

Zorg- en leefsituatie van mensen met kanker 2013

Deelrapportage II: Ervaringen met huisartsenzorg

Petra Hopman (NIVEL)

Mirian Brink (IKNL)

Mieke Rijken (NIVEL)

Het onderzoeksprogramma Panel Leven met Kanker is een initiatief van het NIVEL en KWF Kankerbestrijding en wordt uitgevoerd door het NIVEL in samenwerking met het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), met subsidie van KWF Kankerbestrijding.

ISBN 978-94-6122-214-5

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2013 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Inhoud

Voorwoord	5
Beleidssamenvatting	7
1 Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Doel en onderzoeksvragen	12
1.3 Beschrijving van de onderzoeksgroep	14
1.4 Wijze van presentatie	15
1.5 Leeswijzer	16
2 De rol van de huisarts bij ervaren problemen	17
2.1 Gebruik van huisartsenzorg	17
2.2 Behoefte aan huisartsenzorg	19
2.3 Belangrijkste bevindingen	20
3 Ervaren kwaliteit van huisartsenzorg	21
3.1 Algemene kwaliteitsaspecten	21
3.2 Deelaspecten: meest gerapporteerde positieve ervaringen	23
3.3 Deelaspecten: meest gerapporteerde negatieve ervaringen	23
3.4 Afstemming tussen de huisarts en de medisch specialist	24
3.5 Belangrijkste bevindingen	26
Referenties	27
Bijlagen:	
Bijlage I: Kenmerken van de onderzoeksgroep	29
Bijlage II: Huisartsenzorg per thema: gebruik en behoefte	31
Bijlage III: Aantal contacten met de huisarts (afgelopen jaar) door subgroepen van mensen met kanker	33
Bijlage IV: Kwaliteit van zorg zoals ervaren door subgroepen van mensen met Kanker	35
Bijlage V: Ervaren afstemming huisarts-medisch specialist door subgroepen van mensen met kanker	37

Voorwoord

Voor u ligt de tweede jaarrapportage van het onderzoeksprogramma Panel Leven met Kanker. Dit onderzoeksprogramma is een gezamenlijk initiatief van het NIVEL en KWF Kankerbestrijding. Het wordt uitgevoerd door het NIVEL in samenwerking met het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), met inhoudelijke en financiële ondersteuning van KWF Kankerbestrijding en bijgestaan door een adviesraad bestaande uit vertegenwoordigers van kankerpatiënten, zorgverleners en wetenschappers.

Deze tweede jaarrapportage is gebaseerd op enquêtes die in 2012/2013 zijn gehouden onder de eerste groep mensen met kanker die deelnamen aan het panel, en beschrijft de *ervaren problemen en ondersteuningsbehoeften* van mensen met kanker (deelrapportage I), alsmede hun *ervaringen met de huisartsenzorg* (deelrapportage II, dit rapport). In de eerste jaarrapportage (2012) beschreven we reeds de *ervaringen met de oncologische ziekenhuiszorg, kwaliteit van leven en werk- en inkomenspositie* van mensen met kanker. De rapportages fungeren als vertrekpunt voor het volgen van de ontwikkelingen in de ervaren zorg- en leefsituatie van mensen met kanker in Nederland de komende jaren. Hierdoor kan worden vastgesteld of uitvoering van het ontwikkelde beleid daadwerkelijk leidt tot een voor patiënten merkbare verbetering van de zorg, hun kwaliteit van leven en/of maatschappelijke situatie.

De onderzoekers willen alle mensen bedanken die bereid waren om deel te nemen aan het panel en de vragenlijsten in te vullen. Tevens bedanken wij de leden van de adviesraad voor hun inzet en bijdrage aan het Panel Leven met Kanker. De adviesraad bestond het afgelopen jaar uit:

- mw. prof. dr. D. M. J. Delnoij (College voor Zorgverzekeringen; Universiteit van Tilburg)
- mw. ir. P. Folmer (KWF Kankerbestrijding)
- mw. dr. M. Los (St. Antonius Ziekenhuis)
- mw. L. M. Maes (Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties)
- mw. dr. W. H. Oldenmenger (Erasmus Medisch Centrum)
- dhr. prof. dr. F. G. Schellevis (NIVEL; VU Medisch Centrum, Vrije Universiteit Amsterdam)
- mw. dr. E. M. A. Smets (Academisch Medisch Centrum Amsterdam)
- mw. prof. dr. I. M. Verdonck-de Leeuw (VU Medisch Centrum, Vrije Universiteit Amsterdam)

Ten slotte bedanken wij iedereen die binnen het NIVEL, IKNL en de deelnemende ziekenhuizen heeft bijgedragen aan de uitvoering van het onderzoek en de totstandkoming van dit rapport.

Utrecht, september 2013

Beleidssamenvatting

Het aantal mensen dat kanker heeft, of heeft gehad, en dat kampt met de langetermijngevolgen van de ziekte en behandeling neemt toe (Signaleringscommissie Kanker, 2004). Mede met het oog op de stijgende zorgvraag zal de nazorg bij kanker, daar waar mogelijk, steeds meer verlegd worden naar de eerste lijn. Zo pleitte de Gezondheidsraad in 2007 voor een nauwere betrokkenheid van huisartsen bij de oncologische nazorg (follow-up) en in de chronische fase van de ziekte, met name ten aanzien van het signaleren van langetermijngevolgen en psychosociale problemen gerelateerd aan de diagnose en behandeling van kanker (Gezondheidsraad, 2007). Met het signaleringsrapport 'Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn' (2011) sluit KWF Kankerbestrijding zich hierbij aan.

In dit rapport beschrijven we de ervaringen die (subgroepen van) mensen met kanker hebben met verschillende aspecten van de huisartsenzorg. Meer specifiek brengen we in kaart wat het *gebruik* van huisartsenzorg van mensen met kanker is, en wat hun (*onvervulde*) *behoefte* aan huisartsenzorg is. Ook beschrijven we hoe mensen met kanker de geleverde huisartsenzorg beoordelen op een aantal belangrijke kwaliteitsaspecten, en hoe zij aankijken tegen de afstemming tussen de zorg verleend door hun huisarts en de zorg verleend door hun behandelend medisch specialist.

De gegevens zijn verzameld bij deelnemers aan het Panel Leven met Kanker. Dit panel is een landelijke steekproef van mensen met kanker van 18 jaar en ouder uit de Nederlandse Kankerregistratie. Het betreft zowel mensen die recent met kanker gediagnosticeerd zijn als mensen bij wie de diagnose jaren geleden werd gesteld.

De rol van de huisarts bij ervaren problemen

Het afgelopen jaar hebben zeven op de tien mensen met kanker naar eigen zeggen contact gehad met de huisarts. Het gemiddeld aantal contacten per jaar van mensen met kanker bedraagt 2,3. Deze contacten hielden niet noodzakelijkerwijs verband met de kwaadaardige aandoening. De *proportie* kankerpatiënten die jaarlijks contact heeft met de huisarts is vergelijkbaar met de proportie huisartscontacten binnen de algemene Nederlandse bevolking. Het gemiddelde *aantal contacten* op jaarbasis met de huisarts is echter lager bij mensen met kanker. Deze bevinding kan (deels) te maken hebben met het feit dat kankerpatiënten die reeds bij diagnose een slechte prognose hadden niet in het panel vertegenwoordigd zijn. Mogelijk kan de bevinding ook verklaard worden doordat veel kankerpatiënten ook contact hebben met andere zorgverleners (zoals medisch specialisten of verpleegkundigen), waardoor zij (als totale groep) minder vaak een beroep op de huisarts hoeven doen.

Driekwart van de mensen met kanker die aangaven lichamelijke problemen te hebben, sprak hierover met de huisarts. Vooral bij benauwdheid (63%), pijn (60%), duizeligheid (57%) en een droge/jeukerige huid (55%) werd de huisarts geraadpleegd. Emotionele en sociale problemen bereikten de spreekkamer aanzienlijk minder vaak: ongeveer één op de drie emotionele of sociale problemen werd met de huisarts besproken.

Van de mensen met lichamelijke problemen had ongeveer één op de tien (12%) hierover (meer) met de huisarts willen spreken. Meer specifiek had men (meer) aandacht gewild voor duizeligheid, pijn en slaapproblemen. Ervaren emotionele problemen kwamen eveneens volgens een tiende (10%) van de mensen onvoldoende aan bod. Meer specifiek had men (meer) willen praten over (een gebrek aan) greep op de emoties, neerslachtigheid/somberheid en angsten.

Het gemiddeld aantal huisartscontacten van mensen met kanker hangt samen met de *behandelstatus* van mensen met kanker: mensen die nog behandeld worden vanwege kanker hebben vaker contact met de huisarts dan mensen die niet meer behandeld worden¹. Ook hangt het aantal huisartscontacten samen met de aan- of afwezigheid van andere *chronische aandoeningen* dan kanker: mensen die naast kanker kampen met één of meer andere chronische aandoeningen hebben vaker contact met de huisarts dan mensen met kanker zonder comorbiditeit.

Ervaren kwaliteit van de huisartsenzorg

Omdat de huisarts een steeds belangrijkere rol gaat spelen bij de (na)zorg bij kanker, is het van belang dat de door hem/haar geleverde zorg aan kankerpatiënten van goede kwaliteit is. Dit hebben we onderzocht door aan mensen met kanker *zelf* te vragen hoe zij aankijken tegen (verschillende aspecten van) de zorg van hun huisarts. Mensen met kanker zijn over het algemeen tevreden over hun huisarts. Dit blijkt onder meer uit het gemiddelde waarderingscijfer, dat met een 8,0 (op een schaal van 0-10) vergelijkbaar is met de 7,7 van andere huisartspatiënten. Mensen met kanker waarderen over het algemeen de *bejegening* door en *communicatie* met de huisarts als positief. Met de *toegankelijkheid* van de huisarts en de door hem/haar geleverde *zorg op maat*² hebben kankerpatiënten doorgaans iets minder goede ervaringen. Opvallend is dat een kwart van de mensen met kanker naar eigen zeggen onvoldoende aandacht van de huisarts heeft gekregen voor emotionele problemen.

Verschillen in de ervaren kwaliteit van huisartsenzorg bestaan er op een aantal aspecten tussen patiënten met verschillende achtergrondkenmerken. Zo wordt de door de huisarts geleverde zorg op maat anders ervaren door *jongere* en *oudere* patiënten, en door *hogere* en *lager opgeleide* patiënten. Dit komt deels overeen met bevindingen uit andere onderzoeken, die laten zien dat jongere en hoger opgeleide mensen gemiddeld genomen wat kritischer zijn over de kwaliteit van zorg. Daarnaast zijn enkele verschillen in de ervaren kwaliteit van de huisartsenzorg gevonden tussen patiënten met en zonder comorbiditeit,

¹ Zoals eerder vermeld, is het aantal contacten met de huisarts van de totale groep mensen met kanker lager dan onder de algemene bevolking, en heeft dit mogelijk te maken met het feit dat mensen met kanker ook andere zorgverleners (in het ziekenhuis) bezoeken. Kijken we echter binnen de groep mensen met kanker, dan is het aantal contacten met de huisarts wel groter onder mensen die nog vanwege kanker behandeld worden. Dit is binnen de totale populatie mensen met kanker echter een kleine groep; de meeste mensen met kanker worden niet meer behandeld terwijl zij nog wel voor controles in het ziekenhuis komen.

² Het begrip 'zorg op maat' refereert onder meer aan de patiënt in zijn/haar context, de emotionele achtergrond van problemen, de mogelijkheid om met de huisarts mee te denken en de hulp die de huisarts biedt bij de gang door de zorg.

waarbij kankerpatiënten met één of meer andere chronische aandoeningen over het algemeen minder positief zijn.

Met de beoogde substitutie van (na)zorg bij kanker van de tweede naar de eerste lijn, is het niet alleen van belang dat huisartsen de vereiste kennis en vaardigheden bezitten (en dat patiënten hier voldoende op vertrouwen), maar ook dat zij goede afspraken maken met behandelend medisch specialist(en). Zo stelt KWF Kankerbestrijding in haar signaleringsrapport 'Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn' (2011) dat *'medisch specialisten en huisartsen elkaar meer moeten betrekken bij de zorg voor patiënten'*. In dit onderzoek zijn we tevens nagegaan hoe mensen met kanker zelf aankijken tegen de coördinatie van zorg tussen de huisarts en de behandelaar in het ziekenhuis. Met een gemiddelde score van 3,6 op een schaal van 1 (negatieve ervaring) tot 5 (positieve ervaring) hebben kankerpatiënten geen bijzonder goede ervaringen met deze afstemming. De ervaren kwaliteit van de afstemming tussen huisarts en specialist hangt wel samen met persoons-, maar niet met ziektekenmerken van mensen met kanker.

Conclusie

Mensen met kanker zijn over het geheel genomen even positief over de kwaliteit van de huisartsenzorg als andere huisartsbezoekers in Nederland. Een aandachtspunt is wel de afstemming van de huisartsenzorg met de zorgverlening door de behandelend specialist. Omdat huisartsen in de oncologische ketenzorg een grote rol wordt toegedicht, met name in het nazorgtraject en de chronische fase, zijn korte lijnen met oncologische zorgverleners in het ziekenhuis van groot belang. Gezien het groeiende aantal kankerpatiënten dat zijn oncologische (na)zorg deels in de eerste lijn zal krijgen, heeft een optimale afstemming met de tweedelijnszorg hoge prioriteit.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Mensen die gediagnosticeerd worden met kanker hebben niet alleen met de ziekte zelf en de behandeling ervan te maken, maar ook met veranderingen en uitdagingen die de ziekte met zich meebrengt op andere levensdomeinen. In het eerste deel van de onderhavige jaarrapportage (Hofstede et al., 2013) beschreven wij de ervaren problemen en ondersteuningsbehoeften van mensen met kanker. In deze, tweede deelrapportage staat de ervaren kwaliteit van zorg centraal. Waar we vorig jaar beschreven wat de ervaringen zijn van kankerpatiënten met de oncologische ziekenhuiszorg (Hopman et al., 2012), besteden we dit jaar aandacht aan hun ervaringen met de huisartsenzorg.

Het aantal mensen dat kanker heeft, of heeft gehad, en dat kampt met de langetermijngevolgen van de ziekte en behandeling neemt toe (Signaleringscommissie Kanker, 2004). Mede met het oog op de stijgende zorgvraag zal de nazorg bij kanker, daar waar mogelijk, steeds meer verlegd worden naar de huisarts. Zo pleitte de Gezondheidsraad in 2007 voor een nauwere betrokkenheid van huisartsen bij de oncologische nazorg (follow-up) en in de chronische fase van de ziekte, met name ten aanzien van het signaleren van langetermijngevolgen en psychosociale problemen gerelateerd aan de diagnose en behandeling van kanker (Gezondheidsraad, 2007). Met het signaleringsrapport 'Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn' (2011) sluit KWF Kankerbestrijding zich hierbij aan. Door het toenemend aantal patiënten met kanker heeft de huisarts dus steeds meer te maken met deze patiënten en hun gezondheidsproblemen - ook lange tijd na de diagnose (Heins et al., 2012; Mols et al., 2007).

Registraties van huisartscontacten wijzen uit dat (voormalig) kankerpatiënten vaker naar de huisarts gaan voor alledaagse klachten zoals rugpijn, buikpijn of infecties dan de algemene bevolking. Het aantal contacten met de huisarts vanwege chronische ziekten of psychosociale problemen is, uitgaande van deze registraties, ook licht hoger onder kankerpatiënten (tot vijf jaar na diagnose). Mogelijk is dit grotere zorggebruik in de meest recente jaren na diagnose te wijten aan de behandeling voor kanker, bezorgdheid of beiden, zo stellen Heins en collega's (2013). Aangezien de patiënt leidend is in het gebruik van huisartsenzorg (hij/zij bepaalt grotendeels of de gang naar de praktijk gemaakt wordt), is het van belang om het gebruik van huisartsenzorg eveneens in kaart te brengen vanuit het perspectief van mensen met kanker *zelf*. Ook de vraag, of de *ontvangen* huisartsenzorg overeenkomt met de *behoefte* van mensen met kanker aan deze zorg, valt het beste te beantwoorden door de patiënt zelf. Met andere woorden: hebben mensen met kanker de behoefte om (meer) met de huisarts over bepaalde gezondheidsproblemen te spreken, of niet?

Kwalitatief hoogstaande zorg is *patiëntgericht*. Omdat patiënten met een ander perspectief naar de zorg kijken dan zorgverleners, kunnen hun ervaringen goed benut worden om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Aangezien de huisarts een steeds belangrijker rol

gaat spelen bij de (na)zorg voor mensen met kanker, is het van belang om te weten hoe mensen met kanker aankijken tegen (verschillende aspecten van) de zorg die zij van hun huisarts ontvangen. Voor het meten van kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van patiënten is in 2006 de Consumer Quality Index (ook wel 'CQ-Index' of 'CQI') in Nederland geïntroduceerd. De CQ-Index is een wetenschappelijk gefundeerde, gestandaardiseerde systematiek om de ervaringen van patiënten met de aan hen verleende zorg te meten. Door periodiek in kaart te brengen hoe patiënten aankijken tegen de zorg van verschillende zorgverleners, vormt de informatie uit de CQ-Index een belangrijke aanvulling op medisch-technische en zorginhoudelijke indicatoren (Hopman et al., 2011). In dit rapport gebruiken we daarom de CQ-systematiek om in kaart te krijgen wat de kwaliteit van de huisartsenzorg is vanuit het perspectief van kankerpatiënten. Door de meting de komende jaren te herhalen kunnen we nagaan hoe de ervaringen met de huisartsenzorg van mensen met kanker zich ontwikkelen.

Met de beoogde substitutie van (na)zorg bij kanker van de tweede naar de eerste lijn, is het niet alleen van belang dat huisartsen de vereiste kennis en vaardigheden bezitten (en dat patiënten hier voldoende op vertrouwen), maar ook dat zij goede afspraken maken met de behandelend medisch specialist(en). Zo stelt KWF Kankerbestrijding in haar signaleringsrapport 'Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn' (2011) dat *'medisch specialisten en huisartsen elkaar meer moeten betrekken bij de zorg voor patiënten'*. Vanwege het toenemende belang van een goede afstemming tussen de oncologische ziekenhuiszorg en de huisartsenzorg, wordt in dit rapport specifiek aandacht aan dit thema besteed.

1.2 Doel en onderzoeksvragen

Het doel van het onderhavige rapport is om een overzicht te schetsen van de ervaringen die kankerpatiënten hebben met (aspecten van) de huisartsenzorg. Het is bedoeld als vertrekpunt ('nulmeting') voor het monitoren van de kwaliteit van de huisartsenzorg zoals ervaren door mensen met kanker over de komende jaren. Hiertoe zullen periodiek gegevens over dit onderwerp worden verzameld bij de deelnemers aan het Panel Leven met Kanker.

Deze rapportage beoogt antwoord te geven op de volgende vragen:

1. In welke mate maken (subgroepen van) mensen met kanker naar eigen zeggen gebruik van huisartsenzorg, en voor welke problemen?
2. In welke mate hebben (subgroepen van) mensen met kanker (onvervulde) behoefte aan huisartsenzorg, en voor welke problemen?
3. Hoe beoordelen (subgroepen van) mensen met kanker (aspecten van) de kwaliteit van de geleverde huisartsenzorg?
4. Hoe beoordelen (subgroepen van) mensen met kanker de afstemming tussen de zorg verleend door hun huisarts en de zorg verleend door hun behandelend medisch specialist?

Onderzoeksmethode Panel Leven met Kanker

Het onderzoek in dit rapport is uitgevoerd onder leden van het Panel Leven met Kanker. Het panel vormt een representatieve afspiegeling van de populatie (ex-)kankerpatiënten in Nederland die bij diagnose een relatief gunstige overlevingskans hadden. De Nederlandse Kankerregistratie (NKR) fungeert als steekproefkader, met inachtneming van de volgende in- en exclusiecriteria:

Inclusie criterium:

- ✓ Bij patiënt is de diagnose kanker gesteld door een arts.

Exclusiecriteria:

- ✓ Patiënt is op het moment van de diagnose jonger dan 18 jaar.
- ✓ Patiënt is overleden.
- ✓ Patiënt is gediagnosticeerd met een tumorsoort waarvan de vijfjaarsoverlevingskans 20% of minder is: alveeslierkanker, slokdarmkanker, maagkanker, tumoren in de galwegen, galblaaskanker, leverkanker, tumoren in de onderste luchtwegen (luchtpijp, long, mesothelioom), tumoren in het centraal zenuwstelsel (hersenvliezen, hersenen) en tumoren waarvan de primaire lokalisatie onbekend is.
- ✓ Bij de patiënt zijn reeds bij diagnose metastasen op afstand gevonden.
- ✓ Patiënt heeft bij selectie een ziekte duur (tijd na diagnose) van meer dan 15 jaar.

Geselecteerde patiënten worden (via hun medisch specialist) benaderd voor deelname aan het panel. Panelleden nemen maximaal vier jaar deel aan het panel, en ontvangen tweemaal per jaar (in mei en in november) een online of schriftelijke enquête. Op deze wijze komt elk jaar informatie beschikbaar over de kernindicatoren rondom de thema's 'kwaliteit van leven/ervaren gezondheid', 'maatschappelijke positie', 'ervaren kwaliteit van zorg', 'zorggebruik en zorgbehoefte'. Aanvullende persoons- en ziektegerelateerde kenmerken worden verkregen middels zelfrapportage en -met toestemming van de patiënt- de NKR, die informatie uit ziekenhuisregistraties bevat.

In het voorjaar en najaar van 2012 werd aan 419 resp. 479 deelnemers van het Panel Leven met Kanker een enquête gestuurd. Deze is door 350 resp. 381 respondenten ingevuld (respons van 84% resp. 80%). De enquêtes bevatten (onder andere) vragen over de behoefte aan psychosociale ondersteuning en ervaringen met de huisartsenzorg. De verkregen gegevens vormden de basis van de onderhavige rapportage 'Zorg- en leefsituatie van mensen met kanker 2013'. Meer informatie over de opzet en samenstelling van het panel, en over de dataverzameling en -verwerking is te vinden in het document 'Zorg- en leefsituatie van mensen met kanker 2013: Achtergrond en methodische verantwoording' (Hopman, Brink & Rijken, 2013). Deze is te downloaden van www.nivel.nl.

In het onderzoek wordt zorggedragen voor een grote mate van vertrouwelijkheid en zorgvuldigheid. Er wordt gehandeld volgens de Gedragscode gezondheidsonderzoek ('Code Goed Gedrag') van de Federatie van Medisch Wetenschappelijke Verenigingen. Het panelonderzoek wordt uitgevoerd binnen de voorwaarden van de Wet Bescherming Persoonsgegevens en de database Panel Leven met Kanker is aangemeld als persoonsregistratie bij het College Bescherming Persoonsgegevens. Er is tevens een privacyreglement ingesteld.

1.3 Beschrijving van de onderzoeksgroep

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen is in de periode november 2012 - januari 2013 een enquête gehouden onder deelnemers aan het Panel Leven met Kanker (zie Box 1.1 voor de onderzoeksmethode en responspercentages). Omdat het een meerjarig panel-onderzoek betreft, worden mensen met kanker met een vijfjaarsoverlevingskans bij diagnose van minder dan 20% (bijvoorbeeld longkanker, alvleesklierkanker) uitgesloten, evenals mensen bij wie reeds bij diagnose metastasen op afstand zijn gevonden. In Tabel 1.1 staat de samenstelling van de beoogde populatie mensen met kanker, die bij deze rapportage als uitgangspunt heeft gediend. Het betreft dus de totale populatie van mensen die op volwassen leeftijd met een bepaalde vorm van kanker zijn gediagnosticeerd, waarvan uitgezonderd mensen die reeds bij diagnose een geringe overlevingskans hadden. Deze populatie omvatte begin 2013 416.015 personen (Bron: NKR, peildatum 14 januari 2013). In tabel 1.1 hebben we de respondentengroep waarop deze deelrapportage is gebaseerd (N=397) hier tegen af gezet.

Tabel 1.1: Kenmerken van de populatie en de respondentengroep

	Populatie* (N=416.015) %	Respondentengroep (N=397) %
Leeftijd		
- 18-49 jaar	22	9
- 50-64 jaar	38	35
- 65-74 jaar	26	36
- 75 jaar en ouder	14	20
Geslacht		
- Vrouw	57	52
- Man	43	48
Tumorsoort (hoofdcategorie)		
- Borstkanker	30	28
- Mannelijke geslachtsorganen	19	19
- Spijsverteringsorganen	15	20
- Huid	8	12
- Anders	28	20
- Onbekend	0	1
Ziekte duur		
- < 2 jaar na diagnose	11	5
- 2-5 jaar na diagnose	29	58
- 5-10 jaar na diagnose	35	27
- 10-19 jaar na diagnose**	25	10

* Bron: NKR, peildatum 14 januari 2013.

** De maximale ziekte duur bij steekproeftrekking bedraagt 15 jaar, en panelleden nemen maximaal vier jaar deel aan het Panel Leven met Kanker.

Tabel 1.1 laat zien dat ruim 20% van de mensen met kanker die in deze rapportage centraal staan jonger is dan 50 jaar; 40% is 65 jaar of ouder. De populatie bevat iets meer vrouwen dan mannen. Wat het type kanker betreft, laat de tabel zien dat borstkanker het meest voorkomende type is binnen de populatie (30%), gevolgd door kanker van de mannelijke geslachtsorganen (19%), waarbij het voornamelijk gaat om prostaatkanker. Veertig procent van de populatie bevindt zich binnen de eerste vijf jaar na diagnose; bijna een kwart is meer dan tien jaar geleden gediagnosticeerd.

Tabel 1.1 geeft ook de verdeling van de respondenten op de enquête weer. Hieruit blijkt dat de respondentengroep qua samenstelling op een aantal punten afwijkt van de beoogde populatie. Om hiervoor te corrigeren is een weegfactor geconstrueerd (gebaseerd op alle vier genoemde kenmerken) en bij de data-analyse toegepast. Dit houdt in dat de antwoorden op de enquêtevragen van subgroepen die in de respondentengroep zijn ondervertegenwoordigd wat zwaarder meetellen bij de berekeningen en de antwoorden van subgroepen die oververtegenwoordigd zijn wat minder zwaar meetellen. De in dit rapport gepresenteerde waarden (zoals gemiddelde scores, percentages en spreidingsmaten) voor de *totale groep* mensen met kanker betreffen gewogen waarden. Zie voor meer informatie het document *Achtergrond en methodische verantwoording Panel Leven met Kanker 2013* (Hopman et al., 2013).

Sociaal-demografische en ziektekenmerken

Door toepassing van de weegfactor is de leeftijds- en geslachtverdeling alsmede de verdeling naar tumorsoort en ziekteduur van de onderzoeksgroep gelijk aan die van de beoogde populatie. Bijlage I bevat de samenstelling van de onderzoeksgroep op (andere) sociaal-demografische en ziektekenmerken. Deze samenstelling is gebaseerd op de kenmerken van de gewogen respondentengroep ($N=397$).

1.4 Wijze van presentatie

Omdat het Panel Leven met Kanker zich in de opbouwfase bevindt is het aantal deelnemers nog beperkt, hetgeen restricties stelt aan de mate waarin analyse naar subgroepen mogelijk is. Daar waar mogelijk wordt in deze rapportage onderzocht in hoeverre uitkomsten onder *specifieke subgroepen* van mensen met kanker van elkaar verschillen. Het betreft hier subgroepen naar sociaal-demografische kenmerken en ziektegerelateerde kenmerken. Voor de gehanteerde indeling van de subgroepen: zie Bijlage I. Indien een subgroep bij een bepaalde berekening minder dan 20 cases bevat, wordt de gemiddelde score of het percentage voor de betreffende subgroep niet gepresenteerd.

Wanneer in deze rapportage gesproken wordt van een significant verschil tussen subgroepen, dan is daarbij, tenzij anders vermeld, een alpha van .05 gehanteerd. Dat wil zeggen dat een gevonden verschil tussen subgroepen uit de steekproef met een zekerheid van 95% niet op toeval berust en derhalve ook in de beoogde populatie aanwezig zal zijn. Een significant verschil tussen bijvoorbeeld mensen met borstkanker en mensen met prostaatkanker betekent overigens nog niet dat het type kanker ook verantwoordelijk is voor het geconstateerde verschil. De groep mensen met borstkanker verschilt immers ook

op andere kenmerken van de groep mensen met prostaatkanker, bijvoorbeeld naar leeftijd en geslacht. Daarom hebben we alle toetsingen tussen subgroepen twee keer uitgevoerd: één keer *zonder* en één keer *met* correctie voor verschillen in achtergrondkenmerken tussen de getoetste subgroepen. Bij de gecorrigeerde toetsingen voor dit deelrapport is steeds gecorrigeerd voor verschillen tussen subgroepen in de verdelingen naar *leeftijd*, *geslacht*, *type kanker* en *ziekteduur*. Verschillen tussen groepen worden in dit rapport alleen benoemd als significant, wanneer *beide* toetsingen een significant resultaat laten zien ($p < .05$). De gepresenteerde waarden (zoals gemiddelde scores, spreidingsmaten en percentages) voor subgroepen van mensen met kanker betreffen de waarden die horen bij de ongecorrigeerde toetsing. Meer informatie over de statistische analyses is te vinden in het document *Achtergrond en methodische verantwoording Panel Leven met Kanker 2013* (Hopman et al., 2013).

1.5 Leeswijzer

In de volgende hoofdstukken beschrijven we de bevindingen rondom de onderzoeksvragen die we in paragraaf 1.2 formuleerden. In hoofdstuk 2 staan het zorggebruik en de (onvervulde) zorgbehoefte ten aanzien van de huisarts centraal. We beschrijven hoe vaak en met welke problemen mensen met kanker bij de huisarts zijn geweest, en in hoeverre zij behoefte hebben aan (meer) aandacht van de huisarts voor deze problemen. In hoofdstuk 3 besteden we aandacht aan de ervaren kwaliteit van de huisartsenzorg. We beschrijven hier hoe kankerpatiënten de kwaliteit op algemene zorgaspecten ervaren, en over welke deelaspecten zij goed en minder goed te spreken zijn. Ook besteden we aandacht aan de door mensen met kanker ervaren afstemming van zorg tussen de huisarts en de medisch specialist. Elk hoofdstuk sluiten we af met een overzicht van de voornaamste bevindingen.

De termen 'kankerpatiënten' en 'mensen met kanker' gebruiken we in dit rapport overigens voor iedereen die recent of in het verleden gediagnosticeerd is met een bepaalde vorm van kanker. De groep bevat dus zowel patiënten die nog vanwege kanker behandeld worden of voor periodieke controles een arts bezoeken, als mensen die door zichzelf of door artsen als ex-kankerpatiënt worden beschouwd. Deze laatste groep noemt men ook wel 'survivors'.

2 De rol van de huisarts bij ervaren problemen

Dit hoofdstuk beschrijft het gebruik van huisartsenzorg: hoe vaak, en met welke klachten en problemen mensen met kanker contact hebben met de huisarts (paragraaf 2.1)? Ook beschrijven we de (onvervulde) behoefte aan huisartsenzorg: welke klachten en problemen willen mensen met kanker (vaker) met de huisarts bespreken (paragraaf 2.2)? In paragraaf 2.3 zetten we de voornaamste bevindingen op een rij.

2.1 Gebruik van huisartsenzorg

Zeven op de tien (70%; 95%-BI: 65%-74%) mensen met kanker gaven in de winter van 2012/2013 aan de afgelopen twaalf maanden contact te hebben gehad met de huisarts.³ Dit contact kon de vorm hebben van een bezoek aan de praktijk, huisbezoek en/of telefonisch consult. Ter vergelijking: 71% van alle volwassen Nederlanders had in 2012 op jaarbasis eenmaal of vaker contact met de huisarts (CBS/Statline, 2013). Het gemiddeld aantal contacten per jaar gerapporteerd door mensen met kanker bedraagt 2,3 (95%-BI: 2,0-2,6). Deze contacten hielden niet noodzakelijkerwijs verband met de kwaadaardige aandoening. Ter vergelijking: de volwassen Nederlander had in 2012 per jaar gemiddeld 4,1 keer een (telefonisch) consult of visite (CBS/Statline, 2013).

De *proportie* kankerpatiënten die contact heeft met de huisarts is dus vergelijkbaar met de proportie huisartscontacten binnen de algemene Nederlandse bevolking. Wel hebben mensen met kanker gemiddeld *minder contacten* met de huisarts dan de doorsnee Nederlander⁴. Deze bevinding kan (deels) te maken hebben met het feit dat kankerpatiënten die reeds bij diagnose een slechte prognose hadden niet in het panel vertegenwoordigd zijn. Mogelijk kan de bevinding ook verklaard worden doordat veel kankerpatiënten ook contact hebben met andere zorgverleners (zoals medisch specialisten of verpleegkundigen), waardoor zij (als totale groep) minder vaak een beroep op de huisarts hoeven doen.

Besproken problemen met de huisarts

In Tabel 2.1 staat beschreven welke problemen, die mensen met kanker de afgelopen 12 maanden ervoeren, zij ook daadwerkelijk met de huisarts bespraken. Te zien valt dat driekwart van de mensen die één of meerdere lichamelijke problemen ervoeren, hierover

³ Zeven op de tien (71,9%) respondenten van het Panel Leven met Kanker gaven aan contact te hebben gehad met de huisarts (spreekuur, huisbezoek en/of telefonisch contact) in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête. De resultaten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op deze groep mensen (N=279). Uitzondering hierop is het gemiddeld aantal contacten: deze is berekend over *alle* respondenten, dus inclusief de personen die naar eigen zeggen de afgelopen 12 maanden *geen* contact met de huisarts hadden.

⁴ Hierbij tekenen we aan dat het referentiecijfer (over de algemene bevolking) is berekend op basis van het zelfgerapporteerde huisartsenbezoek *over de afgelopen twee weken* (dit cijfer werd vervolgens met 26 vermenigvuldigd), terwijl wij de panelleden vroegen naar hun aantal contacten met de huisarts *in het afgelopen jaar*. De langere 'terugvraag'-periode kan tot een onderschatting van het aantal jaarlijkse huisartscontacten hebben geleid.

met de huisarts sprak ('ja/'nee'). Emotionele en sociale problemen kwamen aanzienlijk minder vaak ter sprake: ongeveer één op de drie emotionele of sociale problemen was uiteindelijk onderwerp van gesprek.

Tabel 2.1: Zorggebruik: proportie mensen met kanker (%) dat de afgelopen 12 maanden problemen heeft ervaren, en met de huisarts heeft besproken

Soort probleem	Eén of meer problemen <i>ervaren</i> ?	Met huisarts <i>besproken</i> ?
	% (95% BI)*	% (95% BI)
Lichamelijk	82 (78-87)	75 (69-81)
Emotioneel	58 (37-48)	35 (26-43)
Sociaal	16 (12-20)	32 (16-48)

* Deze proporties vormen steeds het uitgangspunt (100%) voor de percentages en frequenties rondom *besproken* problemen in de rechter kolom.

Als we inzoomen op de specifieke *lichamelijke* problemen die in de spreekkamer aan bod kwamen, dan blijkt dat met name benauwdheid (63%), pijn (60%), duizeligheid (57%) en droge/jeukerige huid (55%) werden besproken. Ook veranderde urine-uitscheiding kwam relatief veel ter sprake (66%), maar hierbij moet worden aangetekend dat mensen dit probleem in beginsel relatief weinig ervoeren (eenmaal ervaren, werd deze klacht dus in twee op de drie gevallen besproken). Van de ervaren *emotionele* problemen werden met name (een gebrek aan) greep op de emoties (35%), spanning (26%) en neerslachtigheid/somberheid (23%) met de huisarts besproken. Een volledig overzicht van de aard en omvang van besproken problemen (per thema) is te vinden in Bijlage II (tweede kolom).

Gebruik van huisartsenzorg naar subgroepen

Het gemiddeld aantal huisartsconsulten van mensen met kanker hangt niet samen met persoonskenmerken zoals leeftijd en geslacht, maar wel met enkele ziektekenmerken van mensen met kanker (een volledig overzicht is te vinden in Bijlage III). Zo hebben mensen die nog *onder behandeling* zijn vanwege kanker ($M=4,0$) vaker contact met de huisarts dan mensen die *niet* meer onder behandeling zijn ($M=2,3$). Mensen die naast kanker *een andere chronische ziekte* hebben ($M=2,9$), hebben vaker contact met de huisarts dan mensen met kanker *zonder* comorbiditeit ($M=1,7$).

De mate waarin mensen met kanker *lichamelijke* problemen met de huisarts bespreken verschilt niet tussen subgroepen van mensen met kanker. In verband met het geringe aantal observaties⁵ is het niet mogelijk om voor subgroepen van mensen met kanker uitspraken te doen over de mate waarin zij *emotionele* en *sociale* problemen met de huisarts bespreken.

⁵ Het aantal panelleden dat een bepaald probleem zowel *ervoer* als met de huisarts *besprak* was dusdanig klein dat uitspraken op basis van verdere uitsplitsing onvoldoende betrouwbaar zouden zijn.

Toepassing van alternatieve geneeswijzen door de huisarts

Sommige huisartsen passen zelf alternatieve geneeswijzen toe, zoals homeopathie, antroposofie, acupunctuur of chiropractie. In het voorjaar van 2012⁶ is binnen het Panel Leven met Kanker gevraagd in hoeverre de huisarts de afgelopen 12 maanden alternatieve geneeswijzen bij de betreffende patiënt heeft toegepast. Vijf procent (95%-BI: 2,2-7,8) van de mensen met kanker die de huisarts het afgelopen jaar bezochten, geeft aan dat deze één (of meerdere) vorm(en) van alternatieve geneeswijze bij hen toepaste. Binnen de algemene volwassen bevolking ligt dit percentage met 16,8% aanmerkelijk hoger⁷. Zowel bij mensen met kanker als bij de algemene volwassen bevolking is homeopathie de meest toegepaste vorm van alternatieve geneeswijze door de huisarts (5% bij mensen met kanker). Fytotherapie/ kruidengeneeswijzen en chiropractie (beiden 3%), antroposofie, acupunctuur, osteopathie, natuurgeneeswijze en magnetische of paranormale geneeswijze (allen 2%) zijn andere vormen van alternatieve geneeswijzen waarvan kankerpatiënten aangeven dat de huisarts die bij hen toepaste.

2.2 Behoeftte aan huisartsenzorg

In de vorige paragraaf schetsten we hoe vaak, en met welke gezondheidsproblemen mensen met kanker hun huisarts bezochten. Zoals we in de inleiding al aangaven is het minstens zo belangrijk om te weten of deze *ontvangen* zorg voldoende gehoor geeft aan de *behoefte* aan zorg van de huisarts die mensen met kanker hebben, of dat er wellicht sprake is van een *onvervulde* zorgbehoefte. Met andere woorden: willen mensen met kanker (meer) met de huisarts over bepaalde gezondheidsproblemen spreken, of niet? Deze vraag beantwoorden wij in deze paragraaf.

Tabel 2.2: Onvervulde zorgbehoefte: proportie mensen met kanker (%) dat de afgelopen 12 maanden problemen heeft ervaren, en behoefte had om (meer) met de huisarts over ervaren problemen te spreken

Soort probleem	Eén of meer problemen <i>ervaren</i> ?	<i>Behoeftte aan (meer) gesprekken</i> ?
	% (95% BI)*	% (95% BI)
Lichamelijk	82 (78-87)	12 (8-16)
Emotioneel	58 (37-48)	10 (5-16)
Sociaal	16 (12-20)	5 (0-12)

* Deze proporties vormen steeds het uitgangspunt (100%) voor de percentages en frequenties rondom de *(onvervulde) zorgbehoefte* in de rechter kolom.

⁶ Kenmerken van deze respondentengroep zijn beschreven in de eerste deelrapportage (Hofstede et al., 2013).

⁷ Peiljaar 2011 (bron: CBS, Permanent Onderzoek Leefsituatie [POLS]; data op aanvraag ontvangen).

Behoeftte aan (meer) gesprekken met de huisarts

In Tabel 2.2 staat beschreven over welke problemen, die mensen met kanker de afgelopen 12 maanden ervoeren, zij (meer) met de huisarts hadden willen spreken. Van de mensen die één of meer lichamelijke problemen ervoeren, had ongeveer één op de tien hierover (meer) met de huisarts willen spreken. Ook problemen van emotionele aard kwamen volgens een tiende van de mensen onvoldoende in de spreekkamer aan bod. Eén op de twintig mensen met kanker ten slotte, had graag (meer) met de huisarts over sociale problemen willen spreken.

Wanneer we kijken naar de specifieke problemen waarover mensen met kanker (meer) met de huisarts hadden willen spreken, dan blijken dit van de ervaren *lichamelijke* problemen met name duizeligheid, pijn en slaapproblemen te zijn.⁸ Ook ervaren problemen rondom veranderde urine-uitscheiding werd relatief veel genoemd⁹, maar hierbij tekenen we wederom aan dat weinig mensen dit probleem ervoeren. Van de ervaren *emotionele* problemen hadden mensen met kanker (meer) met de huisarts willen spreken over (een gebrek aan) greep op de emoties, neerslachtigheid/somberheid en angsten.¹⁰ De (onvervulde) ondersteuningsbehoefte van mensen met kanker ten aanzien van *sociale* problemen is lastig in te schatten, aangezien de meeste van deze problemen sowieso weinig werden ervaren. Een volledig overzicht van de aard en omvang van besproken problemen (per thema) is te vinden in Bijlage II (derde kolom).

2.3 Belangrijkste bevindingen

Ter afsluiting van dit hoofdstuk zetten we de belangrijkste bevindingen op een rij:

- In vergelijking met de algemene Nederlandse bevolking heeft ongeveer *een even groot deel* van de mensen met kanker jaarlijks contact met de huisarts. Wel rapporteren mensen met kanker op jaarbasis gemiddeld *minder contacten* met de huisarts dan de doorsnee Nederlander. Mogelijk hangt dit samen met het feit dat veel mensen met kanker ook nog contact hebben met zorgverleners in de tweede lijn. Methodologische factoren (zogenaamde ‘recall bias’ en selectie van de onderzoeksgroep) kunnen echter ook (gedeeltelijk) verantwoordelijk zijn voor het geconstateerde verschil.
- Mensen die (nog) *onder behandeling* zijn vanwege kanker en mensen die naast kanker kampen met één of meer andere *chronische aandoeningen* hebben relatief vaak contact met de huisarts.
- Mensen met kanker bespreken met de huisarts vooral hun *lichamelijke* problemen en in mindere mate hun problemen van *emotionele* en *sociale* aard.
- Eén op de tien mensen met kanker zou met de huisarts (meer) over hun lichamelijke en/of emotionele problemen willen spreken.

⁸ Van de mensen die deze problemen ervoeren, had resp. 12%, 12% en 11% hierover (meer) met de huisarts willen spreken.

⁹ Van de mensen die dit problemen ervoeren, had 10% hierover (meer) met de huisarts willen spreken.

¹⁰ Van de mensen die deze problemen ervoeren, had resp. 12%, 10% en 9% hierover (meer) met de huisarts willen spreken.

3 Ervaren kwaliteit van huisartsenzorg

Dit hoofdstuk beschrijft hoe mensen met kanker de kwaliteit van de huisartsenzorg ervaren. In paragraaf 3.1 beschrijven we de ervaren kwaliteit van *algemene* zorgaspecten, zoals bejegening, communicatie, toegankelijkheid en 'zorg op maat'. Vervolgens zoomen we in op deze algemene aspecten, en beschrijven we de deelaspecten waarover mensen met kanker het meest positief zijn (paragraaf 3.2) en de deelaspecten waarover zij het meest negatief zijn (paragraaf 3.3). In paragraaf 3.4 beschrijven we hoe mensen met kanker de afstemming tussen de huisarts en de behandelend medisch specialist ervaren. We sluiten het hoofdstuk weer af met een kort overzicht van de belangrijkste bevindingen (paragraaf 3.5).

3.1 Algemene kwaliteitsaspecten

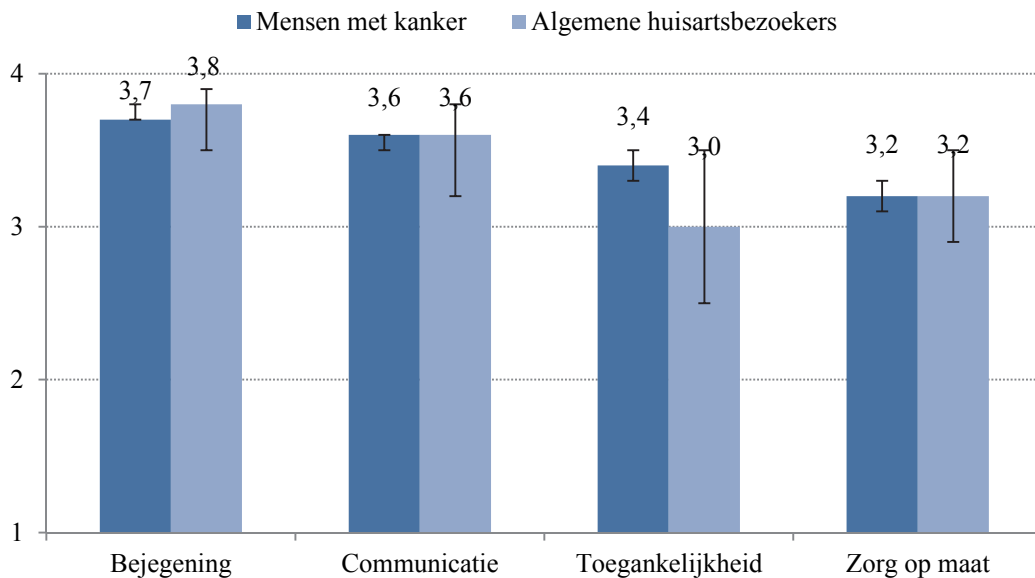
Aangezien de huisarts een steeds belangrijker rol gaat spelen bij de (na)zorg voor mensen met kanker, is het van belang om te weten hoe mensen met kanker aankijken tegen (verschillende aspecten van) de zorg die zij van hun huisarts ontvingen. De CQ-Index Huisartsenzorg Overdag (Meuwissen & de Bakker, 2008) meet de kwaliteit van huisartsenzorg vanuit het perspectief van patiënten. Deze vragenlijst bestaat uit circa 50 vragen, die thematisch samenclusteren tot verschillende algemene kwaliteitsaspecten. Vier belangrijke aspecten zijn: *toegankelijkheid* (voorbeeld: 'Hielp uw huisarts u binnen 15 minuten na de afgesproken tijd?'), *zorg op maat* (voorbeeld: 'Werd u door uw huisarts goed geïnformeerd over de verschillende behandelingsmogelijkheden voor uw gezondheidsklachten?'), *bejegening* (voorbeeld: 'Had uw huisarts voldoende tijd voor u?') en *communicatie* (voorbeeld: 'Legde uw huisarts u dingen op een begrijpelijke manier uit?'). Op een schaal van 1 (nooit) tot 4 (altijd) kunnen mensen steeds aangeven hoe vaak zij de betreffende zorg hebben ontvangen. Hierbij houdt een hogere score dus in dat men vindt dat de betreffende zorg vaker is geleverd.

In de enquête onder het Panel Leven met Kanker zijn 23 items opgenomen die behoren bij bovengenoemde vier kwaliteitsaspecten. In deze paragraaf rapporteren we de gemiddelde scores die mensen met kanker gaven voor deze vier algemene kwaliteitsaspecten. Om vertekening van bevindingen als gevolg van eventuele geheugeneffecten te voorkomen, hebben we deze gemiddelde scores alleen berekend voor mensen die hun huisarts in de 12 maanden voorafgaand aan de enquête bezochten ($N=279$).

Mensen met kanker zijn over het algemeen tevreden over de kwaliteit van de huisartsenzorg. Dit blijkt onder meer uit het algemene waarderingscijfer (schaal 0-10), dat met een 8,0 (95%-BI: 7,8-8,2) grofweg vergelijkbaar is met de 7,7 die andere huisartspatiënten gemiddeld aan hun huisarts toekennen (CBS/Statline, 2013). Ook wanneer we kijken naar algemene kwaliteitsaspecten, dan kunnen we stellen dat de huisartservaringen van mensen met kanker vergelijkbaar zijn met die van andere huisartspatiënten (zie Figuur 3.1). Bejegening door en communicatie met de huisarts worden hoog gewaardeerd.

Toegankelijkheid en zorg op maat worden iets lager, maar over het algemeen niet ongunstig gewaardeerd.

Figuur 3.1: Algemene kwaliteitsaspecten van huisartsenzorg overdag (gemiddelde scores en 95%-BI*), zoals ervaren door mensen met kanker en de algemene bevolking**.



* De scores zijn gemeten op een schaal van 1 t/m 4; hoe hoger de score, hoe positiever de ervaring.

** Referentiegegevens algemene bevolking: Meuwissen & de Bakker, 2009.

Ervaren kwaliteit naar subgroepen

De ervaren kwaliteit van de huisartsenzorg hangt samen met verschillende persoons- en ziektekenmerken van mensen met kanker (een volledig overzicht is te vinden in Bijlage IV). Zo kennen *65-plussers* een relatief hoog rapportcijfer toe aan hun huisarts (een 8,5 door 65-74-jarigen en een 8,2 door 75-plussers), vooral wanneer we dit cijfer vergelijken met het cijfer dat de groep 50-64-jarigen hun huisarts geeft (7,8). Alle leeftijdsgroepen geven hun huisarts echter een positieve waardering. Verder zijn mensen jonger dan 65 jaar ook iets minder positief over de geleverde zorg op maat dan 65-plussers. Vooral mensen tussen de 50 en 64 jaar ($M=3,1$) zijn hierover kritisch, terwijl 65-74-jarigen ($M=3,5$) de door hun huisarts geleverde zorg op maat juist gunstig beoordelen. Mensen met kanker die een *hogere opleiding* hebben genoten ($M=3,2$) zijn minder positief over de door hun huisarts geleverde zorg op maat dan lager opgeleiden ($M=3,5$). Bovengenoemde resultaten komen deels overeen met bevindingen uit andere onderzoeken, die laten zien dat jongere en hoger opgeleide mensen gemiddeld genomen wat kritischer zijn over de kwaliteit van zorg (O'Malley et al. [2005] in Damman et al. [2010]; Hopman et al., 2012).

Mensen die naast kanker kampen met één of meerdere andere *chronische aandoeningen* zijn over verschillende aspecten van de huisartsenzorg minder positief dan kanker-

patiënten zonder comorbiditeit. Zo kennen zij de huisarts een wat lager rapportcijfer toe ($M=8,1$ versus $M=8,5$), en voelen zij zich iets minder gunstig door de huisarts bejegend ($M=3,8$ versus $M=3,9$). Ook vinden mensen met kanker en comorbiditeit ($M=3,4$) de huisarts minder toegankelijk dan kankerpatiënten zonder comorbiditeit ($M=3,6$). Hoewel het verschil marginaal is, waarden mensen met kanker en comorbiditeit ($M=3,6$) de communicatie met hun huisarts iets minder gunstig dan mensen die naast kanker niet kampen met een andere chronische aandoening ($M=3,8$).

3.2 Deelaspecten: meest gerapporteerde positieve ervaringen

In de vorige paragraaf hebben we beschreven hoe mensen met kanker de huisartsenzorg op algemene kwaliteitsaspecten beoordelen. In deze paragraaf presenteren we de vijf specifieke zorgaspecten waarmee patiënten met kanker de meest positieve ervaringen hebben. In de volgende paragraaf presenteren we de vijf specifieke zorgaspecten waarmee de ervaringen het minst positief zijn.

Tabel 3.2 bevat de vijf aspecten met de *laagste* percentages negatieve ervaringen. De tabel laat zien dat, op een enkeling na, mensen met kanker zich met respect door de huisarts behandeld voelen, en vinden dat hij/zij hen dingen op een begrijpelijke manier uitlegt. Ook heeft nagenoeg iedereen de ervaring dat de huisarts goed luistert, open over klachten en gezondheidsproblemen communiceert en hen serieus neemt. Deze bevindingen komen overeen met de constatering in paragraaf 3.1, dat de huisarts -in de optiek van mensen met kanker- vooral hoog scoort op de kwaliteitsthema's *bejegening* en *communicatie*. De bevindingen zijn bovendien vergelijkbaar met de ervaringen van niet-kanker-specifieke huisartscontacten (Meuwissen & de Bakker, 2008).

Tabel 3.2: Meest positieve ervaringen van mensen met kanker: top-5 van CQ-Index items met de *laagste* percentages negatieve ervaringen

#	N	% neg. ervaring	Item
1	266	2	Behandelde uw huisarts u met respect?
2	263	3	Legde uw huisarts u dingen op een begrijpelijke manier uit?
3	267	4	Luisterde uw huisarts aandachtig naar u?
4	263	4	Vertelde uw huisarts u wat u wilde weten over uw klacht/gezondheidsprobleem?
5	267	5	Nam uw huisarts u serieus?

3.3 Deelaspecten: meest gerapporteerde negatieve ervaringen

De vijf aspecten met de hoogste percentages negatieve ervaringen zijn weergegeven in Tabel 3.3. Wat we zien als we naar de nummer één kijken, is dat vier op de tien mensen met kanker naar eigen zeggen geen hulp van de huisarts kregen rondom het voorkómen van ziekten of bij het verbeteren van de gezondheid. Een kwart van de mensen met kanker geeft aan geen informatie te hebben ontvangen over mogelijke bijwerkingen.

Opvallend is dat een kwart van de mensen met kanker naar eigen zeggen onvoldoende aandacht heeft gekregen voor emotionele problemen. Verder geeft één op de vier mensen met kanker aan dat zij, wanneer zij de praktijk belden, niet binnen twee minuten iemand te spreken kregen. Een eenmaal bij de huisarts, werd een kwart van de mensen met kanker niet binnen een kwartier geholpen. We dienen bij deze 'negatieve ervaringen' op te merken dat we niet weten in hoeverre mensen met kanker de betreffende aspecten ook belangrijk vinden.

Deze bevindingen zijn verenigbaar met de constatering in paragraaf 3.1, dat de huisartsenzorg -in de optiek van mensen met kanker- enige ruimte voor verbetering biedt op de algemene kwaliteitsthema's *toegankelijkheid* en *zorg op maat*. De hier genoemde verbeterpunten zijn bovendien vergelijkbaar met de verbeterpunten ten aanzien van niet-kankerspecifieke huisartscontacten (Meuwissen & de Bakker, 2008; Sixma et al., 2011).

Tabel 3.3: Meest negatieve ervaringen van mensen met kanker: top-5 van CQ-Index items met de *hoogste* percentages negatieve ervaringen

#	N	% neg. ervaring	Item
1	258	38	Bood uw arts u hulp aan bij het voorkómen van ziekten of bij het verbeteren van uw gezondheid (bijv. door controle van gewicht of bloeddruk, het geven van adviezen over voeding of leefstijl)?
2	205	25	Informeerde uw huisarts u over mogelijke bijwerkingen van de voorgeschreven geneesmiddelen?
3	246	24	Kreeg u binnen 2 minuten iemand aan de telefoon als u overdag belde?
4	260	24	Had uw huisarts aandacht voor mogelijke emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheid?
5	265	23	Hielp uw huisarts u binnen 15 minuten na de afgesproken tijd?

3.4 Afstemming tussen de huisarts en de medisch specialist

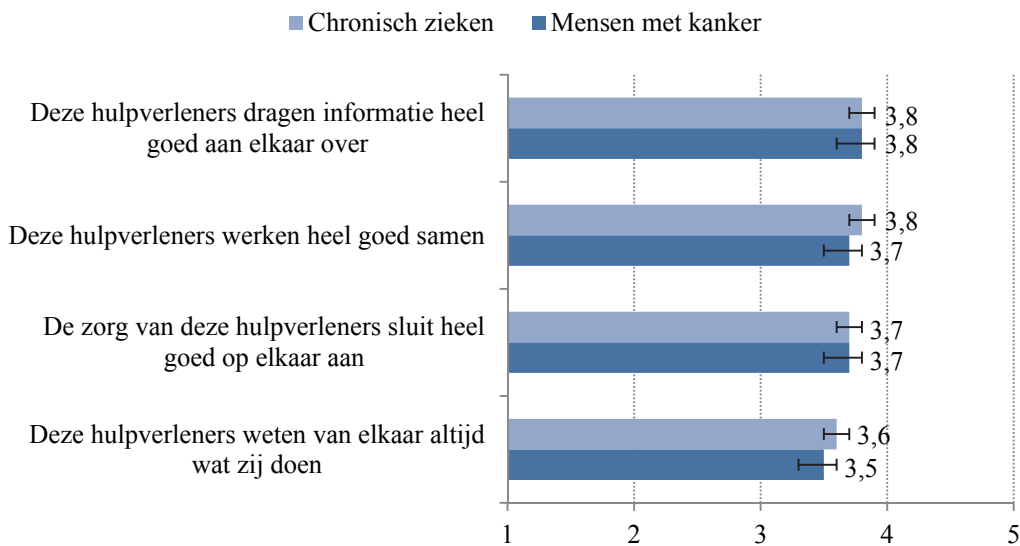
Met de beoogde substitutie van (na)zorg bij kanker is het niet alleen van belang dat huisartsen de vereiste kennis en vaardigheden bezitten en dat patiënten hier voldoende op vertrouwen. Dat er goede afspraken worden gemaakt tussen de behandelend medisch specialist(en) en de huisarts, is minstens zo belangrijk. Zo stelt KWF Kankerbestrijding in haar signaleringsrapport 'Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn' (2011) dat '*medisch specialisten en huisartsen elkaar meer moeten betrekken bij de zorg voor patiënten*'.

In 2011 werd de Nijmegen Continuity Questionnaire (NCQ) ontwikkeld en gevalideerd, met het doel de continuïteit van zorg bij eerste- en tweedelijns zorginstellingen te meten vanuit het perspectief van de patiënt (Uijen et al., 2011). Eén module richt zich op de afstemming tussen de huisarts en de medisch specialist. Deze module is aan de panelleden voorgelegd. Hieruit blijkt dat mensen met kanker geen uitzonderlijk goede, maar ook geen zeer slechte ervaringen hebben met de afstemming van zorg tussen de huisarts en de behandelend medisch specialist. Zo beoordelen mensen met kanker deze afstemming op een schaal van 1 (negatieve ervaring) tot 5 (positieve ervaring) gemiddeld met 3,6 ($SD=0,9$; 95%-BI: 3,5-3,7). Ter vergelijking: onder mensen met één of meer

chronische aandoeningen bedraagt dit gemiddelde 3,8 ($SD=0,6$; $N=154$; Uijen et al., 2011). Wel lijken de ervaringen rondom deze afstemming iets meer uiteen te lopen tussen mensen met kanker dan binnen de referentiegroep het geval is.

Tabel 3.4 zoomt in op *specifieke* ervaringen rondom de afstemming tussen de huisarts en de specialist. Net als binnen de referentiegroep van mensen met een chronische aandoening, hebben mensen met kanker relatief goede ervaringen met de overdracht van informatie maar is er in hun optiek nog wel ruimte voor verbetering voor wat betreft de mate waarin de huisarts en de medisch specialist van elkaars handelen op de hoogte zijn.

Figuur 3.2: Ervaringen met de afstemming tussen de huisarts en de medisch specialist (gemiddelde scores en 95%-BI*), zoals ervaren door mensen met kanker en mensen met een chronische ziekte**.



* De scores zijn gemeten op een schaal van 1 t/m 5; hoe hoger de score, hoe positiever de ervaring.

** Referentiegegevens chronisch zieken: Uijen et al., 2011.

Ervaren afstemming naar subgroepen

De ervaren kwaliteit van de afstemming tussen huisarts en specialist hangt wel samen met persoons-, maar niet met ziektekenmerken van mensen met kanker. Een volledig overzicht is te vinden in Bijlage V. Zo is de groep *50-64-jarigen* ($M=3,4$) minder positief over deze afstemming, vooral wanneer we hun oordeel vergelijken met die van *65-plussers* ($M=3,9$). Verder zijn mensen met kanker die een *hogere opleiding* hebben genoten ($M=3,5$) minder positief over de afstemming dan lager opgeleiden ($M=4,0$). Deze resultaten komen deels overeen met bevindingen uit andere onderzoeken, die laten zien dat jongere en hoger opgeleide mensen gemiddeld genomen wat kritischer zijn over de kwaliteit van zorg (O'Malley et al. [2005] in Damman et al. [2010]; Hopman et al., 2012). Tot slot zien we dat *vrouwen* ($M=3,6$) gemiddeld genomen minder goede ervaringen hebben met de afstemming tussen hun huisarts en hun specialist dan mannen ($M=3,9$).

3.5 Belangrijkste bevindingen

Ter afsluiting van dit hoofdstuk zetten we de belangrijkste bevindingen op een rij:

- Mensen met kanker zijn over het algemeen tevreden over de kwaliteit van de huisartsenzorg; hun algemene waardering is vergelijkbaar met die van andere huisartspatiënten.
- Mensen met kanker waarderen met name de *bejegening* door en *communicatie* met de huisarts als positief.
- Met de *toegankelijkheid* van de huisarts en de door hem/haar geleverde *zorg op maat* hebben mensen met kanker doorgaans iets minder goede ervaringen. Een kwart van de mensen met kanker heeft naar eigen zeggen onvoldoende aandacht gekregen van de huisarts voor hun emotionele problemen.
- Jongere en hoger opgeleide mensen met kanker ervaren de door de huisarts geleverde zorg op maat als minder goed dan ouderen en lager opgeleiden. Dit komt deels overeen met bevindingen uit andere onderzoeken, die laten zien dat eerstgenoemden gemiddeld genomen wat kritischer zijn over de kwaliteit van zorg.
- Daarnaast zijn enkele verschillen in de ervaren kwaliteit van huisartsenzorg gevonden tussen patiënten met en zonder *comorbiditeit*, waarbij kankerpatiënten met één of meer andere chronische aandoeningen over het algemeen minder positief zijn. We vonden geen verschillen in de ervaren kwaliteit tussen mensen met verschillende *typen kanker*, tussen mensen die wel of niet (nog) *onder behandeling* zijn vanwege kanker en tussen mensen die verschillende soorten oncologische behandelingen hebben ondergaan.
- Met een gemiddelde score van 3,6 op een schaal van 1 (negatieve ervaring) tot 5 (positieve ervaring) hebben kankerpatiënten geen bijzonder goede ervaringen met de afstemming van de zorg van de huisarts en de medisch specialist. Ook hier zien we dat jongere en hoger opgeleide mensen met kanker wat kritischer zijn.

Referenties

- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). www.statline.cbs.nl (*geraadpleegd op 2 juli 2013*).
- Damman, O. C., Hendriks, M. & Delnoij, D. M. J. (2010). Keuze-informatie over patiëntenervaringen: aanbevelingen en dilemma's. TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 88(7), 396-405.
- Gezondheidsraad (2007). Nacontrole in de oncologie: Doelen onderscheiden, inhoud onderbouwen. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Harmsen, E.J., & van de Laar, M. A. F. J.. Further validation of the 5-item Perceived Efficacy in Patient-Physician Interactions (PEPPI-5) scale in patients with osteoarthritis. Patient Education and Counseling: 2012, 87(1), 125-30. DOI: 10.1016/j.pec.2011.07.017.
- Heins, M.J., Korevaar, J.C., Rijken, P.M., Schellevis, F.G. For which health problems do cancer survivors visit their General Practitioner? European Journal of Cancer: 2013, 49(1). DOI: 10.1016/j.ejca.2012.07.011.
- Heins M, Schellevis F, Rijken M, van der Hoek L, Korevaar J. Determinants of increased primary health care use in cancer survivors. J Clin Oncol. 2012 Nov 20;30(33):4155-60
- Hofstede, J., Hopman, P., Gijsen, B. & Rijken, M. (2013). Zorg- en leefsituatie van mensen met kanker 2013: Deelrapportage I, Psychosociale ondersteuningsbehoeften van mensen met kanker. Utrecht: NIVEL.
- Hopman, P., de Boer, D. & Rademakers, J. (2011). Kennisvraag: wat heeft vijf jaar CQ-index opgeleverd? Utrecht: NIVEL.
- Hopman, P., Brink, M. & Rijken, M. (2013). Zorg- en leefsituatie van mensen met kanker 2013: Achtergrond en methodische verantwoording. Utrecht: NIVEL.
- Hopman, P., Gijsen, B., Brink, M. & Rijken, M. (2012). Zorg- en leefsituatie van mensen met kanker 2012: Deelrapportage I, Ervaringen met ziekenhuiszorg. Utrecht: NIVEL.
- Jansen, D., Spreeuwenberg, P., Heijmans, M. (2012). Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken: rapportage 2012. Utrecht: NIVEL.
- ten Klooster, P.M., Oostveen, J.C.M., Zandbelt, L.C., Taal, E., Drossaert, C.H.C.,
- KWF Kankerbestrijding, signaleringscommissie (2011). Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn. Amsterdam: KWF Kankerbestrijding.
- O'Malley, A. J., Zaslavsky, A. M., Elliott, M. N., Zaborski, L. & Cleary, P. D. (2005). Case-mix adjustment of the CAHPS Hospital survey. *Health Services Research*, 40, 2162-81.
- Meuwissen, L. & de Bakker, D. (2008). CQ-index huisartsenzorg: meetinstrument-ontwikkeling. Utrecht, NIVEL.
- Meuwissen, L.E., de Bakker, D.H.. "Consumer quality"-index "huisartsenzorg" meet patiëntervaringen en vergelijkt huisartspraktijken. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 2009, 153(A 180).
- Mols F, Helfenrath KA, Vingerhoets AJ, Coebergh JW, van de Poll-Franse LV. Increased health care utilization among long-term cancer survivors compared to the average Dutch population: a population-based study. Cancer. 2007 Aug 15;121(4):871-7.
- Signaleringscommissie-Kanker. Kanker in Nederland: Trends, prognoses en implicaties voor zorgvraag. Amsterdam: KWF Kankerbestrijding 2004.
- Sixma, H.J.M., Linschoten, C.P. van, Betten, W., Rademakers, J.J.D.J.M. (2011). Regionale pilot CQI Huisartsenzorg: een vergelijking van verschillende methoden van implementatie. Utrecht, NIVEL.
- Teutsch C. Patient-doctor communication. Med Clin North Am. 2003;87:1115.-45.
- Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>>, Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.11, 28 maart 2013.
- Uijen, A.A., Schellevis, F.G., Bosch, W.J.H.M. van den, Mokkink, H.G.A., Weel, C. van, Schers, H.J. Nijmegen Continuity Questionnaire: development and testing of a questionnaire that measures continuity of care. Journal of Clinical Epidemiology: 2011, 64(12), 1391-1399. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2011.03.006.

Bijlage I: Kenmerken van de onderzoeksgroep

	Onderzoeksgroep N=397*	
	N	%
Leeftijd		
18-49 jaar	88	22,1
50-64 jaar	149	37,6
65-74 jaar	104	26,3
75 jaar en ouder	56	14,1
Geslacht		
Man	171	43,2
Vrouw	226	56,8
Opleidingsniveau		
Lager	93	23,4
Middelbaar	162	40,8
Hoger	130	32,9
Onbekend	12	3,0
Partner (ja/nee)		
Ja	307	77,2
Nee	72	18,2
Onbekend	18	4,5
Mate van stedelijkheid (woonplaats)		
Zeer sterk stedelijk	68	17,1
Sterk stedelijk	83	21,0
Matig stedelijk	75	18,9
Weinig stedelijk	66	16,7
Niet stedelijk	102	25,8
Onbekend	2	0,6
Tumorsoort (hoofdcategorie)		
Borstkanker	116	29,3
Mannelijke geslachtsorganen	75	18,9
Spijverteringsorganen	61	15,3
Huid	33	8,3
Anders**	106	26,8
Onbekend	5	1,3
Ziekte duur		
< 2 jaar na diagnose	43	10,8
2-5 jaar na diagnose	117	29,4
5-10 jaar na diagnose	138	34,8
10-19 jaar na diagnose	99	24,9
Onder behandeling (ten tijde van de enquête)		
Ja	48	12,2
Nee	336	84,8
Onbekend	12	3,0
Behandelvorm (momenteel of in het verleden)		
Alleen chirurgie	147	37,1
Chirurgie en andere behandeling(en)***	145	36,6
Alleen andere behandeling(en)***	54	13,5
Geen chirurgie en/of andere behandeling(en)***	51	12,8

	Onderzoeksgroep N=397*	
	N	%
Comorbiditeit		
Geen comorbiditeit	126	31,8
Wel comorbiditeit	261	65,8
Onbekend	10	2,4

* Gebaseerd op de totale respondentengroep (n=397), na weging.

** De minder frequent voorkomende categorieën zijn, mede omwille van subgroepanalyses, samen- genomen tot één restcategorie 'Anders'. Het gaat hier om 'Bloed, beenmerg en lymfeklieren' (n=25; 6%), 'Urinewegen' (n=15; 4%), 'Hoofd en hals' (n=14; 4%), 'Vrouwelijke geslachtsorganen' (n=14; 4%) en 'Restgroep' (n=11; 3%).

*** Onder 'andere behandeling' wordt verstaan: chemotherapie, radiotherapie, hormoontherapie en/of immunotherapie.

Bijlage II: Huisartsenzorg per thema: gebruik en behoefte

Soort probleem (%*)	Probleem besproken % (95% BI)	Behoeftte aan (meer) gesprekken % (95% BI)
<i>Lichamelijk:</i>		
- Slaapproblemen (36%)	47 (36-58)	11 (4-18)
- Benauwdheid (16%)	63 (47-79)	0 (0-3)
- Duizeligheid (17%)	57 (39-74)	12 (0-25)
- Problemen met spreken (3%)	--	--
- Smaakvermogen (4%)	--	--
- Veranderen in gewicht (22%)	48 (35-62)	7 (0-15)
- Tintelingen in handen/voeten (23%)	19 (7-30)	5 (0-12)
- Wassen/aankleden (1%)	--	--
- Dagelijkse bezigheden (14%)	37 (19-56)	7 (0-18)
- Moehaid (36%)	47 (36-57)	8 (1-14)
- Conditie (29%)	37 (26-48)	5 (0-11)
- Spierkracht (22%)	38 (25-51)	8 (0-15)
- Uiterlijk (4%)	--	--
- Veranderde urine-uitscheiding (10%)	66 (46-86)	10 (0-23)
- Verstopping/obstipatie (21%)	46 (31-61)	2 (0-7)
- Diarree (14%)	42 (22-61)	0 (--)
- Eten (6%)	--	--
- Opgezwollen gevoel (14%)	21 (6-36)	3 (0-10)
- Koorts (6%)	--	--
- Mondslimvlies (4%)	--	--
- Misselijkheid (10%)	--	--
- Droge, verstopte neus (18%)	34 (18-49)	7 (0-16)
- Pijn (30%)	59 (48-71)	12 (4-20)
- Seksualiteit (21%)	35 (21-49)	1 (0-5)
- Droge, jeukerige huid (26%)	55 (42-68)	8 (0-17)
<i>Emotioneel:</i>		
- Greep hebben op emoties (22%)	35 (22-48)	12 (2-22)
- Herinneren van dingen (18%)	11 (0-21)	4 (0-11)
- Zelfvertrouwen (16%)	15 (2-28)	5 (0-14)
- Angsten (19%)	15 (2-27)	9 (0-20)
- Neerslachtigheid/somberheid (24%)	23 (11-35)	10 (1-19)
- Spanning (28%)	26 (15-37)	6 (0-13)
- Eenzaamheid (9%)	--	--
- Concentratieproblemen (20%)	16 (4-27)	6 (0-14)
- Schuldgevoel (11%)	4 (0-14)	--
- Controleverlies (8%)	--	--
<i>Sociaal:</i>		
- Omgang met partner (10%)	23 (5-41)	3 (0-10)
- Omgang met kinderen (8%)	--	--
- Omgang met familie/vrienden (4%)	--	--

* Proportie mensen met kanker die het probleem de afgelopen 12 maanden ervoer (gewogen waarden). Deze proporties vormen steeds het uitgangspunt voor de percentages besproken problemen en (onvervulde) zorgbehoefte gedurende de afgelopen 12 maanden.

Bijlage III: Aantal contacten met de huisarts (afgelopen jaar) door subgroepen van mensen met kanker

Subgroep	Gemiddeld aantal contacten (SD)*	N	p ongecorr.	p gecorr.**
<i>Onder behandeling</i>			<i>p</i> < .001	<i>p</i> < .001
- ja ^a	4,0 (4,2)	51		
- nee ^b	2,3 (2,9)	312		
<i>Comorbiditeit</i>			<i>p</i> < .001	<i>p</i> < .001
- geen comorbiditeit ^a	1,7 (2,5)	115		
- wel comorbiditeit ^b	2,9 (3,2)	250		

* Ongecorrigeerde waarden.

** Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, tumorsoort en ziekteduur.

^{a, b} Waarden met verschillende superscripts verschillen significant van elkaar op het niveau van *p* < .05.

Bijlage IV: Kwaliteit van zorg zoals ervaren door subgroepen van mensen met kanker

Thema	Subgroep	Gemiddelde score (SD)*	N	p ongecorr.	p gecorr.**
Bejegening	<i>Comorbiditeit</i>			$p < .05$	$p < .05$
	- geen comorbiditeit ^a	3,88 (0,35)	66		
	- wel comorbiditeit ^b	3,77 (0,39)	199		
Communicatie	<i>Comorbiditeit</i>			$p = .08$	$p = .07$
	- geen comorbiditeit	3,76 (0,47)	66		
	- wel comorbiditeit	3,63 (0,53)	196		
Toegankelijkheid	<i>Comorbiditeit</i>			$p < .05$	$p < .05$
	- geen comorbiditeit ^a	3,55 (0,44)	60		
	- wel comorbiditeit ^b	3,40 (0,53)	196		
Zorg op maat	<i>Leeftijd</i>			$p < .01$	$p < .001$
	- 18-49 jaar ^{ab}	3,20 (0,55)	24		
	- 50-64 jaar ^a	3,11 (0,76)	93		
	- 65-74 jaar ^c	3,47 (0,53)	99		
	- ≥ 75 jaar ^{bc}	3,33 (0,69)	51		
	<i>Opleidingsniveau</i>			$p < .05$	$p = .05$
	- lager ^a	3,47 (0,59)	66		
- middelbaar ^{ab}	3,27 (0,68)	114			
	- hoger ^b	3,17 (0,70)	80		

* Ongecorrigeerde waarden

** Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, tumorsoort en ziekte duur.

a, b, c Waarden met verschillende superscripts verschillen significant van elkaar op het niveau van $p < .05$.

Bijlage V: Ervaren afstemming huisarts-medisch specialist door subgroepen van mensen met kanker

Subgroep	Gemiddelde score (SD)*	N	p ongecorr.	p gecorr.**
<i>Leeftijd</i>			$p < .01$	$p < .05$
- 18-49 jaar ^{ab}	--	18		
- 50-64 jaar ^a	3,43 (0,95)	70		
- 65-74 jaar ^b	3,90 (0,85)	82		
- 75 jaar en ouder ^b	3,88 (0,89)	43		
<i>Geslacht</i>			$p < .05$	$p < .05$
- man ^a	3,85 (0,84)	100		
- vrouw ^b	3,60 (0,93)	113		
<i>Opleidingsniveau</i>			$p < .01$	$p < .01$
- lager ^a	3,97 (0,92)	52		
- middelbaar ^{ab}	3,74 (0,81)	90		
- hoger ^b	3,45 (0,92)	66		

* Ongecorrigeerde waarden.

** Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, tumorsoort en ziekteduur.

^{a, b} Waarden met verschillende superscripts verschillen significant van elkaar op het niveau van $p < .05$.