WAT IS NIEUW?

- Er is een lijst met kwaliteitsindicatoren ontwikkeld voor eerstelijnsgezondheidszorg bij kinderen.
- De eerstelijnsgezondheidszorg voor kinderen in Nederland voldoet in hoge mate aan de in dit onderzoek gestelde kwaliteitsindicatoren.

#### Vragenlijst

De online vragenlijst bestond uit 3 onderdelen:

1. achtergrondkenmerken: leeftijd; geslacht; aantal kinderen; hoogste niveau afgerond onderwijs; grootte van de woonplaats; gezondheidsstatus van het kind/de kinderen; en actueel gebruik van de gezondheidszorg van elk kind < 18 jaar;
2. ervaren kwaliteit van de eerstelijnszorg: 1) algehele tevredenheidsscore, op een schaal van 1 (zeer ontevreden) tot 10 (zeer tevreden); en 2) mate waarin respondenten instemden met 10 willekeurig gekozen stellingen van de in totaal 40 stellingen over kwaliteitsitems. We vroegen de respondenten te antwoorden op basis van hun ervaringen (oudersrespondenten) of percepties (overige respondenten); ze konden hun beoordeling geven op een vijfpuntsschaal (van 'zeer mee oneens' tot 'zeer mee eens');
3. prioritering van de 40 kwaliteitsitems van eerstelijnszorg. Hiervoor gebruikten we de partiële rankingtechniek *best-worst-scaling*. Elke respondent kreeg 20 vragen, waarin elke keer 4 van de 40 items in verschillende combinaties getoond werden. We vroegen de respondent om het meest en minst belangrijke item in elke vraag te selecteren. Iedere respondent zag elk item 2 keer en we varieerden de combinatie van de 4 items in elke vraag op een gestandaardiseerde manier over 8 verschillende versies van de vragenlijst, om te voorkomen dat items elke keer in een vaste combinatie voorkwamen.<sup>15</sup>

## Tabel

### Ervaringen met eerstelijnszorg voor kinderen

Kenmerken en items van kwaliteit van eerstelijnszorg	Item	--	-	0	+	++	Mate van instemming
<b>Toegankelijk</b>							
Tijdig een afspraak	1	0	11	19	48	22	70
Gemakkelijk afsprakensysteem	2	2	5	26	45	21	67
Ruime openingstijden en zorg daarbuiten	3	3	12	33	38	14	52
Afspraak andere eerstelijnszorgverleners	4	1	10	34	43	12	55
Afspraak tweede lijn zonder verwijzing*†	5	4	17	29	39	11	50
Op de hoogte van beschikbare diensten	6	1	11	24	47	18	65
Op korte afstand en bereikbaar	7	1	4	27	49	20	69
Toegankelijk met hulpmiddelen	8	1	5	30	46	18	64
Toegang tot medisch dossier	9	1	3	25	46	25	71
<b>Betaalbaar</b>							
Weinig moeite om kosten vergoed te krijgen	10	2	5	30	48	15	63
Eerstelijnszorg kind wordt vergoed†	11	1	1	13	47	38	85
<b>Passend</b>							
Noodzakelijke voorzieningen beschikbaar	12	1	0	24	51	24	75
Voldoende tijd	13	3	12	20	39	26	65
Zorg in schone en aantrekkelijke omgeving	14	2	3	23	53	20	73
Zorg zo veel mogelijk in de eerste lijn	15	0	3	23	51	23	74
Goede omgang met problemen kind	16	1	4	24	50	22	72
Genoeg ervaring en bekwaam	17	1	3	20	55	21	76
<b>Vertrouwelijk</b>							
Recht op vertrouwelijk consult	18	0	3	18	50	29	80
Kind kan toegang dossier voor ouders beperken	19	8	18	38	31	5	36
Toestemming overdracht medisch dossier	20	2	9	22	41	26	68
<b>Continu</b>							
Compleet overzicht van medische gegevens	21	2	7	22	43	26	69
Langdurige relatie met zelfde zorgverleners	22	2	5	26	47	21	68
Logische en samenhangende aanpak	23	0	3	26	51	20	71

## Analyse

We rekenden een gemiddelde en standaarddeviatie (sd) uit voor de beoordeling van kwaliteit van zorg. Voor de ervaringen voerden we frequentieanalyses uit van de antwoorden op de stellingen; voor elke antwoordcategorie rapporteerden we de percentages met respondenten in elke categorie. We voerden een frequentieanalyse uit op de best-worst-scaling-gegevens. Het relatieve belang van elk item zoals werd berekend in de **[figuur]** (zie de oorspronkelijke publicatie in PLoS One) werd berekend door het verschil tussen het aantal keren dat een item als meest en minst belangrijk werd gekozen, te delen door het aantal keren dat de respondent dit item had gezien.

Kenmerken en items van kwaliteit van eerstelijnszorg	Item	--	-	0	+	++	Mate van instemming
Zorgverleners werken onderling goed samen	24	1	6	21	50	22	72
Waardig en respectvol jegens kind en ouders	25	0	2	12	55	31	86
Benaderbaar, attent, niet oordelend	26	1	3	24	48	24	72
<b>Gecoördineerd</b>							
Samenwerking eerste lijn en tweede lijn	27	0	6	25	49	20	69
Vervanging van zorgverlener bij ziekte	28	1	3	27	52	17	69
Toegang tot specialistische zorg in eerste lijn	29	2	5	23	49	21	70
Verwijzing mogelijk binnen eerste lijn	30	1	2	24	51	23	73
Tijdige verwijzing	31	1	3	18	45	33	78
<b>De eigen kracht versterkend</b>							
Kind kan eigen mening geven	32	0	9	26	50	14	65
Kind en ouders krijgen goede informatie	33	0	3	15	55	27	82
Zorg dat informatie begrijpelijk is	34	2	3	15	51	29	80
Steun voor zelfmanagement*	35	2	5	24	47	24	70
Rekening houden met mening van kind	36	1	4	26	49	20	69
Besluitvorming samen met kind en ouders	37	0	2	20	57	21	78
<b>Gelijkwaardig</b>							
Geen gezondheidsverschillen	38	1	9	26	39	25	63
Geen verschillen in toegang tot zorg	39	1	6	23	43	27	69
<b>Transparant</b>							
Openheid over kwaliteit van zorg	40	0	2	13	58	28	85

\* Significant hogere beoordeling [mann-whitney-U-toets] door respondenten met kinderen

† Item opgenomen ter vergelijking met andere EU-landen

In de kolommen staat per item het percentage van de respondenten dat het sterk eens [++], eens (+), oneens (-) of sterk oneens [--] is met de positief geformuleerde stelling. In de meest rechtse kolom het percentage respondenten dat het eens of sterk eens is met de gegeven stelling [mate van instemming].

## RESULTATEN

In totaal ontvingen we 469 volledige ingevulde vragenlijsten. De onderzoekspopulatie bestond uit 219 vrouwen en 250 mannen. Van deze respondenten was 42% kinderloos, had 32% minimaal 1 kind onder de 18 jaar en had 27% volwassen kinderen. De leeftijdsopbouw van de onderzoekspopulatie was representatief voor de volwassen Nederlandse bevolking.

## Ervaren kwaliteit

Gemiddeld beoordeelden de respondenten de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland voor kinderen met een 6,9 (sd 1,3). Respondenten met kinderen beoordeelden de kwaliteit

van zorg significant hoger (7,0; sd 1,4) dan mensen zonder kinderen (6,8; sd 1,1).

De Nederlandse zorg scoort hoog op een waardige en respectvolle behandeling van kinderen en ouders [item 25], de kosten van de zorg [item 11] en de openheid van zorgverleners over de kwaliteit van de zorg [item 40] [tabel]. De laagste mate van instemming betrof de mogelijkheid voor het kind om de toegang van ouders tot zijn medische dossier te beperken [item 36], de mogelijkheid om een afspraak met de tweede lijn te maken zonder verwijzing van de huisarts [item 5], de openingstijden en mogelijkheden voor zorg daarbuiten en voor huisbezoeken [item 3], en de mogelijkheid om zonder verwijzing een afspraak te maken met een andere eerstelijnszorgverlener [item 4].

### Prioriteiten

De respondenten hechtten de meeste waarde aan de mogelijkheid om op korte termijn een afspraak te maken [item 1], de expertise van de zorgverlener [item 17] en tijdige verwijzing naar andere zorgverleners [item 31]. Items waarvoor we een lagere mate van instemming vonden (zie boven), achtten de deelnemers ook relatief minder belangrijk.

### Vergelijking van ervaringen en prioriteiten

In de [figuur] in de oorspronkelijke publicatie is de mate van instemming met de stellingen over de 40 items van goede kwaliteit van eerstelijnszorg uitgezet tegen het relatieve belang dat de respondenten daaraan hechten. De items waarvoor we een hoge mate van instemming met de stelling zien, vinden de Nederlandse burgers over het algemeen ook belangrijk. Dat zijn bijvoorbeeld recht op vertrouwelijk consult [item 18] en zorg dat de informatie begrijpelijk is [item 34].

Verder valt het volgende op: sommige items zien respondenten als relatief belangrijk, maar 'slechts' twee derde beoordeelt deze als positief. Zo zijn ouders minder bekend met de zorg die voor kinderen beschikbaar is [item 6], maar vinden dit wel belangrijk. Dit geldt ook voor de (beperkte) tijd die beschikbaar is voor een consult [item 13] en de samenwerking tussen tweede en eerste lijn; wanneer een kind bijzondere en/of langdurige zorg nodig heeft, om die zorg ook dicht bij huis te organiseren [item 27].

### BESCHOUWING

De gemiddelde beoordeling van de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland voor kinderen is met een 6,9 (sd 1,3) vergelijkbaar met het oordeel over de kwaliteit van de zorg in Engeland (7,0; sd 1,7), Duitsland (6,9; sd 1,7) en Spanje (7,2; sd 1,6), en is hoger dan in Polen (5,5; sd 2,2). In vergelijking met deze landen scoort Nederland relatief goed op het recht van het kind op een vertrouwelijk consult, openheid over de kwaliteit van zorg en de beschikbaarheid van voorzieningen in de eerste lijn.<sup>13</sup> De gemiddelde beoordeling van de kwaliteit van de zorg verschilt nauwelijks tussen respondenten met en zonder kinderen, en de verschillen in tevredenheid over individuele kwaliteitsitems zijn minimaal. We vonden

geen recent vergelijkbaar onderzoek (gepubliceerd in de afgelopen 10 jaar) naar beoordeling van de kwaliteit van andere domeinen van de Nederlandse gezondheidszorg. Wat betreft prioriteiten van patiënten concludeerde een onderzoek naar de eerstelijnszorg (niet specifiek voor kinderen) dat de expertise van de zorgverlener en tijdige verwijzing naar andere zorgverleners ook erg belangrijk worden gevonden (in de top 10 van de 58 items). Snel een afspraak kunnen maken (binnen 24 uur) werd in dit onderzoek minder belangrijk gevonden.<sup>16</sup>

Bij de interpretatie van de resultaten van dit onderzoek moeten we rekening houden met de beperkte omvang van de steekproef, de lichte oververtegenwoordiging van midden- en hoogopgeleiden, en de steekproeftrekking via internet. Onderzoek met een grotere steekproef kan de robuustheid van de resultaten vergroten. Het doel van het MOCHA-onderzoek was het meten en vergelijken van ervaren kwaliteit van zorg en prioriteiten van burgers binnen Europa. Daarom bevat de vragenlijst ook items die minder van toepassing zijn op de Nederlandse situatie. Voor het gebruik van de vragenlijst om de kwaliteit van zorg onder de primaire eindgebruikers te evalueren, ouders en zelfs kinderen, kunnen deze items en items met een lage prioriteit, worden weggelaten.

Vooralsnog wijzen de resultaten van dit onderzoek erop dat meer aandacht mag worden besteed aan informatievoorziening over zorgmogelijkheden voor het kind, de vraag of er voldoende tijd wordt uitgetrokken voor het consult met het kind, en aan betere samenwerking tussen de eerste- en de tweedelijnszorg.

Belangrijk voor zowel beleidsmakers als praktijkprofessionals zijn ook de items die de respondenten belangrijk vinden en een hoge kwaliteitsscore kregen. Eerstelijnszorgverleners verdienen complimenten voor de waardige en respectvolle behandeling van kind en ouders en het tijdig verwijzen. Het belang dat de respondenten aan deze aspecten hechten, wijst erop dat blijvende aandacht voor deze aspecten van zorg gerechtvaardigd is.

### CONCLUSIE

De eerstelijnsgezondheidszorg voor kinderen in Nederland voldoet in hoge mate aan de in dit onderzoek gestelde kwaliteitsindicatoren. Verbeterpunten zijn de samenwerking tussen de eerste- en de tweedelijnszorg, de tijd die beschikbaar is voor een consult en de informatievoorziening over kindspecifieke zorgmogelijkheden. ■

### LITERATUUR

1. MacDougall H. Reinventing public health: a new perspective on the health of Canadians and its international impact. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:955-9.
2. Dahlgren G, Whitehead M. A Framework for assessing health systems from the public's perspective: the Alps approach. *Int J Health Serv* 2007;37:363-78.
3. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010;10:65.



4. Kringos D. The strength of primary care in Europe. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2012.
5. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract* 2010;11:81.
6. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013;12:18.
7. Evans DB, Hsu J, Boerma T. Universal health coverage and universal access. *Bull World Health Organ* 2013;91:546-546a.
8. Haggerty J, Burge F, Levesque JF, Gass D, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med* 2007;5:336-44.
9. Price M, Lau FY. Provider connectedness and communication patterns: extending continuity of care in the context of the circle of care. *BMC Health Serv Res* 2013;13:309.
10. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, et al. AHRQ Technical Reviews. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies (Volume 7: Care Coordination). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2007.
11. WHO. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care. Geneva: World Health Organization, 2009.
12. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract* 2013;63:e742-50.
13. Boere-Boonekamp M, Groothuis-Oudshoorn K, Schloemer T, Schröder-Bäck P, Van Til J, Zdunek K, et al. Bringing MOCHA lessons to your service. In: Blair M, Rigby M, Alexander D (editors). *Issues and opportunities in primary health care for children in Europe*. Melbourne: Emerald Publishing Limited, 2019:359-70.
14. Blair M, Rigby M. Final report on current models of primary care for children. Brussel: Europese commissie, 2017.
15. Louviere JJ, Flynn TN, Marley AAJ. Best-worst scaling: theory, methods and applications. Cambridge: Cambridge University Press, 2015.
16. De Graaf-Ruizendaal WA, Berendsen AJ, De Boer D, De Bakker DH. Do patient and practice characteristics confound age-group differences in preferences for general practice care? A quantitative study. *BMC Family Pract* 2013;14:90.

Van Til JA, Schilthuis YJ, Groothuis-Oudshoorn CGM, Boere-Boonekamp MM. Hoe denken burgers over de eerstelijnszorg voor kinderen? *Huisarts Wet* 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0842-z. Universiteit Twente, Technical Medical Centre, Vakgroep Health Technology en Services Research, Enschede: J.A. van Til, universitair docent, j.a.vantil@utwente.nl; C.G.M. Groothuis-Oudshoorn, universitair docent; M.M. Boere-Boonekamp, universitair hoofddocent. Gezondheidscentrum Vivaldi, Oldenzaal: Y.J. Schilthuis, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.