

Meldactie 'Zuinig met Zorg' Juli/augustus 2011

Ir. T. Lekkerkerk, projectleider
oktober 2011

COLOFON

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)

Postbus 1539
3500 BM Utrecht
Churchillaan 11
3524 GV Utrecht

Telefoon: (030) 297 03 03
Fax: (030) 297 06 06
Email: npcf@npcf.nl
Website: www.npcf.nl
www.consumentendezorg.nl

De in dit rapport opgenomen informatie mag worden gebruikt met bronvermelding.

Utrecht, oktober 2011

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	4
1.1	Meldactie	4
1.2	Interpreteren van de resultaten	4
2	Opzet meldactie	5
3	Resultaten	6
3.1	Profiel deelnemers.....	6
3.2	Mening over premie en bezuinigingen	7
3.2.1	Media	7
3.2.2	Premie.....	7
3.2.3	Ideeën voor besparingen in de zorg	8
3.3	Ervaringen met onnodig (dure) zorg.....	9
3.4	Hulpmiddelen.....	11
3.5	Delegeren van taken	12
3.6	Opname in instelling.....	13
3.7	Bereidheid om te reizen	14
4	Conclusies en aanbevelingen.....	16
4.1	Mening over premie en ideeën over bezuinigingen	16
4.2	Ervaringen met onnodig (dure) zorg.....	16
4.3	Hulpmiddelen.....	16
4.4	Delegeren van taken	17
4.5	Opname in instelling.....	17
4.6	Concentratie van zorg	17

1 Inleiding

1.1 Meldactie

Van half juli tot eind augustus 2011 konden patiënten hun ervaringen melden met betrekking tot voorgestelde bezuinigingen in de gezondheidszorg.

Er wordt in Nederland ieder jaar meer gebruik gemaakt van de gezondheidszorg. Hiervoor zijn verschillende redenen. Onder andere steeds meer oudere mensen, meer mensen met een chronische aandoening, er is medisch steeds meer mogelijk en er is te weinig efficiëntie in de zorg. De kosten van de gezondheidszorg gaan daardoor ieder jaar omhoog. De overheid voert momenteel flinke bezuinigingen door in de zorg. Onder andere door de gebruiker meer zelf te laten betalen en het basispakket van de zorgverzekering te beperken.

De deelnemers is gevraagd naar hun mening en ervaring met betrekking tot bezuinigingen, onnodige kosten in de zorg en ideeën voor oplossingen om de kosten te verminderen.

1.2 Interpreteren van de resultaten

De groep deelnemers van deze meldactie is niet representatief voor de Nederlandse bevolking. Er wordt bij de meldactie geen steekproef genomen uit de bevolking. Deelnemers melden zichzelf aan om de vragenlijst in te vullen. Iedere melding is welkom.

Wanneer je de groep deelnemers vergelijkt met de Nederlandse bevolking vallen een aantal dingen op. De deelnemersgroep bevat ten opzichte van de Nederlandse bevolking relatief:

- een grotere groep vrouwen;
- een grotere groep mensen tussen de 45 en 75 jaar;
- meer mensen met een chronische aandoening;
- veel hoger opgeleiden.

De resultaten, en zeker de percentages, moeten dan ook voorzichtig worden geïnterpreteerd. Er kunnen geen conclusies worden gesteld over zorggebruikers in het algemeen.

Dit betekent niet dat de uitkomsten geen waarde hebben. Door het grote aantal deelnemers (3963) geven de uitkomsten van de meldactie een goed beeld van de ervaringen en mening van zorggebruikers.

De resultaten en conclusies van de meldactie hebben voor de NPCF en de patiëntenorganisaties dan ook een belangrijke signaalfunctie. Zij vinden het belangrijk dat deze signalen worden opgepakt door zorgverleners, zorginstellingen, zorgverzekeraars en de regionale en landelijke overheid.

2 Opzet meldactie

De meldactie geeft inzicht in de ervaringen van patiënten met onnodige kosten in de gezondheidszorg. En hun mening over en ideeën voor besparingen.

De NPCF heeft een vragenlijst samengesteld van 25 vragen. De lijst is onderverdeeld in de volgende onderdelen:

- Mening over de premie en eigen risico van dit moment.
- Ervaringen met onnodige kosten in de zorg.
- Ervaringen met hulpmiddelen.
- Ervaringen met het overdragen van taken van artsen naar verpleegkundigen.
- Bereidheid om te reizen voor bepaalde zorg.
- Ervaringen met onterecht kort of juist lang verblijf in een zorginstelling.
- Ideeën voor besparingen in de zorg.

De vragenlijst is op diverse manieren verspreid:

- Panelleden van Consument en de Zorg zijn uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen.
- Er is een oproep gedaan voor deelname via de nieuwsbrieven van de NPCF.
- Er is aandacht gevraagd voor de meldactie in de landelijke media.
- Diverse patiëntenorganisaties hebben aandacht besteed aan de meldactie op hun website.

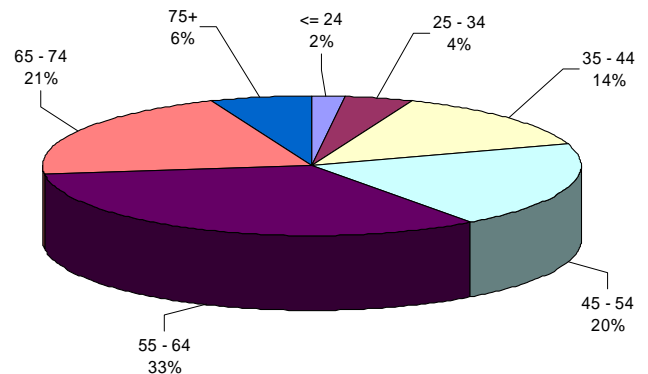
3 Resultaten

In totaal hebben 4071 mensen een vragenlijst ingevuld. Zowel deelnemers met positieve als negatieve ervaringen hebben een vragenlijst ingevuld.

- 74% van de deelnemers is lid van het panel van Consument en de Zorg. Deze deelnemers hebben een uitnodiging ontvangen om de vragenlijst in te vullen.
- 21% van de deelnemers heeft een persoonlijke uitnodiging voor de vragenlijst ontvangen en zich bij deze vragenlijst aangemeld voor het panel.
- 5% van de deelnemers is via publicaties en media-aandacht geattendeerd op de meldactie, waarna ze de vragenlijst hebben ingevuld.

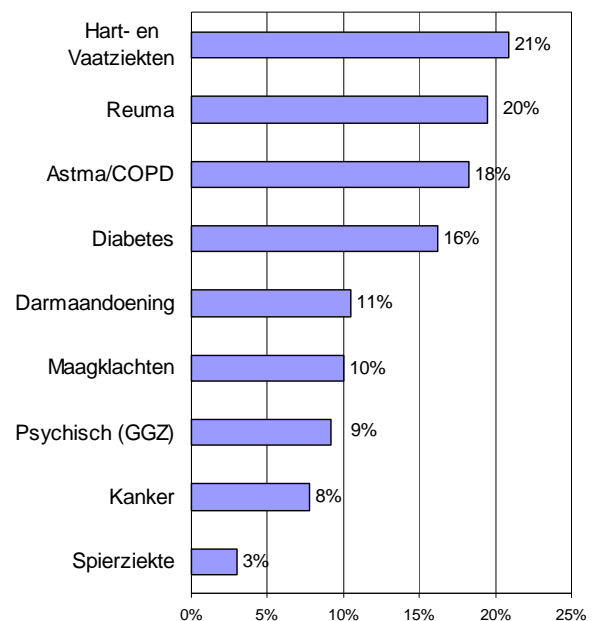
3.1 Profiel deelnemers

- Leeftijd (zie figuur 1)



Figuur 1 Leeftijd deelnemers

- Geslacht: 56% van de deelnemers is vrouw, 44% is man.
- Provincie. De meeste mensen zijn afkomstig uit 20% Zuid-Holland, 16% Noord-Holland, 14% Noord-Brabant, 12% Gelderland, 8% Utrecht, 7% Limburg, 6% Overijssel.
- Opleiding: 44% van de deelnemers heeft een HBO-opleiding of hoger.
- Zorgverzekeraar: Top 5:
 1. Zilveren Kruis Achmea 15%
 2. CZ 13%
 3. Menzis 11%
 4. VGZ 10%
 5. Agis 6%
- Bijna een kwart (34%) van de deelnemers maakt veel gebruik van zorg. Nog eens 33% maakt regelmatig gebruik van zorg. 43% van de deelnemers maakt weinig of nooit gebruik van de gezondheidszorg.
- Chronische aandoening. 84% van de deelnemers heeft te maken met een chronische aandoening. Zie figuur 2.



Figuur 2 Chronische aandoeningen deelnemers

3.2 Mening over premie en bezuinigingen

3.2.1 Media

92% van de deelnemers heeft de afgelopen maanden in de media gehoord of gelezen over de bezuinigingsplannen in de gezondheidszorg.

Wat is u opgevallen in de media?

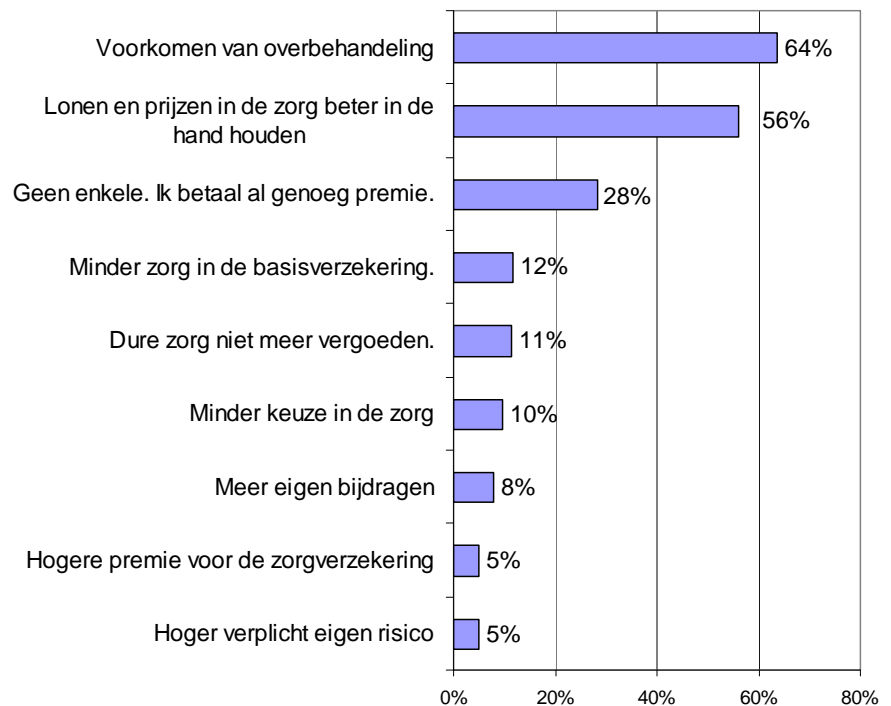
- Er wordt onevenredig zwaar bezuinigd in de GGZ. Peperdure behandelingen voor zeer zeldzame ziekten, en het kankeronderzoek met name, blijven gespaard.
- Het plan om het persoonsgebonden budget te korten. Bezuinigingen op zorgwerkers. Achteruitgang kwaliteit ouderenzorg.
- therapieën om te stoppen met roken worden niet meer vergoed. Dieetbegeleiding valt niet meer in het basispakket vanaf 1-1-2012.
- De kortingen op het PGB waarbij de individuele keuze vrijheid zo goed als verdwijnt.
- Alleen maar besparingen, geen aanwijzingen voor effectievere organisatie.
- Alles wordt duurder en er wordt minder vergoed.
- Basis pakket inkrimpen, eigen bijdrage weer omhoog, vooral nadelig voor ouderen. Kortten op fysiotherapie.

3.2.2 Premie

- Iets meer dan een kwart van de deelnemers (28%) vindt de premie voor de zorgverzekering helemaal acceptabel. Nog eens 35% vindt de premie een beetje acceptabel. In totaal betekent dit dat 62% van de deelnemers de premie (een beetje) acceptabel vindt. 31% van de deelnemers vindt de premie niet acceptabel. 7% weet het niet.
- Van de groep deelnemers die nooit gebruik maakt van zorg vindt 41% de premie van de zorgverzekering niet acceptabel. Bij de deelnemers die veel, regelmatig of weinig gebruik maken van zorg vindt ongeveer 31% de premie niet acceptabel.
- 12% van de deelnemers vindt de hoogte van het verplicht eigen risico helemaal acceptabel. Nog eens 19% vindt de hoogte van het verplicht eigen risico een beetje acceptabel. In totaal vindt 31% van de deelnemers het eigen risico (een beetje) acceptabel. 68% van de deelnemers vindt de hoogte van het verplicht eigen risico niet acceptabel.
- Hoe meer mensen gebruik maken van zorg, hoe minder acceptabel ze de hoogte van het verplicht eigen risico vinden:
 - Van de mensen die nooit gebruik maken van zorg, vindt 22% de hoogte van het verplicht eigen risico acceptabel.
 - Van de mensen die weinig gebruik maken van zorg, vindt 15% de hoogte van het verplicht eigen risico acceptabel.
 - Van de mensen die veel of regelmatig gebruik maken van zorg vindt 10% de hoogte van het verplicht eigen risico acceptabel.

3.2.3 Ideeën voor besparingen in de zorg

De deelnemers is een lijstje voorgelegd met mogelijke oplossingen om de zorg betaalbaar te houden. Gevraagd is welke oplossingen zij acceptabel vinden om de zorg beter betaalbaar te maken. De deelnemers konden meerdere opties kiezen. Deze vraag is gesteld aan het einde van de vragenlijst. Daarvoor zijn vragen gesteld over dubbele handelingen, overbodige medicijnen, te lang verblijf in het ziekenhuis, etc. De definitie van overbehandeling is in dit geval gekoppeld aan deze inefficiëntie in de zorg. Zie figuur 3.



Figuur 3 Ideeën voor besparingen in de zorg

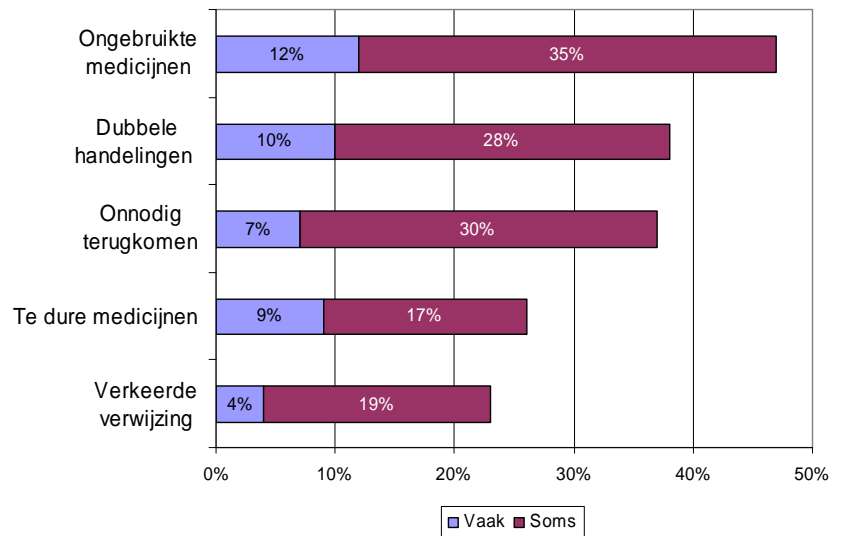
76% van de deelnemers geeft aan nog andere oplossingen te weten om de uitgaven in de zorg te verminderen.

Ideeën om geld in de zorg te besparen.

- Artsen in loondienst van ziekenhuizen.
- Veel minder personeel nodig bij de balies van de artsen in het ziekenhuis.
- Zorgverleners die kwalitatief hoogwaardige zorg leveren en waarbij de cliënt zeer tevreden is, deze zorgverleners (financieel) belonen. Dit is een stimulans voor slecht presterende zorgverleners. Zorgverleners niet betalen per verrichtingen maar per prestatie/ cliënttevredenheid.
- Zorgverzekeraars dienen transparanter te worden. Veel mensen vallen over de inkomens van de medisch specialisten maar dit inkomen vormt slechts een klein percentage van het totale budget. Laat verzekeraars maar eens laten zien wat zij met het geld doen.
- Patiënten hebben geen idee wat geneeskundige zorg kost. Om dit inzicht te bereiken zouden patiënten de declaraties van zorgverleners moeten zien en/of eerst zelf betalen. Nu gaat alles rechtstreeks naar de verzekeraar.
- Sneller gecombineerde zorg geven. Dus op één plek meer multidisciplinaire zorg leveren.
- Vooral geen standaard pakketten afdwingen. Vaak is het kiezen tussen de zorg die zij aanbieden of geen zorg. Veel mensen zullen dan kiezen voor de aangeboden zorg ook al is het niet gewenst (dus niet gebruikt) of nodig.
- Wij wonen in senioren appartement waar diverse verpleegkundige komen. Volgens mij kan 1 persoon wel zo'n adres af meestal gaat het om kousen uittrekken of medicijnen geven. Vaak zie je 4 of 5 verschillende personen komen en gaan op 1 avond.
- Werken met kleine teams, niet te veel managers.
- We moeten meer investeren in gezondheid en minder in ziekte. Stimuleer het nuttigen van gezonde voeding.
- Ongezond gedrag meenemen in premie. Iemand die voor heel veel geld is geopereerd en chemo heeft gehad voor keelkanker, is laatst weer gaan roken. Ik zou de patiënt minstens dubbel willen laten betalen.
- Sigaretten 10 euro per pakje, 5 euro naar de gezondheidszorg
- Veel consulten worden, met name bij een eerste contact afgedaan door de arts assistenten. Deze artsen ontvangen een beloning die ver af ligt van het specialistenhonorarium, terwijl dit wel bij de verzekeraar van de patiënt in rekening wordt gebracht.

3.3 Ervaringen met onnodig (dure) zorg

In figuur 4 is te zien hoe vaak deelnemers te maken hebben gehad met onnodig (dure) zorg.



Figuur 4 Onnodig (dure) zorg

Wat zijn uw ervaringen het afgelopen jaar met onnodig (dure) zorg?

Ongebruikte medicijnen of hulpmiddelen

- Onaangeboden medicijnen die slechts een week in huis geweest zijn: cardioloog verandert het merk; medicijnen ingeleverd bij de apotheek: alles wordt vernietigd aldus de apotheek
- Als de apotheek bijvoorbeeld bij vergissing 2 keer hetzelfde recept klaarmaakt dat er gezegd wordt neem maar mee de verzekering betaalt wel.
- Bij een familielid was een recept voorgeschreven voor een medicijn. Hiervan kreeg zij gelijk 6 doosjes mee met pillen, waarvan er uiteindelijk maar 1 gebruikt is. Hierop kan m.i. bezuinigd worden.
- Twee paar steunkousen verkeerde maat opgemeten door apotheek, gooi maar weg ze zaten nog in de verpakking.

Dubbele handelingen

- Als ik bij een andere arts kom, krijg ik vaak weer dezelfde onderzoeken. De arts had makkelijk bij mijn vorige arts de gegevens kunnen vragen. Jammer dat EPD er uit gaat, want dat is juist de middel om onnodig onderzoeken te voorkomen.
- Als verpleegkundige komt het regelmatig voor dat ik een collega van een andere dienst tref in de thuissituatie die speciaal is aangenomen voor injectie toediening vanuit de farmaceut. Twee verpleegkundige op dezelfde tijd bij een adres. Dat is pas duur.
- Twee keer een MRI gehad terwijl achteraf bleek dat de orthopeed de specifieke aandoening niet kende. Second opinion loste dit probleem op.
- Mijn longarts gaat elders werken. Mijn nieuwe longarts wil onderzoeken die door de vorige longarts werden gedaan weer opnieuw doen.
- Twee artsen die bloedonderzoek deden. 1week tussen de 2 onderzoeken in.
- Twee keer een foto laten maken op advies van de specialist die niet bekeken werd tot ik er om vroeg.
- Bij doorverwijzing voor een specialistische behandeling, werd in het volgende ziekenhuis alsnog het zelfde onderzoek gedaan als bij het doorverwijzende ziekenhuis.
- Als patiënt dien je wel op te letten. Als ik voor twee verschillende artsen bloed moet laten prikken, controleer ik de lijst en laat er een van maken. Deze verantwoordelijkheid heb je als gebruiker van de gezondheidszorg.
- Diverse specialisten die in een kort tijdsbestek hetzelfde bloedonderzoek aanvragen. Hier heb ik ze overigens op geattendeerd, waarna er geen onnodig onderzoek plaats vond.

Onnodig terugkomen

- De onnodige zorg voor mij is dat ik steeds via de huisarts naar de specialist moet gaan. Ik heb af en toe een cardioversie nodig, ik voel het zelf, maar de huisarts moet eerst constateren dat het nodig is. Erg onnodig allemaal.
- Blijvend terug moeten komen na borstkanker bij zowel radiotherapeut, oncoloog en chirurg, terwijl radiotherapeute echt overbodig is. Heb ik zelf afgezegd nu.
- Een andere dag terug komen voor onderzoeken en weer later terugkomen voor de uitslag.
- Apart consult om de uitslag van een onderzoek op te halen. Dat had ook per telefoon gekund.

Te dure medicijnen of hulpmiddelen

- Mijn oogarts schrijft een heel dure (€1300,-) lens voor waarvan ze had kunnen weten dat hij niet zou voldoen gezien mijn oogafwijkingen.
- Er waren 2 soorten zeer dure medicijnen besteld door behandelend specialist. Door goed optreden van apotheker heb ik er maar 1 gekregen en kon de andere nog terug gestuurd.

Verkeerde verwijzing

- Verwijzing van een internist naar een neuroloog die weer verwees naar een orthopeed. Die weer verwees naar een revalidatie arts terwijl een simpele behandeling bij een fysiotherapeut de oplossing was.
- Door de tandarts naar de kaakchirurg verwezen die na 30 sec. wist dat hij het probleem niet kon oplossen.

Een flinke meerderheid van de deelnemers, 80%, is van mening dat betere afstemming in de zorg besparingen kan opleveren.

5% denkt van niet. 15% geeft aan niet te weten of betere afstemming tot besparingen zal leiden.

Kunt u een (of meerdere) voorbeeld(en) geven van besparingen door betere afstemming?

- Afspraken van meerdere afdelingen meer combineren zou geld kunnen besparen.
- Terwijl de onderzoekers van een angiografie vertelden dat ik dezelfde dag al naar huis mocht, werd dit tegengehouden door de behandelend arts en moest ik een nacht ter observatie overblijven.
- Meer telefonisch afhandelen in plaats van steeds op spreekuur komen.
- Eén keer komen en meteen een hele rij afwerken. En niet onnodig doorverwijzen, een huisarts weet toch ook veel tegenwoordig.
- Ik vraag altijd zelf de uitslagen op. Als ik vervolgens naar een andere arts ga, hoeft een aantal zaken niet opnieuw te gebeuren. Als ik dat niet zelf regel, wordt er weer een hele batterij bepalingen aangevraagd.
- Onderzoeken die in een regionaal ziekenhuis zijn gedaan, worden weer opnieuw gedaan als je naar een academisch centrum wordt doorverwezen.
- Allereerst vragenlijst laten invullen thuis via internet spaart al heel veel bezoektijd uit. Verder afstemming met div. afdelingen als patiënt bij meerder disciplines moet zijn. Dus niet de ene week bij de een de andere week bij de ander. Maar gewoon een bureau en van daaruit naar de diverse behandelaars. Dit scheelt heel wat recepties, parkeergeld en koffiedrinken.
- Als alle disciplines nu eens meer concreet met elkaar gaan samenwerken, komt er sowieso een besparing uit van miljoenen!
- Als alles goed genoteerd wordt in dossiers. Soms staan er dingen niet eens in.
- Als artsen beter naar patiënten zouden luisteren zou men niet onnodig van de een naar de ander verwezen hoeven worden. Elke patiënt kent zijn eigen lichaam het best en weet/voelt wanneer er iets aan de hand is.
- Als je in een ziekenhuis of dokterspost komt wordt een intake vaak drie of meer keer gedaan. Elke keer vraagt men je weer hetzelfde!
- Als top organisatiespecialist kan ik beweren dat bij betere organisatie vormen in ziekenhuizen en andere zorgverleners minimaal 10% van deze organisatie kosten kan worden bespaard.
- Betere communicatie tussen verschillende afdelingen, meer luisteren naar patiënten, etc.. Dus betere samenwerking, wat tijd, geld, frustraties van cliënten, etc, bespaard.
- Artsen in de somatisch zorg, zouden op de hoogte moeten zijn van de psychische zorg en visa versa.

3.4 Hulpmiddelen

29% van de deelnemers geeft aan zelf gebruik te maken van een of meerdere hulpmiddelen of een naaste te hebben die gebruik maakt van een hulpmiddel (vaak kind of partner).

- 21% van de mensen die te maken hebben met hulpmiddelen geeft aan dat er wel eens een hulpmiddel is verstrekt dat niet nodig was.
- 28% van de mensen die te maken hebben met hulpmiddelen heeft wel eens te maken gehad met hogere kosten dan nodig was bij het verstrekken van een hulpmiddel.

Meld hier uw ervaring met onnodige kosten voor een hulpmiddel.

- Ik heb dwarslaesie; dat geneest nooit meer. Dat ik dat steeds weer moet 'bewijzen' bij indicaties voor hulpmiddelen is niet alleen voor mij irritant, maar kost ook onnodige ambtelijke tijd en geld.
- Handspalk voor mijn zoon. Moest (echt waar gedwongen) van de kliniek. Drie maanden later op een ander revalidatiecentrum werd ons een beetje paniekerig medegedeeld dat de handspalk erg slecht was en zijn spasticiteit alleen maar zou vergroten.
- Kokers die mijn zoon niet aan wilde doen en dus in de kast bleven liggen. Elk jaar werden er nieuwe gemaakt, diverse jaren. Ook al wisten de artsen dat ze niet werden gebruikt. Maar goed de kliniek moet ook draaien.
- Bij aanvraag ziekenfonds voor trippelstoel van huisarts kreeg ik 3x een zgn. deskundige over de vloer om te zien of het noodzakelijk was. Uiteindelijk kwam een ergometriste langs met laptop een rolstoel opmaken, na 3 maanden kwam uiteindelijk de stoel.
- Een kennis overleed vlak na het krijgen van een scootmobiel. Toen de familie de scootmobiel in wilde leveren, werd gezegd dat dat niet hoefde. Er was al voor betaald.
- Bij verhuizing naar een andere gemeente werden hulpmiddelen niet overgenomen.
- Een nieuwe rolstoel brengen terwijl de oude nog uitstekend was en er was ook niet om gevraagd.
- Een paar krukken aangeschaft die niet nodig waren.
- Een rolstoel die niet voldoende was aangepast, waardoor ik er bijna nooit in heb gezeten en altijd in m'n sportrolstoel reed.
- Een telefoon die niet afgestemd was op de handicap van de gebruiker.
- Onze dochter maakte gebruik van een kinderrollator. Toen we overstapten van zorgverzekeraar moesten we deze rollator inleveren bij de leverancier (afspraak aan huis), en moesten we daarna bij dezelfde leverancier een nieuwe afspraak maken om exact hetzelfde type gloednieuwe rollator opnieuw aan huis te laten afgeven en op maat te laten instellen. We hebben nagevraagd of de rollator niet gewoon kon worden overgenomen door de zorgverzekeraar, maar dat kon niet.

3.5 Delegeren van taken

De taken in de gezondheidszorg worden de laatste jaren anders verdeeld. Vroeger deden de huisarts en medisch specialist veel zelf. Tegenwoordig is er vaak een praktijkondersteuner of gespecialiseerd verpleegkundige die een aantal handelingen van de huisarts of specialist overneemt. Zoals specifieke voorlichting aan patiënten en kleine medische ingrepen.

- 72% van de deelnemers vindt het goed wanneer er meer verpleegkundigen worden ingezet in plaats van specialisten.
15% vindt dit niet goed. 5% geeft aan niet te weten of dit goed zou zijn.
- 61% van de deelnemers heeft ervaring met het inzetten van verpleegkundigen in plaats van een specialist of huisarts.

De mensen die ervaring hebben met de inzet van verpleegkundigen in plaats van een arts, zijn positiever hierover dan de mensen die hier geen ervaring mee hebben (81% t.o.v. 58%).

Meld hier uw ervaring met vervanging van een specialist of huisarts door een verpleegkundige of andere zorgverlener.

- Mijn nieuwe huisarts laat zich ondersteunen door een longverpleegkundige. Die weet van longen, astma enzovoort minstens zo veel als de huisarts. Het contact met deze verpleegkundige heb ik als prettig ervaren.
- 1 x per jaar bezoek ik de reumaverpleegkundige i.p.v. de reumatoloog. De verpleegkundige heeft over het algemeen meer tijd voor een patiënt. Zij is helemaal vertrouwd met het ziektebeeld van elke patiënt.
- Bij ons in de huisartsenpraktijk neemt de verpleegkundige veel taken over van de arts. Dit werkt perfect je krijgt daardoor een hele goede band met haar.
- Cardioverpleegkundige(n). Zijn over het algemeen bekwaam en kwijten zich uitstekend van de aan hen opgelegde taken. Goede zaak immers, gerichte kwalitatieve zorg wordt verleend tegen lagere kosten.
- De aan mijn huisartsteam verbonden verpleegkundige is geweldig. Een huisbezoek is vaak niet nodig, een 'gezellig' telefoontje volstaat vaak.
- Ik ben reumapatiënte. In het ziekenhuis is een afspraak gemaakt dat ik de ene keer bij de specialist kom en de andere keer bij de verpleegkundige. Als blijkt dat ik de specialist toch nodig heb is er veel ruimte om de afspraak te veranderen bij de verpleegkundige. Dit is een goede regeling en ik ben er erg tevreden over.
- Mijn man had wel ervaring met een verpleegkundige, maar die moest elke vraag die mijn man stelde eerst voorleggen aan de arts en dan moest mijn man voor het antwoord een afspraak maken bij de huisarts. Later op de dag of de volgende dag even bellen of per mail antwoorden zou ook kunnen in veel gevallen, denk ik.
- Aangezien de kennis van de verpleegkundige niet voldoende is voor aparte gevallen (zoals ikzelf) moest ik alsnog naar de huisarts, dus dubbele kosten.
- Aardige vent. Maar geeft niet echt vertrouwen.
- Cardioloog laat veel controles over aan poliverpleegkundige. Vaak antwoord: "weet niet, zal overleggen met cardioloog". Resultaat dus nooit antwoord of te laat.
- De arts weet precies wat je mankeert. Vaak heeft de arts het te druk en moet de praktijkondersteuner zelf beslissen. Dit is niet goed.

3.6 Opname in instelling

Soms worden patiënten te lang in een instelling opgenomen. Maar soms worden patiënten ook wel eens te vroeg naar huis gestuurd. Met alle gevolgen van dien. Wat zijn de ervaringen van de deelnemers?

- 9% van de deelnemers geeft aan dat hij of zij zelf of een naast wel eens ten onterecht (lang) opgenomen is geweest in een zorginstelling.

Ervaringen met onnodig (lang) verblijf in een instelling.

- Tien dagen in het ziekenhuis gelegen, na 9e dag hernia operatie, en de 10e dag weer naar huis. Hadden ze me de eerste of tweede dag al geopereerd, hadden ze 8 dagen verpleging kunnen besparen.
- Door niet aanwezig zijn van de juiste rolstoel moest ik onnodig langer blijven in het ziekenhuis.
- Door fouten van artsen heeft een ziekenhuis opname een maand geduurd in plaats van 5 dagen.
- Door onvoldoende goede verpleegzorg, m.n. wat betreft pijnstilling, lichamelijk afgezwakt en vermagerd. Dus langer verblijf in het ziekenhuis.
- Doorgestuurd worden naar de afdeling revalidatie in een verpleeghuis, terwijl dit absoluut niet nodig was. Ook geen enkele oefening of iets dergelijks gedaan. Er was nu eenmaal een indicatie aangevraagd. Onnodige kosten dus.
- Een goede kennis van mij werd opgenomen in een verpleeghuis voor revalidatie na een collumfractuur. De eerste drie weken werd zij amper behandeld. Uiteindelijk heb ik een plaats voor haar gevonden op in een kuuroord in Bad Bentheim. Na twee weken intensieve behandeling kon zij zelfstandig thuis zijn.
- Een oudere heer die na ziekenhuisopname in een verpleeghuis kwam en dolgraag naar huis wilde (en kon). Dit werd ontweken en uitgesteld, terwijl na simpele aanpassingen en hulp thuis hij nu weer mobiel is en volop geniet.
- Voor mijn moeder was geen plaats in verzorgingshuis. Zij moest dus noodgedwongen in het ziekenhuis blijven. Doordat moeder ging lopen en om aandacht vroeg (teveel) werd haar kamerdeur met een laken vast gesjord.
- Het duurde te lang (of men begon er te laat mee) voordat de benodigde zaken thuis geregeld / klaar waren om verantwoord weer thuis te verblijven.

- 16% van de deelnemers geeft aan wel eens onterecht snel naar huis te zijn gestuurd.

Ervaring met te kort verblijf in een instelling.

- Te vroeg naar huis na complicaties mama amputatie. Hierdoor 3 keer heropname na ontslag.
- Zeven dagen na een open hart operatie werd ik naar huis gestuurd. Ik ben alleenstaand, naaste familie woont in Frankrijk. Ik mocht de eerste weken niets doen. Het enige wat het ziekenhuis in Eindhoven aanvroeg was hulp voor het aandoen van een steunkous. De rest heb ik op de dag van thuiskomst zelf moeten regelen.
- Ben na catheterisatie naar huis gestuurd, terwijl ik de hele nacht met bloeding te maken heb gehad en daardoor veel bloed verloren mijn ijzer te laag was. Was erg duizelig en had geen kracht om op te staan en te lopen, maar moest toch het bed uit om het vrij te maken.
- Betreft mijn echtgenoot, die na een operatieve ingreep naar huis werd gestuurd met te weinig overdrachtgegevens en voor de thuiszorg een te zware zorg.
- De pijn was na een operatie niet weg en toch mocht ik al naar huis. Binnen 1 dag stond ik weer terug in het ziekenhuis omdat er een ontsteking was.
- Door ziekenhuis naar huis gestuurd na hersenoperatie, terwijl revalidatie nodig was.
- Ziekenhuis in Rotterdam: U mag naar huis want wij hebben uw bed nodig.
- Ik ben de laatst keer te snel naar huis gestuurd wat net niet verantwoord was. Uitleg was dat dit met de zorgverzekeraar en dbc's te maken had. Het ziekenhuis krijgt gewoon niet meer geld en sturen mensen naar huis.
- Ik ben na een darm ingreep te vroeg naar huis gestuurd en werd na 1 dag weer opgenomen voor een herstel operatie met een verblijf van 3 weken.

3.7 Bereidheid om te reizen

Concentratie van zorg is een manier om zorg efficiënter en kwalitatief beter te maken. Ook op deze manier kunnen de kosten voor zorg worden verlaagd. Consequentie van concentratie van zorg is wel, dat patiënten in veel gevallen verder zullen moeten reizen voor zorg.

De deelnemers is gevraagd of zij bereid zijn om te reizen wanneer de kwaliteit van zorg beter is in een ziekenhuis dat verder weg ligt. De vraag is gesteld voor verschillende situaties en voor verschillende afstanden.

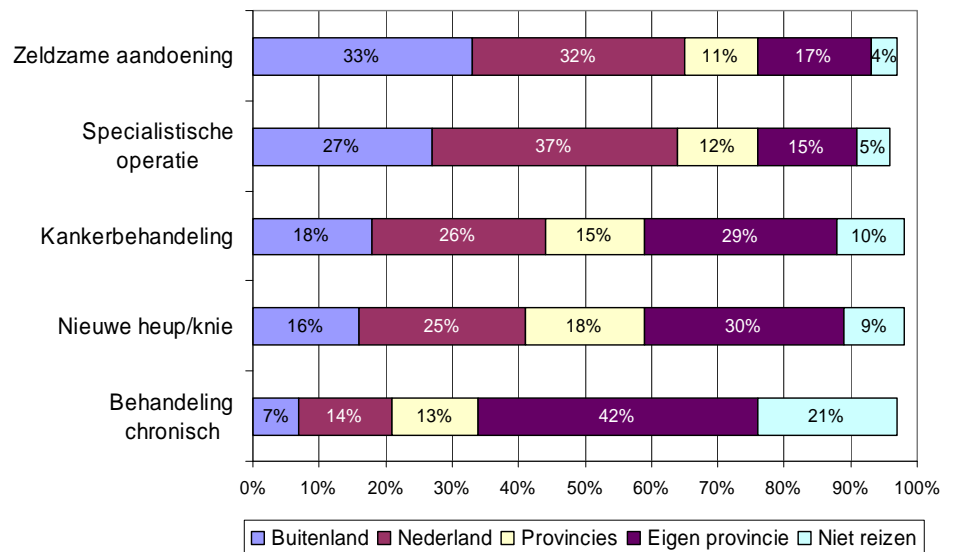
De situaties waar naar is gevraagd zijn de volgende:

- Behandeling zeldzame aandoening
- Specialistische operatie (bv. alvleesklierkanker)
- Nieuwe heup of nieuwe knie
- Behandeling van chronische zorg, bijvoorbeeld reumazorg of diabeteszorg
- Kankerbehandeling: bestraling of chemokuur

Voor de afstanden konden deelnemers kiezen uit de bereidheid om te reizen in of naar:

- Eigen provincie
 - Meerdere provincies
 - Heel Nederland
 - Buitenland
-
- Voor een zeldzame aandoening zijn deelnemers bereid om te reizen naar een ziekenhuis verder weg. 33% is bereid zelfs naar het buitenland te gaan. Nog eens 32% beschouwd heel Nederland als reisgebied. 17% is bereid te reizen in de eigen provincie, 11% is bereid ook aangrenzende provincies te willen bereizen. Slechts 4% is niet bereid om te reizen. Nog eens 4% weet het niet.
 - In verband met een specialistische operatie is ook de reisbereidheid groot, maar iets minder dan bij een zeldzame aandoening. 27% is bereid naar het buitenland te gaan. Maar iets meer mensen beschouwen heel Nederland als optie, 37%. 15% is bereid te reizen in de provincie. 12% is bereid te reizen in meerdere provincies. 5% is niet bereid om te reizen, 4% weet het niet.
 - Voor een nieuwe heup of knie blijven deelnemers liever iets dichterbij huis. 16% is bereid naar het buitenland te reizen, 25% is bereid heel Nederland te bereizen. 30% is bereid te reizen in de provincie en nog eens 18% is bereid te reizen naar aangrenzende provincies. 9% is niet bereid om te reizen. 2% weet het niet.
 - Voor chronische zorg is de bereidheid om te reizen het minst. 14% is bereid heel Nederland door te reizen en 7% is ook nog bereid naar het buitenland te gaan. 42% is wel bereid in de eigen provincie te reizen, 13% wil wel naar aangrenzende provincies. 21% is niet bereid om te reizen voor chronische zorg. 2% weet het niet.
 - Voor behandeling van kanker beschouwt 26% heel Nederland als optie en 18% is bereid naar het buitenland te gaan. 29% is bereid te reizen in de eigen provincie. 15% is bereid naar aangrenzende provincies te reizen. 10% is niet bereid te reizen voor een kankerbehandeling. En 4% weet het niet.

In figuur 5 is een overzicht te zien van de reisbereidheid voor de diverse soorten behandelingen.



Figuur 5 Reisbereidheid

Ervaringen met (te) grote afstanden.

Beperking aan reizen en nadelen

- Aangezien ik veel beperkingen heb en chronisch ziek, is het te vermoeiend om veel en ver te reizen. Na een bepaalde operatie was ik ontzettend moe. Toch moest ik naar een ander ziekenhuis worden behandeld door een gespecialiseerde chirurg. De reis er naar toe was ontzettend vermoeiend. Zelf moest ik met de ziekentaxi worden vervoerd en het lange wachten op deze vervoersvoorziening viel niet mee.
- Bereidheid om te reizen is wel afhankelijk van zwaarte van de behandeling en tijdstip. Verder weg kost een hele (werk)dag. Daarbij iemand meenemen ter mentale ondersteuning of noodzakelijk voor de terugreis, vergt dan ook een hele vrije dag voor die persoon.
- Als de reis erg belastend is voor de zieke patiënt, dan is het wenselijk de reisafstand te beperken. We hebben ervaring met een terminale kankerpatiënte die voor chemokuren 200 km moest reizen. Dit was erg belastend vanwege misselijkheid.
- Als mijn leven verbetert/verlengd kan worden ben ik bereid om grotere afstanden af te leggen. Maar niet wekelijks, maandelijks wel. En het zou ook erg prettig zijn als de vervoerskosten vergoed worden.
- Mijn zus en zwager zijn beide voor een herniaoperatie vanuit het noorden naar Duitsland en Rotterdam gegaan voor een snellere behandeling. Bij problemen moest een arts in de buurt het dan verder oplossen. En dat bleek toch geen wenselijke situatie voor die arts.
- Bestraling vreet aan je. Na een week gaat het nog, na twee weken ben je toch wel moe, na drie weken gaat je huid ook echt zeer doen en je bent zo moe en ga zo maar door. De zevende week was een ramp. Ik sleepte me erheen. Vervoer via ziektekostenverzekering kon wel worden aangevraagd, dan moest je soms drie kwartier wachten, soms een uur voor je weer naar huis kon. Hebben we dus maar niet meer gedaan want dat hield ik niet vol. Je moet daar niet te ver voor moeten reizen, voor de bestralingen.

Afstand maakt niet uit en heeft soms voordelen.

- Afstanden zijn, zeker in ons land, niet belangrijk. Goede zorg daarentegen wel. Ik zou er grote afstanden voor willen reizen, maar zou wel binnen NL willen blijven, ivm bereikbaarheid voor naasten.
- Afhankelijk van eigen mobiliteit of van de mobiliteit van de mantelverzorger(s) wil je voor ernstige aandoeningen en extra kwaliteit wel "omrijden".
- Ben zelf naar België geweest voor een consult, dit werd niet goedgekeurd door mijn verzekering. De operatie was goedkoper, kon sneller plaats vinden waardoor ik minder lang in de ziektewet had hoeven lopen. Uiteindelijk ben ik hierdoor bijna een jaar arbeidsongeschikt geweest. Het had binnen een paar weken gebeurd kunnen zijn.

4 Conclusies en aanbevelingen

Er zijn veel manieren om geld te besparen in de gezondheidszorg. Natuurlijk moet dit wel gebeuren op een manier dat patiënten nog steeds goede kwaliteit van zorg krijgen. Ook patiënten zien veel gebeuren in de zorg zonder dat dit nodig is. Bijvoorbeeld doordat niet goed wordt afgestemd tussen zorgverleners, niet goed wordt bedacht hoe lang een medicijn daadwerkelijk nodig is of doordat de logistiek in de zorg niet aansluit bij wat de patiënt nodig heeft.

4.1 Mening over premie en ideeën over bezuinigingen

Deelnemers die nooit zorg gebruiken zijn vaker ontevreden over de premie van de zorgverzekering. Zij hebben waarschijnlijk het idee veel geld te betalen zonder er iets voor terug te krijgen. Bij het verplicht eigen risico zijn het juist de mensen die veel gebruik maken van zorg die ontevreden zijn. Zij zijn waarschijnlijk ook de mensen die meestal het maximale bedrag van hun verplicht eigen risico zullen betalen.

Veel mensen is het in de media opgevallen dat er forse bezuinigingen zijn op het PGB en de GGZ. Ook het stoppen van vergoedingen voor stoppen met roken wordt regelmatig genoemd.

- Om te besparen in de zorg wordt het voorkomen van overbehandeling (dubbel onderzoek, onnodige medicijnen, te lang in het ziekenhuis) als belangrijkste optie genoemd. Dit is iets waar veel deelnemers mee te maken hebben gehad en waar patiënten zicht op hebben.
- Ook het in de hand houden van lonen en prijzen in de zorg wordt veelvuldig gekozen als oplossing om te besparen. Belangrijk aandachtspunt voor instellingen en zorgverzekeraars.

4.2 Ervaringen met onnodig (dure) zorg

Behoorlijke groepen deelnemers hebben vaak en soms te maken met ongebruikte medicijnen (47%), dubbele handelingen (38%) en onnodig terugkomen (37%).

- Veel deelnemers hebben te maken gehad met ongebruikte medicijnen. Een belangrijk aandachtspunt voor apothekers en voorschrijvers. Nog te vaak worden te grote hoeveelheden medicijnen meegegeven. Zonder dat bekend is of het medicijn het juiste is en of er wel zoveel van nodig is.
- Dubbele handelingen komen nog te veel voor. Dit is juist iets waar patiënten goed zicht op hebben. Het is belangrijk dat hierin beter naar patiënten wordt geluisterd. En dat patiënten zelf een verantwoordelijkheid nemen om artsen te wijzen op het herhalen van een onderzoek dat mogelijk niet nodig is.
- Ook onnodig terugkomen wordt door 37% van de deelnemers genoemd. Zonde van het geld, maar vaak ook een behoorlijke belasting voor patiënten.

Het is belangrijk dat zowel zorgverleners als patiënten zich bewust zijn van deze onnodige zorg.

- Zorgaanbieders zullen beleid moeten aanpassen en de organisatie zo inrichten dat onnodige zorg wordt voorkomen.
- Zorgverzekeraars zullen beter moeten controleren op onnodige zorg.
- Patiënten zullen zorgverleners aan moeten spreken op onnodige zorg.

4.3 Hulpmiddelen

Een op de 5 deelnemers die een hulpmiddel gebruikt, geeft aan dat er wel eens een hulpmiddel is verstrekt dat niet nodig was, niet goed werkte of niet goed was aangepast. Dat is een behoorlijk hoog percentage. Hulpmiddelen kosten veel geld. En een hulpmiddel dat een patiënt niet kan gebruiken is zonde van het geld. Ook voor patiënten kan dit behoorlijk wat frustratie opleveren.

Het is belangrijk dat gemeenten en zorgverzekeraars goede contracten sluiten en goed in de gaten houden of de leveranciers van hulpmiddelen hun werk goed doen. Luisteren naar de gebruikers is hierbij van groot belang.

- Bij het verstrekken van hulpmiddelen moet goed worden geluisterd naar de gebruiker. De

leverancier of opdrachtgever moet controleren of een hulpmiddel daadwerkelijk geschikt is en aangepast aan de wensen en eisen van de gebruiker.

- Bekeken moet worden of hulpmiddelen kunnen worden hergebruikt. En of het daadwerkelijk wel nodig is en de wens van de gebruiker is om een nieuw hulpmiddel aan te schaffen.

4.4 Delegeren van taken

Delegeren van taken van artsen naar verpleegkundigen is een goede manier om geld te besparen in de zorg. Zowel voor zorgverleners als voor patiënten. Patiënten die hier ervaring mee hebben, zijn nog positiever over het delegeren van taken (81%) dan patiënten die hier nog geen ervaring mee hebben (58%). Het is dan ook belangrijk dat het delegeren van taken van arts naar verpleegkundige mogelijk blijft en wordt gestimuleerd door zorgverzekeraars.

- Taakdelegatie moet mogelijk blijven en worden gestimuleerd waar mogelijk.

4.5 Opname in instelling

Het te lang verblijven in een instelling kan veel extra geld kosten. En kan daarbij patiënten nogal wat frustratie opleveren. 9% van de deelnemers geeft aan ervaring te hebben met onnodig lang verblijf in een instelling (zelf of een naaste). Belangrijkste reden die hierbij wordt aangegeven is dat te laat of niet wordt geregeld dat de thuissituatie zo is aangepast dat de patiënt naar huis kan. Afspraken met thuiszorg, aanpassingen van de woning of het regelen van een rolstoel zou veel eerder moeten gebeuren. Dit kan naar de mening van patiënten een behoorlijke besparing opleveren.

Maar ook een patiënt te vroeg naar huis sturen kan veel geld kosten. Bijvoorbeeld doordat dan complicaties optreden en er alsnog een veel langere ziekenhuisopname nodig is.

- Ziekenhuizen moeten tijdig bekijken wat er nodig is voor patiënten om naar huis te kunnen als de zorg in het ziekenhuis klaar is. Transferverpleegkundigen zijn hier een goede manier voor. Die moeten dus tijdig worden ingeschakeld.
- Voorkomen van heropnames is belangrijk. Ziekenhuizen moeten zorgvuldig bekijken of een patiënt daadwerkelijk naar huis kan. Goed luisteren naar de patiënt is hierbij essentieel.

4.6 Concentratie van zorg

Voor betere kwaliteit van zorg bij een specialistische operatie en behandeling van een zeldzame aandoening zijn patiënten bereid om ver te reizen. Twee op de 3 deelnemers beschouwt heel Nederland als optie. En 1 op de 3 deelnemers is zelfs bereid naar het buitenland te reizen.

Ook voor behandeling van kanker en een knie of heupoperatie zijn deelnemers bereid om te reizen voor betere kwaliteit van zorg. 2 van de 5 deelnemers beschouwt heel Nederland als optie. Iets minder dan 1 van de 5 beschouwt het buitenland als optie.

Voor een chronische behandeling is de reisbereidheid een stuk minder groot. Op zich logisch gezien het feit dat deze zorg niet eindig is.

- Concentratie van zorg is een goede optie voor specialistische operaties en zeldzame aandoeningen.
- Voor behandelingen van kanker of een knie of heupoperatie zijn patiënten bereid te reizen. Ook hier is concentratie van zorg een goede optie. Belangrijk is hierbij wel dat nazorg mogelijk is dicht bij huis.
- Voor chronische zorg is het belangrijk dat er veel mogelijkheden zijn door het hele land om deze zorg te krijgen. Concentratie van zorg moet hier slechts beperkt worden toegepast.