

Rechtstreekse toegankelijkheid in de gezondheidszorg in relatie tot patiënttevredenheid: een Europees onderzoek

MW Kroneman, JAM Maarse, J van der Zee

Inleiding

In Europa zijn ruwweg twee modellen te onderscheiden voor de toegang tot gezondheidszorg voor patiënten. Het eerste model is het poortwachterssysteem. In dit systeem gaan patiënten eerst naar de huisarts, waar ze met al hun gezondheidsklachten terecht kunnen. Als er specialistische zorg nodig is, dan wordt de patiënt doorverwezen. Het kenmerk van het tweede systeem is dat zorgaanbieders rechtstreeks toegankelijk zijn. Patiënten zijn dan vrij om te kiezen of ze eerst naar een huisarts gaan of rechtstreeks naar de specialist. Landen die het eerste systeem hanteren noemen we poortwachterslanden, landen met het tweede systeem vrije-toeganglanden.

Samenvatting

Kroneman MW, Maarse JAM, Van der Zee J. Rechtstreekse toegankelijkheid in de gezondheidszorg in relatie tot patiënttevredenheid: een Europees onderzoek. *Huisarts Wet* 2006;49(5):248-53.

Achtergrond In Europa zijn ruwweg twee modellen te onderscheiden voor de toegang tot gezondheidszorg voor patiënten: het poortwachterssysteem, waarbij patiënten voor al hun gezondheidsproblemen eerst naar de huisarts moeten gaan en het systeem van vrije toegang, waarbij alle typen van zorg rechtstreeks toegankelijk zijn voor de patiënt. De meningen lopen uiteen over welk systeem de voorkeur heeft. Een belangrijk speerpunt in de gezondheidszorghervormingen in Europa is het bevorderen van vraaggestuurde zorg. Patiënttevredenheid is daarin een belangrijk criterium om de prestaties van een gezondheidszorgsysteem te bepalen.

Doel Bepalen in welke mate de tevredenheid van patiënten met huisartsenzorg samenhangt met de wijze van toegang tot de zorg.

Methode Wij hebben in 18 Europese landen onderzoek gedaan: de 'oude' EU-landen en Noorwegen, IJsland en Zwitserland. We hebben gegevens betrokken door experts in de gezondheidszorg in de deelnemende landen te vragen om voor 17 verschillende soorten zorgaanbieders aan te geven of ze rechtstreeks toegankelijk waren. Zo konden we een toegankelijkheidsscore berekenen aan de hand van het percentage aanbieders dat rechtstreeks toegankelijk was. Bovendien maakten we gebruik van het EURO-PEP-onderzoek naar patiënttevredenheid met huisartsenzorg in 14 Europese landen.

Over welk systeem de voorkeur heeft, lopen de meningen uiteen. De WHO heeft altijd de nadruk gelegd op het belang van het poortwachterssysteem als organisatiemodel voor de gezondheidszorg. Er is echter geen doorslaggevend bewijs dat de resultaten van dit systeem beter zijn dan die van vrije-toegangssystemen.¹⁻⁶ Starfield liet zien dat poortwachterssystemen goedkoper zijn en tot betere gezondheidsresultaten leiden.^{1,7} Delnoij et al. konden dit bevestigen voor de kosten, maar niet voor de resultaten.²

Een belangrijk speerpunt in de gezondheidszorghervormingen in Europa is het bevorderen van vraaggestuurde zorg. Patiënttevredenheid is daarbij een belangrijk criterium om de prestaties van een

Resultaten Hoe meer zorgaanbieders rechtstreeks toegankelijk waren, hoe tevredener patiënten zijn met huisartsenzorg (Pearsons $r = 0,54$; $p = 0,05$). Tevredenheid met organisatorische aspecten van de huisartsenzorg (waaronder wachttijden en de mogelijkheden om afspraken te maken) correleerde significant met een hogere score op onze toegankelijkheidsschaal (Pearsons $r = 0,67$; $p = 0,01$). Tevredenheid met arts-patiëntcommunicatie (Pearsons $r = 0,46$; $p = 0,10$) en medisch-technische inhoud van de zorg (Pearsons $r = 0,41$; $p = 0,14$) waren niet gerelateerd aan toegankelijkheid.

Conclusie Vrije toegang van zorg blijkt belangrijk voor patiënten. Als patiënten de vrijheid hebben in de keuze voor het type zorgaanbieder, dan waarderen ze de huisartsenzorg in hun land positiever. Dit heeft echter vooral betrekking op de organisatorische aspecten van de zorg. De toegankelijkheid beïnvloedt kennelijk niet het oordeel van de patiënt over de feitelijke zorg die de huisarts levert.

NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: prof.dr. J. van der Zee, directeur; dr.ir. M.W. Kroneman, senioronderzoeker; Universiteit Maastricht, faculteit der Gezondheidswetenschappen: prof.dr. J.A.M. Maarse, hoogleraar Beleidswetenschappen.

Correspondentie: j.vanderzee@nivel.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Kroneman MW, Maarse H, Van der Zee J. Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. *Health Policy* 2006;76:72-9. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Wat is bekend?

- De toegankelijkheid van gezondheidszorg in Europese landen wordt meestal ingedeeld in twee mogelijkheden: het poortwachterssysteem en vrije toegang. Het is niet bekend welke invloed beide systemen hebben op de tevredenheid van patiënten over huisartsenzorg.

Wat is nieuw?

- Patiënten zijn meer tevreden over de huisartsenzorg naarmate ze meer mogelijkheden hebben om zelf te kiezen of ze naar de huisarts gaan of rechtstreeks naar de gespecialiseerde zorg.
- In Frankrijk met direct toegankelijke zorg zijn patiënten relatief ontevreden over de huisartsenzorg, terwijl voor poortwachtersland Spanje het tegenovergestelde geldt.

gezondheidszorgsysteem te bepalen.^{8,9} Uit eerder onderzoek naar huisartsenzorg blijkt dat patiënten deze zorg positief beoordelen, hoewel er in enkele landen wel wat organisatorische verbeteringen gewenst waren.¹⁰⁻¹³ Als we de toegang tot zorg als uitgangspunt nemen, zijn er twee redenen denkbaar waarom patiënten in een poortwachterssysteem minder tevreden kunnen zijn dan patiënten uit een direct toegankelijk systeem. In een poortwachterssysteem wordt de patiënt geacht altijd eerst naar de huisarts te gaan, ook als voor de patiënt volstrekt duidelijk is dat specialistische zorg noodzakelijk is. Dit kost extra tijd en kan leiden tot gevoelens van ontevredenheid. Daarnaast heeft de huisarts in het poortwachterssysteem een soort monopoliepositie. De patiënt moet eerst naar de huisarts en van huisarts wisselen is vaak lastig. We verwachten daarom dat huisartsen in een poortwachterssysteem minder gestimuleerd worden om de patiënt klantvriendelijk te behandelen dan in een systeem met rechtstreekse toegankelijkheid, waar huisartsen moeten concurreren met andere zorgaanbieders.

Vanuit deze overwegingen beantwoorden wij in dit artikel de volgende onderzoeksvragen:

- Wordt de patiënttevredenheid ten aanzien van huisartsenzorg beïnvloed door het toegangssysteem?
- Zijn patiënten in poortwachterslanden minder tevreden met huisartsenzorg dan in landen met rechtstreekse toegankelijkheid?

Methode

Toegankelijkheid

Omdat het poortwachterssysteem en vrije toegankelijkheid theoretische concepten zijn, die in werkelijkheid in verschillende vormen in de diverse landen kunnen voorkomen, hebben we een toegankelijkheidsschaal ontwikkeld waarop 17 verschillende zorgaanbieders voorkomen (tabel 1). We selecteerden de volgende categorieën zorgaanbieders: aanbieders van medische zorg, van paramedische zorg, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en revalidatiezorg. Per land vroegen we aan één of twee experts (bijvoorbeeld arts, medewerker van nationaal gezondheidsinstituut, departement voor gezondheid van het relevante ministerie) om van elk van de 17 zorgaanbieders aan te geven of deze rechtstreeks

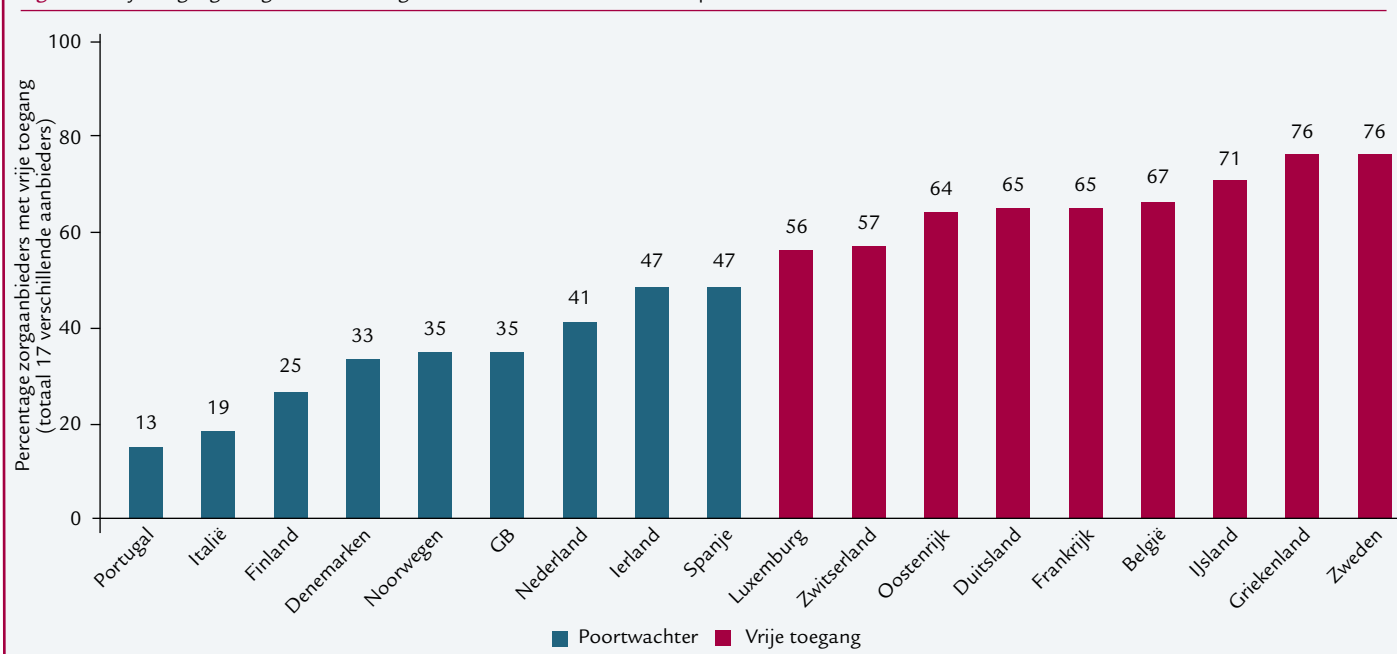
toegankelijk was of dat een verwijzing nodig was. Indien de werkelijkheid complexer in elkaar zat dan deze tweedeling, konden de experts een toelichting geven. We berekenden de directe toegankelijkheidsscore voor elk land door de proportie zorgaanbieders met rechtstreekse toegankelijkheid te bepalen. In één geval zijn we afgeweken van wat de expert aangaf: als deze zorgaanbieders als direct toegankelijk benoemde, maar in de nadere verklaring aangaf dat de financiële compensatie alleen verleend werd als er een verwijzing was van een (huis)arts, dan codeerden we de toegankelijkheid als 'niet rechtstreeks toegankelijk'. De gegevensverzameling vond plaats in 2002 in de 15 toenmalige lidstaten van de Europese Unie en in Zwitserland, Noorwegen en IJsland; samen vormen al deze landen de zogenaamde Europese Economische Ruimte.

Om de validiteit van onze gegevens te testen, vergeleken we de resultaten met die van Boerma en Fleming.¹⁴ Zij maakten een overzicht van welke landen een poortwachterssysteem kennen en welke vrij toegankelijke zorg. Uit de vergelijking kwamen twee landen naar voren met tegenstrijdige resultaten. Op basis van het ons onderzoek zou Finland een poortwachterssysteem kennen en IJsland een rechtstreeks toegankelijke zorg. Daar de gegevens van Boerma en Fleming relatief oud zijn – hun gegevensverzameling vond plaats in 1993 – vroegen we de experts van de betreffende landen hoe zij hun land zouden karakteriseren. De experts in beide landen gaven aan dat de typologie van Boerma en Fleming niet, of niet meer geldig was. Door het aanpassen van de gegevens van Boerma en Fleming ontstond er een consistent patroon: in landen met poortwachterssystemen was minder dan 50% van de zorgaanbieders rechtstreeks toegankelijk en in landen met rechtstreekse toegankelijkheid meer dan 50% (figuur 1). Hieruit concluderen we dat onze toegankelijkheidsschaal een consistente en meer verfijnde schaal voor toegankelijkheid geeft dan de tweedeling in poortwachterssysteem en vrije toegankelijkheid.

Patiënttevredenheid

Grol en Wensing maten de tevredenheid van patiënten met huisartsenzorg in het EUROPEP-onderzoek.^{10,11,15} Zij verzamelden gegevens in 16 landen, waarvan er 14 overlapt met ons toegankelijkheidsonderzoek. Er waren geen patiënttevredenheidsgegevens beschikbaar voor Italië, Ierland, Luxemburg en Griekenland. Door middel van een internationaal gevalideerde vragenlijst konden patiënten van huisartsen voor 23 verschillende onderwerpen aangeven in welke mate ze tevreden waren op een schaal van 1 (zeer ontevreden) tot 5 (zeer tevreden). In dit onderzoek is alleen de categorie 'zeer tevreden' gebruikt om voldoende variatie te verkrijgen: gemiddeld genomen scoorde namelijk 94% van de respondenten 3 of hoger. Naast de totale tevredenheid onderscheiden we 3 verschillende aspecten van huisartsenzorg: medisch-technisch inhoudelijk, bejegening en praktijkorganisatie. Grol et al.¹⁶ onderscheidden oorspronkelijk 5 verschillende aspecten. Tevredenheid met bejegening operationaliseerden we als het gemiddelde percentage respondenten per land dat 'zeer tevreden' scoorde op

Figuur 1 Vrije toegang van gezondheidszorgdiensten in 18 verschillende Europese landen



vragen die gingen over hoe de patiënt betrokkenheid van de arts waardeerde. We hebben de tevredenheid met de inhoud van de zorg gemeten door de gemiddelde score per land te berekenen op 'zeer tevreden' bij vragen over medisch-technische aspecten van de huisartsenzorg. In de meeste landen werden meer dan 1000 respondenten geïnterviewd, behalve in Frankrijk (473), Portugal (540) en Spanje (316).¹⁷ We gebruikten de gemiddelde score per land, ongeacht de omvang van de steekproef in dat land. Voor België combineerden we de gemiddelden voor Vlaanderen en Wallonië.

Testen van de validiteit

Een belangrijk zwak punt van het EUROPEP-onderzoek is dat de vragenlijst toegezonden werd aan patiënten die daadwerkelijk hun huisarts bezochten. Dit kan leiden tot een hoger tevredenheidsniveau onder patiënten uit landen met rechtstreekse toeganke-lijkheid, waar patiënten er zelf voor kiezen om naar hun huisarts te gaan. Om de validiteit van onze resultaten te testen, hebben we daarom de analyse herhaald met gegevens van de Quote-onderzoeken (*Quality of care through the patient's eyes*).¹⁸ In deze onderzoeken werden in twaalf landen aan verschillende patiën-

Tabel 1 Vrije toegang voor 17 verschillende aanbieders van zorg in 18 Europese landen

Land	Zorgaanbieder														
	huisarts	Spoedeisende hulp-afdeling	Tandarts	Kinderarts	Gyneacoloog	Verloskundige	Ambulante specialist	Specialist in ziekenhuis	Wijkverpleeg- kundige	Thuiszorg	Overige psycho- therapeuten	Psychiater	Ziekenhuis	Logopedist	
Portugal	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	?	nee	nee	nee	
Italië	ja	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	?	nee	nee	nee	
Finland	ja	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	nee	nee	nee	nee	
Denemarken	ja	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	ja	nee	nee	?	
Noorwegen	ja	ja	ja	nee	nee	ja	nee	nee	ja	ja	nee	nee	nee	nee	
Groot-Brittannië	ja	ja	ja	nee	nee	ja	nee	nee	ja	ja	nee	nee	nee	nee	
Nederland	ja	ja	ja	nee	nee	ja	nee	nee	ja	ja	ja	nee	nee	nee	
Ierland	ja	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee	nee	ja	nee	ja	ja	
Spanje	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee	nee	ja	ja	nee	nee	nee	nee	
Luxemburg	ja	ja	ja	ja	ja	nee	ja	ja	nee	nee	?	ja	ja	nee	
Zwitserland	ja	ja	ja	ja	ja	?	ja	ja	?	?	nee	nee	ja	nee	
Oostenrijk	ja	ja	ja	ja	ja	?	ja	ja	?	?	ja	ja	nee	nee	
Duitsland	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee	nee	nee	
Frankrijk	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee	nee	ja	ja	ja	nee	
België	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee	ja	?	?	nee	ja	
IJsland	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee	nee	
Griekenland	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee	nee	ja	ja	nee	ja	
Zweden	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee	nee	ja	nee	ja	
Aanbieders met vrije toegang (%)	100	94	94	56	56	63	50	50	56	50	57	35	22	24	

Ja: zorgverlener is vrij toegankelijk; nee: een verwijzing is noodzakelijk; ?: onbekend.

De tabel is gesorteerd op mate van vrije toegang (%) voor zowel aanbieders (van links naar rechts) als landen (van boven naar beneden).

tengroepen vragen gesteld over de gezondheidszorg. Er waren tien vragen die betrekking hadden op huisartsenzorg: vier items gingen over bejegening: de huisarts begrijpt de problemen van de patiënt; de inbreng van de patiënt speelt mee bij de beslissing over de behandeling; de huisarts neemt de patiënt serieus; de huisarts geeft begrijpelijke uitleg over de voorgeschreven medicijnen. De overige zes vragen behandelden de praktijkorganisatie (wachtijden (twee items), telefonische bereikbaarheid, voorschrijven van medicijnen die vergoed worden door de verzekering, informatie-uitwisseling met andere zorgaanbieders (twee items)). Van acht landen overlaptten de toegankelijkheidsgegevens die van ons onderzoek: Denemarken, Griekenland, Italië, Ierland, Nederland, Noorwegen, Portugal en het Verenigd Koninkrijk. In zeven van deze landen waren ziekenhuisgegevens (deels) gebruikt voor het selecteren van de respondenten.

Statistische analyses

Voor het aangeven van de verbanden maakten we gebruik van de Pearsons correlatiecoëfficiënt, omdat zowel patiënttevredenheid als rechtstreekse toegankelijkheid beschikbaar waren op een ordinale schaal.

Resultaten

Toegankelijkheid van de zorgaanbieders

In alle landen uit ons onderzoek was de huisarts rechtstreeks toegankelijk (tabel 1). De kinderarts had een ambivalente positie. Sommige landen beschouwen de kindergeneeskunde als eerstelijnszorg, andere echter als specialistische zorg. De spoedeisendehulpafdeling en de tandarts waren in bijna alle landen rechtstreeks toegankelijk. Moeder- en kindzorg en ambulante specialistische zorg waren in de helft van de landen rechtstreeks toegankelijk, in de andere helft was een verwijzing noodzakelijk.

Voor de zorgsector (wijkverpleegkundigen en thuiszorg) was ook in ongeveer de helft van de landen een verwijzing nodig, maar deze hoeft niet per se van een huisarts afkomstig te zijn, maar bijvoorbeeld ook van organisaties voor sociale zekerheid of maatschappelijk werk. Voor paramedische zorg (zoals fysiotherapie, logopedie) was in de meeste landen wel een verwijzing nodig. Een verwijzing is in vrijwel alle landen noodzakelijk voor ziekenhuiszorg, voor revalidatie is dat altijd het geval.

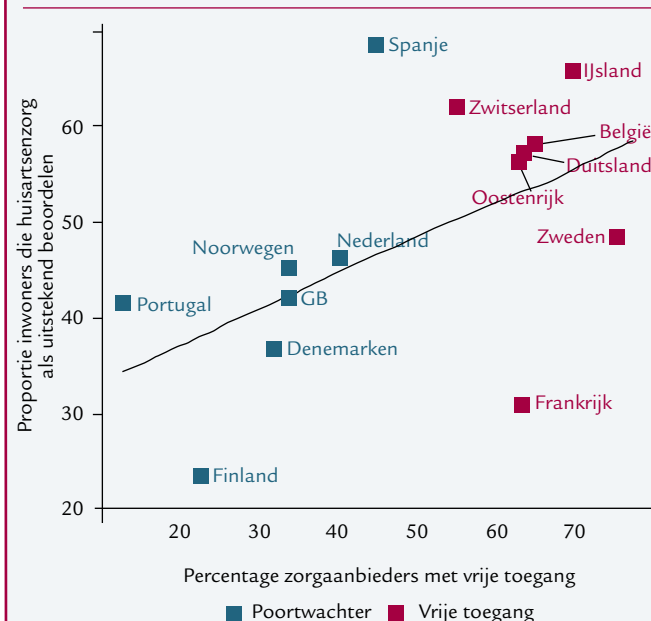
Toegankelijkheid en patiënttevredenheid uit EUROPEP

Figuur 2 laat de samenhang

zien tussen patiënttevredenheid voor huisartsenzorg in het algemeen en rechtstreekse toegankelijkheid voor de verschillende Europese landen. Landen waar meer zorgaanbieders rechtstreeks toegankelijk zijn, blijken een hogere patiënttevredenheid te hebben dan landen waarin voor veel aanbieders een verwijzing nodig is (Pearsons r 0,54, $p=0,05$). Landen met poortwachterssystemen (aangegeven in blauw in figuur 2) laten minder patiënttevredenheid zien dan landen met vrije toegang. Alleen Spanje en Frankrijk vormen hierop een uitzondering. In Spanje zijn de patiënten juist uiterst tevreden over hun huisarts, hoewel er een poortwachterssysteem is. In Frankrijk is het omgekeerde het geval.

Als we naar de verschillende onderdelen van de patiënttevredenheid kijken, dan blijkt dat tevredenheid met bejegening (Pearsons r 0,46; $p=0,10$) en medisch-technische inhoud van de zorg (Pearsons r 0,41; $p=0,14$) niet significant door de toegankelijkheid beïnvloed worden. Voor de tevredenheid met organisatorische aspecten van de huisartsenzorg vonden we wel een significante correlatie met toegankelijkheid (Pearsons r 0,67; $p=0,01$).

Figuur 2 Regressieanalyse van patiënttevredenheid van huisartsenzorg (totaal) gerelateerd aan de mate van vrije toegang van zorgaanbieders in 14 landen



Toegankelijkheid en andere onderzoeken naar patiënttevredenheid: validiteitstest

De herhaling van de analyse met de tevredenheidsgegevens van Kerssen et al. resulteerde in vergelijkbare correlatiecoëfficiënten voor de overall tevredenheid (Pearsons r 0,81; $p=0,02$). De specifieke onderdelen van tevredenheid lieten een niet-significante relatie zien voor tevredenheid met bejegeningaspecten (Pearsons r 0,63; $p=0,10$) en een significante correlatie met tevredenheid met organisatorische aspecten (Pearsons r 0,80; $p=0,02$).

Fysiotherapeut/ Oefentherapeut	Ergotherapeut	Revalidatie	Aanbieders met vrije toegang (%)
?	nee	nee	13
nee	nee	nee	19
nee	nee	nee	24
nee	?	nee	33
nee	nee	nee	35
nee	nee	nee	35
nee	nee	nee	41
ja	ja	nee	47
nee	nee	nee	47
nee	nee	nee	56
nee	nee	nee	57
nee	nee	nee	64
nee	nee	nee	65
nee	nee	nee	65
nee	nee	nee	67
nee	nee	nee	71
ja	ja	nee	76
ja	ja	nee	76
18	18	0	

Discussie

Vrije toegang van de zorg blijkt relevant te zijn voor gezondheidszorggebruikers. Patiënten die zelf kunnen kiezen naar welke zorgaanbieder ze gaan, zijn meer tevreden met de huisartsenzorg dan patiënten die eerst naar de huisarts moeten. Dit geldt voor de overall tevredenheid met huisartsenzorg. De overall tevredenheid kan onderverdeeld worden in tevredenheid met organisatorische aspecten, bejegening en de medisch-technische aspecten van de zorg. De grotere tevredenheid van de patiënten gold met name de organisatorische aspecten van de huisartsenzorg. Dit verschijnsel kan op diverse manieren verklaard worden. Patiënten kunnen het bijvoorbeeld lastig vinden dat ze eerst een verwijzing moeten gaan halen. Een andere verklaring kan zijn dat in poortwachterslanden de huisarts minder klantgericht is. In landen met vrije toegankelijkheid van alle zorgaanbieders hebben huisartsen te maken met competitie met hun meer gespecialiseerde collega's, wat kan resulteren in meer aandacht voor de wensen en behoeften van de patiënt buiten de medische context van het consult. Voor de andere twee onderscheiden aspecten van zorg, namelijk bejegening en de medisch-technische inhoud van de zorg, waren de resultaten in beide systemen vergelijkbaar.

Frankrijk en Spanje

Voor twee landen, namelijk Frankrijk en Spanje, vonden we onverwachte uitkomsten. De Fransen zijn uitgesproken negatiever over hun huisartsen dan patiënten uit andere Europese landen met rechtstreekse toegankelijkheid en de Spaanse bevolking was veel positiever dan patiënten in andere poortwachterlanden. Dit zou kunnen komen doordat in Spanje in de laatste decennia de huisartsenzorg sterk is verbeterd,¹⁹ terwijl voor Frankrijk de verklaring gevonden zou kunnen worden in culturele kenmerken. De technologische oriëntatie van de bevolking ten opzichte van medische zorg kan ertoe bijdragen dat zij zorg waarbij technologie een kleinere rol speelt, zoals huisartsenzorg, minder waardeert.²⁰ Verder is het mogelijk dat het lage aantal respondenten in deze beide landen een vertekend beeld oplevert.

Beperkingen

De toegankelijkheidsschaal is een verfijning van de onderverdeling in poortwachterssystemen en systemen met rechtstreekse toegankelijkheid. Onze schaal bleek in staat om te discrimineren tussen beide systemen en heeft als voordeel dat hij meer verfijnde informatie oplevert, waardoor meer gedetailleerde analyses mogelijk zijn. De patiënttevredenheid en de toegankelijkheid zijn volledig onafhankelijk van elkaar gemeten: beide concepten werden gemeten in verschillende, niet aan elkaar gerelateerde onderzoeken en kunnen elkaar dus niet beïnvloeden. Een zwak punt van ons onderzoek is dat we alleen gegevens hebben over de tevredenheid van huisartsenzorg. Het is niet bekend in welke mate de tevredenheid met andere gezondheidszorgdiensten gerelateerd kan worden aan vrije toegankelijkheid. Verder willen we benadrukken dat patiënten over het algemeen tevreden zijn met de huisartsenzorg in hun land. Er waren geen sterk

negatieve oordelen. Echter, het feit blijft dat patiënten in landen met rechtstreekse toegankelijkheid meer tevreden zijn met hun huisarts. Er is enige discussie over de validiteit van vragenlijst-onderzoeken om patiënttevredenheid te onderzoeken.²⁰ Grote tevredenheid zou een expressie zijn van gebrek aan belangstelling voor het onderwerp. Het feit dat Grol en Wensing hun vragenlijst baseerden op items die de patiënten zelf als belangrijk aanduiden, pleit echter tegen deze hypothese.

Eerder onderzoek

Eerder werk van Wensing et al. liet geen significante relatie zien tussen poortwachterssysteem en patiënttevredenheid. Er zijn echter twee belangrijke verschillen tussen het onderzoek van Wensing en dat van ons. Ten eerste hadden Wensing et al. slechts de beschikking over de dichotome variabele poortwachter/vrije toegang. Onze toegankelijkheidsschaal beschikt over verfijndere en meer actuele gegevens. Ten tweede gebruikten wij alleen de meest positieve responscategorie ('zeer tevreden'). Daar de patiënten in Europa over het algemeen tevreden zijn over de huisartsenzorg, levert het gebruik van beide positieve responscategorieën ('tevreden' en 'zeer tevreden') te weinig variatie tussen de landen. Deveugele et al.²¹ onderzochten variatie in de duur van huisartsenconsulten. De auteurs suggereerden dat huisartsen in 'open markt'-systemen meer 'klantgericht' zijn, wat leidt tot langere consulten. Onze bevindingen kunnen een vergelijkbare verklaring hebben: huisartsen in systemen met vrije toegang moeten wel meer aandacht hebben voor klanttevredenheid vanwege de competitie met specialistische zorgaanbieders.

Conclusie

Geven de resultaten aanleiding tot het afschaffen van het poortwachterssysteem? Dat is niet wat we hier voor willen staan. Om tot een juiste afweging te komen is een bredere afweging nodig, waarbij ook andere aspecten dan patiënttevredenheid aan bod komen, zoals de kosten en uitkomsten van de zorg.²² Daarnaast hangt de lagere tevredenheid voornamelijk samen met organisatorische aspecten. Deze kunnen door beleidsmaatregelen makkelijker beïnvloed worden dan bejegening en medisch-technische inhoud van de zorg.

Belangrijk is in ieder geval dat het inzicht groeit dat organisatorische aspecten van de huisartsenpraktijk een sleutelrol spelen in de waardering van de patiënt van de huisartsenzorg. In de Nederlandse situatie blijken vooral de wachttijden (13% van de ondervraagden was ontevreden), de telefonische bereikbaarheid (11% ontevreden) en de mogelijkheid de huisarts aan de telefoon te krijgen (10% ontevreden) de aspecten met de grootste ontevredenheid.¹⁰ Ruimer opgezet onderzoek naar de praktijkorganisatie zou meer inzicht kunnen geven in welke organisatorische aspecten binnen de Nederlandse situatie eventueel voor verbetering in aanmerking komen. Naar onze mening zou het hierbij moeten gaan om bereikbaarheid van zorg buiten kantooruren, toegankelijkheid van het spreekuur (zelfde dag of later) en de mogelijkheid

van rechtstreeks contact met de huisarts in plaats van de assistente of praktijkondersteuner.

Dankbetuiging

De auteurs zijn de experts in de diverse landen zeer erkentelijk voor de tijd die zij geïnvesteerd hebben in het beantwoorden van onze vragenlijst. Geen van deze experts is echter verantwoordelijk voor eventuele fouten in dit artikel.

Literatuur

- 1 Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet* 1994;344:1129-33.
- 2 Delnoij D, Van Merode G, Paulus A, Groenewegen P. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *J Health Serv Res Policy* 2000;5:22-6.
- 3 Forrest CB. Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment. *BMJ* 2003;326:692-5.
- 4 Fischer T, Hahnel A, Jordan M, Bauer V, Dresler C. Hausarztliche versus Selbstüberweisung in eine Spezialisten-Praxis. Ein Vergleich am Beispiel der Chronisch Venösen Insuffizienz. *Dtsch Med Wochenschr* 2003;128:2242-7.
- 5 Marinoso BG, Jelovac I. GPs' payment contracts and their referral practice. *J Health Econ* 2003;22:617-35.
- 6 Halm EA, Causino N, Blumenthal D. Is gatekeeping better than traditional care? A survey of physicians' attitudes. *JAMA* 1997;278:1677-81.
- 7 Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *J Health Serv Res Policy* 1996;43:40-8.
- 8 Calnan MW. The patient's perspective. *Int J Technol Assess Health Care* 1998;14:24-34.
- 9 Cleary PD. Satisfaction may not suffice: a commentary on "a patient's perspective". *Int J Technol Assess Health Care* 1998;14:35-6.
- 10 Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000;50:882-7.
- 11 Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H, et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care* 2002;14:111-8.
- 12 Grumbach K, Selby JV, Damberg C, Bindman AB, Quesenberry C Jr, Truman A, et al. Resolving the gatekeeper conundrum: what patients value in primary care and referrals to specialists. *JAMA* 1999;282:261-6.
- 13 Gross R, Tabenkin H, Brammli-Greenberg S. Who needs gatekeeper? Patients' view of the role of the primary care physician. *Fam Pract* 2000;17:222-9.
- 14 Boerma GW, Fleming DM. The role of general practice in primary health care. London: WHO, The Stationary Office, 1998.
- 15 Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/family practice: the Europep instrument. Nijmegen: Mediagroup KUN/UMC; 2000.
- 16 Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdal P, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). *Fam Pract* 1999;16:4-11.
- 16 Wensing M, Baker R, Szecsenyi J, Grol R. Impact of national health care systems on patient evaluations of general practice in Europe. *Health Policy* 2004;68:353-7.
- 17 Kerssens JJ, Groenewegen PP, Sixma HJ, Boerma GW, Van der Eijk I. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bull World Health Organ* 2004;82:106-14.
- 18 Van der Zee J, Kroneman M, Bolívar B. Conditions for research in general practice - Can the Dutch and British experiences be applied to other countries, for example Spain? *Eur J Gen Pract* 2003;9:41-7.
- 19 Stevens FJC, Diederiks JPM. Health Culture in Europe: an exploration of national, and social differences in health-related values. In: Lüschen G, Cockerham W, Van der Zee J, Stevens F, Diederiks J, Garcia Ferrando M, et al, editors. *Health systems in the European Union: Diversity, convergence and integration*. München: Oldenbourg, 1995:75-8.
- 20 Deveugele FJC, Derese A, Van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002;325:472-7.
- 21 Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries 1970-1998. *Health Serv Res* 2003;38:831-65.