

Ervaringen van mensen met chronische aandoeningen met de huisartsenzorg in Nederland

Resultaten van de internationale PaRIS-2023 enquête in Nederland

Rob Timans
Frank van der Hulst
Anne Brabers
Mieke Rijken
Judith de Jong



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Februari 2025

030 272 97 00
nivel@nivel.nl
www.nivel.nl

© 2025 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

In dit rapport wordt verslag gedaan van de implementatie en resultaten van de *Patient-Reported Indicators Survey* (PaRIS) in Nederland. Deze internationale enquête onder huisartspatiënten van 45 jaar en ouder en hun huisartsenpraktijken is geïnitieerd door de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) op verzoek van de lidstaten. Nederland was één van de 19 landen waarin de PaRIS-enquête is afgenomen. Het onderzoek in Nederland is uitgevoerd door het Nivel, met subsidie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Op 20 februari 2025 heeft de OESO de resultaten van het internationale onderzoek, waarin de door patiënten gerapporteerde zorgervaringen en -uitkomsten in de 19 landen op hoofdlijnen zijn vergeleken, bekend gemaakt. In dit rapport doen we verslag van het onderzoek en de resultaten daarvan specifiek voor Nederland.

Wij bedanken het ministerie van VWS voor het mogelijk maken van dit onderzoek en voor de prettige samenwerking. Tevens bedanken we de medewerkers van Calculus en DESAN voor de plezierige samenwerking en hun grote inzet bij de werving van huisartsenpraktijken, de steekproeftrekking en de dataverzameling. Tot slot bedanken we alle patiënten en huisartsenpraktijken die aan de enquête hebben meegedaan.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	6
1 Inleiding	9
1.1 Achtergrond	9
1.2 Conceptueel model	11
1.3 Vraagstelling	12
1.4 Leeswijzer	12
2 Methode	13
2.1 Structuur en fasen van PaRIS	13
2.2 Vragenlijsten	14
2.3 Dataverzameling	17
2.4 Data analyse	19
3 Deelnemende patiënten	21
3.1 Kenmerken van deelnemende patiënten	21
3.2 Representativiteit van deelnemende patiënten	25
4 Deelnemende huisartsenpraktijken en de chronische zorg die zij verlenen	27
4.1 Kenmerken van deelnemende praktijken	27
4.2 Verleende chronische zorg	30
5 Ervaringen van patiënten	34
5.1 Gezondheidsvaardigheden	34
5.2 Gebruikmaken van digitale zorg	36
5.3 Wachttijden	37
5.4 Consultduur	38
5.5 Beoordeling van de ontvangen zorg	38
5.6 Vertrouwen in de zorg	40
6 Ervaringen van patiënten met chronische aandoeningen	42
6.1 Ervaren persoonsgerichte zorg	44
6.2 Individueel zorgplan	45
6.3 Zelfmanagement en ervaren ondersteuning	45
6.4 Medicatiebeoordeling	46
6.5 Ervaren zorgcoördinatie	46
6.6 Relatie tussen ervaren chronische zorg en ervaren gezondheid	47
7 Discussie en conclusie	49
7.1 Implementatie van PaRIS in Nederland	49
7.2 Discussie van de belangrijkste bevindingen	50
7.3 Vervolgonderzoek	53
7.4 Conclusie en aanbevelingen	53

Referenties	55
Bijlage A Vragenlijst Patiënten	57
Bijlage B Vragenlijst huisartsenpraktijken	79
Bijlage C Gerapporteerde schalen	94
Bijlage D Descriptieve resultaten behorende bij hoofdstuk 6	97

Samenvatting

Aanleiding

Het aantal mensen met (meerdere) chronische aandoeningen neemt toe. Voor huisartsenpraktijken, die een groot deel van de chronische zorg verlenen, betekent dit een groeiende en steeds complexer wordende zorgvraag. Om de kwaliteit van de chronische zorg te waarborgen en de zorg voor mensen met multimorbiditeit te verbeteren, is een omslag nodig waarin de chronische zorg in de eerste lijn persoonsgericht en geïntegreerd wordt aangeboden, maar ook efficiënt om de houdbaarheid op de lange termijn te garanderen. In Nederland zijn daarom veel ontwikkelingen gaande om deze omvorming van de chronische zorg gestalte te geven. Ook veel andere landen werken aan kwaliteitsverbetering van de (chronische) zorg in de eerste lijn.

Voor het monitoren en verbeteren van de (chronische) zorg is inzicht in de ervaren kwaliteit vanuit patiëntperspectief belangrijk. Daarom heeft Nederland deelgenomen aan de *Patient-Reported Indicators Survey* (PaRIS). In dit project is door de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO), op verzoek van de lidstaten en in samenwerking met een groot aantal organisaties, een internationale enquête ontwikkeld. Hiermee is in 2023 informatie verzameld onder huisartsenpatiënten van 45 jaar en ouder (van wie het grootste deel chronische aandoeningen heeft) in 19 landen. Tevens is informatie verzameld onder de huisartsenpraktijken van de deelnemende patiënten met behulp van een praktijk-enquête. Hierdoor kan worden onderzocht of kenmerken van huisartsenpraktijken en de wijze waarop zij (chronische) zorg verlenen verband houden met de zorgervaringen en -uitkomsten zoals gerapporteerd door patiënten. Op 20 februari 2025 heeft de OESO de resultaten van het internationale onderzoek, waarin de resultaten tussen de deelnemende landen op hoofdlijnen zijn vergeleken, bekend gemaakt. In het voorliggende rapport staan de implementatie en resultaten van het PaRIS-onderzoek in Nederland centraal.

Deelnemers

In totaal hebben 4.939 huisartsenpatiënten van 45 jaar en ouder de patiënt-enquête in Nederland ingevuld. Deze patiënten hadden in de zes maanden voorafgaand aan de enquête contact met de huisartsenpraktijk gehad vanwege hun eigen gezondheid. Ze waren willekeurig geselecteerd in 60 huisartsenpraktijken, aangesloten bij VIPLive, in alle provincies behalve Flevoland. Deze praktijken vulden daarnaast de praktijk-enquête in. Het aantal praktijken dat deelnam was lager dan gepland (100), ondanks veel inspanningen van Calculus en Nivel. Het aantal deelnemende patiënten per praktijk (gemiddeld 82) was wel zoals gepland (75).

Vier op de vijf patiënten rapporteerde één of meer chronische aandoening(-en), waarbij het grootste deel aangaf meerdere chronische aandoeningen (multimorbiditeit) te hebben. Ruim de helft van alle patiënten was gepensioneerd; een derde verrichtte betaald werk.

Belangrijkste bevindingen

Wachttijd

Hoewel de Treeknormen niet volgens alle patiënten werden gehaald bij hun laatste afspraak (12% moest langer dan een week wachten tot hun afspraak plaatsvond), gaf 93% aan dat de wachttijd geen probleem was. Dat gold zowel voor patiënten met als zonder chronische aandoeningen.

Digitale zorg

Vrijwel alle deelnemende praktijken bieden de mogelijkheid voor telefonische consulten en andere consulten op afstand, zoals via e-mail of een digitaal platform. Videoconsulten worden door 45% van de deelnemende praktijken geboden. Uit de patiënt-enquête blijkt dat patiënten nog vrijwel geen gebruikmaken van deze mogelijkheid. Wat wel vaker gebeurt is dat zij hun herhaalrecepten online aanvragen (53%), hun medisch dossier online inkijken (49%) of online een afspraak maken (36%).

Chronische zorgverlening

De 60 praktijken die meededen aan PaRIS gaven vrijwel allemaal aan chronische zorg te verlenen voor aandoeningen die vallen onder de ketenzorg. Voor andere aandoeningen verlenen zij minder vaak chronische zorg. Bijvoorbeeld, slechts een derde van de praktijken gaf aan chronische zorg te verlenen aan patiënten met artritis of andere aandoeningen van het bewegingsapparaat. De meerderheid van de praktijken gaf aan niet goed voorbereid te zijn om de zorg voor patiënten met ernstige psychische problemen of verslavingsproblematiek te managen.

Individueel zorgplan

Van de 60 deelnemende praktijken, gaven er 43 (72%) aan routinematig gebruik te maken van individuele zorgplannen, en dan vooral bij patiënten met specifieke aandoeningen. Uit de patiënt-enquête komt naar voren dat minder dan 10% van alle chronische patiënten naar eigen weten een zorgplan heeft. Dit percentage ligt niet hoger onder patiënten met ketenzorgaandoeningen, maar wel iets hoger onder 75-plussers (15%). Patiënten die over een zorgplan beschikken geven in meerderheid aan dit bruikbaar te vinden om aan de eigen gezondheid te werken.

Zelfmanagementondersteuning

Vrijwel alle praktijken gaven aan zelfmanagementondersteuning te verlenen, meestal mondeling tijdens het consult met de patiënt en aangevuld met schriftelijke of online informatie. In ongeveer de helft van de praktijken gebeurt dit door speciaal opgeleide teamleden en wordt er gewerkt met het stellen van persoonlijke doelen en het maken van actieplannen. Eén op de drie praktijken verwijst patiënten weleens door naar een zelfmanagement cursus. Opvallend is dat maar ruim een kwart van alle chronische patiënten aangaf dat zij vaak of altijd voldoende zelfmanagementondersteuning krijgen. Mensen met multimorbiditeit en 75-plussers gaven iets vaker aan vaak of altijd voldoende zelfmanagementondersteuning te krijgen, maar nog altijd gold dit voor minder dan één op de drie.

Ervaren persoonsgerichte geïntegreerde zorg

Over een aantal elementen van persoonsgerichte zorg zijn patiënten van 45 jaar en ouder met chronische aandoeningen heel positief. Zo vinden negen op de tien patiënten dat er voldoende aandacht voor hen als persoon is en dat ze voldoende betrokken worden bij beslissingen over hun zorg. Maar het merendeel van de patiënten met chronische aandoeningen heeft niet de ervaring dat er regelmatig naar hun persoonlijke doelen wordt gevraagd of dat hun naasten in voldoende mate worden betrokken bij beslissingen over hun zorg. Ook ervaren zij vaak nog geen gecoördineerde zorg, dus dat de zorg die zij van verschillende zorgverleners krijgen in samenhang, en op elkaar

afgestemd, wordt geboden. Patiënten die meer persoonsgerichte of gecoördineerde zorg ervaren, ervaren ook een betere lichamelijke gezondheid.

Ervaren kwaliteit van zorg

Over de medische zorg die vanuit de huisartsenpraktijk wordt verleend zijn vrijwel alle patiënten van 45 jaar en ouder positief: ruim 90% beoordeelt die als (zeer) goed of uitstekend. Dit geldt ook voor patiënten met chronische aandoeningen. Er zijn echter wel verschillen tussen de beoordeelde praktijken: het percentage patiënten dat de medische zorg verleend vanuit de praktijk als (zeer) goed of uitstekend beoordeelt varieert tussen 66% (laagst gewaardeerde praktijk) tot 96% (hoogst gewaardeerde praktijk).

Vertrouwen in de zorg

Het vertrouwen in de zorgverleners van de huisartsenpraktijk is groot: 86% van alle patiënten van 45 jaar en ouder geeft aan zeker vertrouwen te hebben in de zorgprofessional waarmee ze het laatste consult hadden. Daarbij is er geen verschil tussen patiënten met en zonder chronische aandoeningen. Het vertrouwen in de gezondheidszorg als geheel is iets minder groot, maar nog altijd vindt ruim 70% van alle huisartspatiënten van 45 jaar en ouder dat zij op de gezondheidszorg kunnen vertrouwen. Mensen die ten hoogste primair of voortgezet onderwijs hebben gevolgd zijn wat minder vaak van mening zijn dat zij op de gezondheidszorg kunnen vertrouwen.

Conclusie

Ondanks de hoge druk op de huisartsenzorg, is het overgrote deel van alle patiënten van 45 jaar en ouder positief over de kwaliteit van de medische zorg die zij vanuit de huisartsenpraktijk ontvangen. Dit geldt ook voor patiënten met chronische aandoeningen. Deze patiënten vinden ook dat er voldoende aandacht voor hen als persoon is en dat ze voldoende betrokken worden bij beslissingen over hun zorg. Daarentegen heeft het grootste deel van hen niet de ervaring dat andere elementen van persoonsgerichte zorg (voldoende) aan bod komen, zoals het bespreken van hun persoonlijke doelen, het individueel zorgplan, het betrekken van hun naasten bij beslissingen over hun zorg (voor zover door hen gewenst), zelfmanagementondersteuning en gecoördineerde zorg. De omvorming van de chronische zorg van aandoening-specifieke naar persoonsgerichte geïntegreerde zorg is in volle gang, maar zeker nog geen standaardpraktijk.

Aanbevelingen

Optimalisering van digitale zorg, preventie en versterking van zelfmanagement en het betrekken van naasten bij de zorg (daarbij wakend voor overbelasting van mantelzorgers) alsmede een betere samenwerking en afstemming met andere zorgverleners (ook binnen de ggz en het sociaal domein) zijn mogelijke richtingen om de kwaliteit van de chronische zorg te verbeteren en de druk op de huisartsenzorg enigszins te verlichten. Deelname van Nederland aan toekomstige edities van PaRIS biedt de mogelijkheid om de ontwikkelingen in Nederland nauwgezet te volgen, van beleid en praktijkervaringen in andere landen te leren en het in gang gezette beleid te evalueren.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Net als in veel andere landen neemt ook in Nederland het aantal mensen met chronische aandoeningen toe. Van de totale patiëntenpopulatie van Nederlandse huisartsen had in 2022 naar schatting 60% één of meer chronische aandoeningen (in 2015 50%; RIVM, 2018; VZinfo.nl). Niet alleen groeit de patiëntenpopulatie met chronische aandoeningen bij de huisarts, ook de samenstelling van deze populatie verandert. Zo bestond deze populatie aan het begin van deze eeuw, toen de eerste chronische zorgprogramma's ('ketenzorg') in de eerste lijn werden ingevoerd, nog grotendeels uit mensen met één chronische aandoening. Maar in 2015 had al de helft van de totale populatie mensen met chronische aandoeningen ingeschreven bij een huisarts meer dan één chronische aandoening. In 2022 was het aandeel van mensen met meerdere chronische aandoeningen binnen deze populatie gestegen naar 55% (VZinfo.nl). Het grootste deel van de patiënten van de huisarts bestaat dus uit mensen met chronische aandoeningen en daarvan hebben de meeste meer dan één chronische aandoening, oftewel multimorbiditeit.

Multimorbiditeit vraagt om andere zorg

Door deze ontwikkelingen verandert de zorgvraag en moet ook de chronische zorg in de eerste lijn worden omgevormd, omdat de ziekte-specifieke zorgprogramma's niet meer volstaan. Mensen met multimorbiditeit hebben andere zorgbehoeften, onder andere omdat zij – nog meer dan mensen met één chronische aandoening – te maken hebben met meerdere zorgverleners, zowel binnen de eerste als tweede lijn. Hoewel veel mensen met multimorbiditeit graag zelf, samen met hun naaste(n), hun zorg *coördineren*, hebben zij daar wel ondersteuning bij nodig. Ook is het soms nodig dat een zorgprofessional de zorg coördineert of een case manager wordt aangewezen (Rijken et al., 2021).

Daarnaast hebben mensen met multimorbiditeit *persoonsgerichte zorg* nodig, waarbij een holistische benadering en samen beslissen kernelementen zijn. Bij een holistische benadering wordt in de eerste plaats gekeken naar wat voor de persoon als mens belangrijk is ('*what matters to you?*') – en niet wat de medisch aangewezen zorg is voor haar/zijn afzonderlijke aandoeningen. Het uitgangspunt van het individuele zorgplan zijn de waarden, levensdoelen en voorkeuren van de persoon. Persoonsgerichte zorg betekent dat zorg en ondersteuning wordt georganiseerd rond de persoon en niet rond haar/zijn afzonderlijke aandoeningen. Daarbij is het ook belangrijk om te kijken wat patiënten en hun naasten zelf kunnen doen, omdat de meeste mensen ook zelf de regie willen houden. Zelfmanagement is daarom een belangrijke taak van de patiënt, waarvoor zij/hij goed moet worden toegerust (Palmer et al., 2018). Mensen met multimorbiditeit zien hun huisarts of de praktijkondersteuner daarbij als de belangrijkste bron van zelfmanagementondersteuning (Rijken et al., 2021).

Tenslotte is *samen beslissen* extra belangrijk voor mensen met multimorbiditeit. Omdat zij meerdere chronische aandoeningen hebben is het niet bij voorbaat duidelijk waar de behandeling of zorg zich op moet richten. Meestal kunnen niet alle aandoeningen tegelijkertijd maximaal worden behandeld. Dit komt bijvoorbeeld doordat geneesmiddelen niet naast elkaar kunnen worden gebruikt, maar ook omdat dit voor de patiënt een te grote belasting zou vormen. Daarom is het proces van samen beslissen in het geval van multimorbiditeit extra belangrijk, zodat de patiënt samen met diens zorgverleners en naasten prioriteiten kan stellen op basis van wat voor hen het meest belangrijk en haalbaar is.

Het bovenstaande benadrukt het belang van persoonsgerichte geïntegreerde zorg voor mensen met chronische aandoeningen en voor mensen met multimorbiditeit in het bijzonder. Het belang van een dergelijke aanpak wordt inmiddels internationaal breed erkend (e.g., WHO [Integrated people-centred care - GLOBAL](#), [People-centred health systems and integrated care | OECD](#)), maar de implementatie ervan stelt veel landen voor uitdagingen. Dat geldt ook voor Nederland, waar het *grootste deel van de chronische zorg in de eerste lijn* plaatsvindt, maar tegelijkertijd de huisartsenzorg onder druk staat door de groeiende (complexiteit van de) zorgvraag in combinatie met de financiële druk die dit met zich meebrengt en het groeiende tekort aan huisartsen.

Gezien de aard van de benodigde zorg blijft de huisarts echter de aangewezen zorgaanbieder om een spilfunctie te vervullen in de chronische zorg. Dit betekent dat een andere inrichting van de eerste lijn nodig is om ervoor te zorgen dat de toegankelijkheid en continuïteit van zorg behouden blijven (VWS, 2024). Initiatieven zoals 'Passende zorg' en de 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' (JZOJP) zetten in op persoonsgerichte geïntegreerde zorg waarin de patiënt zelf een belangrijke rol speelt als gelijkwaardige partner in besluitvorming (samen beslissen) en uitvoering (zelfmanagement). Huisartsen hebben de afgelopen jaren bovendien geëxperimenteerd met 'Meer Tijd voor de Patiënt' (MTVP). In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken dat MTVP versneld en structureel in heel Nederland wordt ingevoerd. Evenals voor MTVP zijn ook op het thema 'samen beslissen' een leidraad en ondersteunende interventies en tools ontwikkeld voor huisartsen en andere zorgverleners. Tegelijkertijd werken regionale huisartsenorganisaties aan integratie van de chronische zorgprogramma's in de eerste lijn. In het 'Denkraam Integratie Zorgprogramma's' (InEen, 2020) zijn hiervoor de contouren geschetst, waarbij de huidige ziekte-specifieke chronische zorgprogramma's worden geïntegreerd en uitgebreid. De eerste geïntegreerde zorgprogramma's (zoals het ketenzorgprogramma Cardiometabool) zijn inmiddels op regionaal niveau ontwikkeld en ingevoerd.

PaRIS maakt monitoren van zorgervaringen mogelijk

Gezien deze ontwikkelingen is het belangrijk om de kwaliteit van de zorg die in de eerste lijn wordt verleend te monitoren en om informatie te verzamelen die duidelijk maakt of de in gang gezette omvorming van de chronische zorg in de eerste lijn ook resulteert in goede zorgervaringen van mensen met chronische aandoeningen. Het ontbrak tot nu toe echter aan een systematische manier om informatie te verzamelen over de manier waarop mensen met chronische aandoeningen de zorg in hun land ervaren. In 2017 kreeg de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) daarom een mandaat van haar lidstaten om patiënt-gerapporteerde indicatoren te ontwikkelen en de implementatie ervan in deelnemende landen te ondersteunen (OECD, 2017). Dit heeft geresulteerd in de *Patient-Reported Indicators Survey* (PaRIS). PaRIS bestaat uit een patiënt-enquête waarmee informatie wordt verzameld over kenmerken van patiënten en patiënt-gerapporteerde indicatoren over de zorg die zij ontvangen. Daarnaast is er een enquête voor huisartsenpraktijken. Met deze enquête wordt informatie verzameld over de wijze waarop de praktijk en de zorgverlening zijn georganiseerd. Omdat patiënten worden geworven uit deelnemende huisartsenpraktijken kunnen de bij patiënten verzamelde gegevens worden gelinkt aan de informatie die verzameld is bij de praktijken.

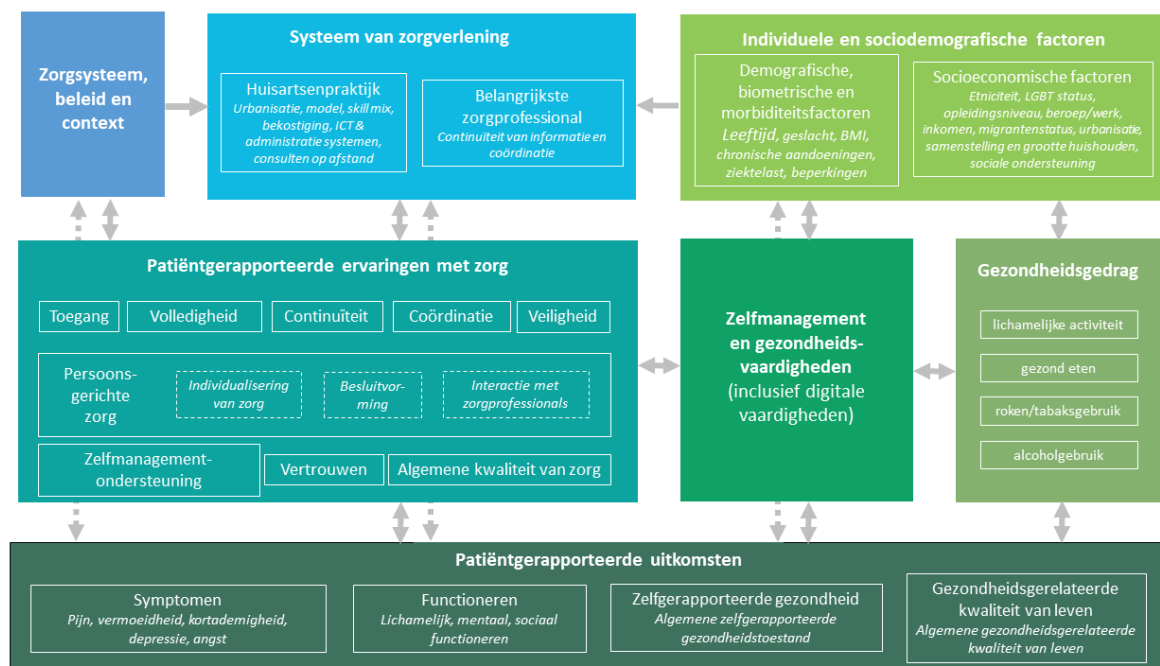
PaRIS heeft tot doel om landen te ondersteunen bij de hervorming van hun gezondheidszorgsysteem en in het bijzonder bij de omvorming van de chronische zorg in de eerste lijn. Door informatie over patiënt-gerapporteerde indicatoren op een systematische wijze te verzamelen binnen eerstelijnspraktijken, en deze te analyseren in relatie tot verschillen tussen praktijken in hun structuur en processen van zorg, ontstaat inzicht in de kwaliteit en uitkomsten van zorg zoals ervaren door patiënten. Verschillen tussen patiëntgroepen en praktijken laten bovendien zien waar verbetering nodig en mogelijk is. Het internationale karakter van PaRIS biedt nog een belangrijke

meerwaarde: landen kunnen zich ten opzichte van elkaar vergelijken en leren hoe de ervaringen van patiënten verband houden met kenmerken van gezondheidszorgsystemen. De mogelijkheid tot internationale vergelijking brengt ook enkele beperkingen met zich mee; vragen die heel specifiek zijn voor de Nederlandse context konden niet worden opgenomen. We lichten de gemaakte keuzes toe in paragraaf 2.2.1.

1.2 Conceptueel model

De basis voor het PaRIS-onderzoek is een conceptueel model dat ontwikkeld is in een stapsgewijs proces met een groot aantal stakeholders (zie paragraaf 2.2.1). De belangrijkste concepten van PaRIS zijn de *patiënt-gerapporteerde zorgervaringen* en de *patiënt-gerapporteerde uitkomsten* van zorg. Figuur 1.1 laat zien dat de ervaringen van patiënten met de zorg beïnvloed worden door het gezondheidszorgsysteem, de wijze waarop de zorg georganiseerd is en door kenmerken van de patiënten zelf, zowel hun sociaal-demografische en ziekte-gerelateerde kenmerken als hun vaardigheden om hun gezondheid en zorg zelf te managen en hun gezondheidsgedrag. De ontvangen zorg en de zorgervaringen van patiënten beïnvloeden op hun beurt de ervaren uitkomsten in termen van gezondheid en welbevinden. Daarop is uiteraard ook hun eigen gedrag van invloed. Belangrijk is dat de gezondheids- en zelfmanagementvaardigheden van patiënten, alsmede hun gezondheidsgedrag, niet worden beschouwd als externe factoren, maar als vaardigheden en gedragingen die door zorgverleners kunnen worden versterkt. Dit benadrukt dat *preventie* en *zelfmanagementondersteuning belangrijke aspecten* zijn van goede zorg. Voor een gedetailleerde beschrijving van het conceptuele model en de ontwikkeling daarvan verwijzen we hier naar Valderas et al. (2024).

Figuur 1.1 Conceptueel model van de PaRIS-studie (Valderas et al., 2024). Nederlandse vertaling door de auteurs



1.3 Vraagstelling

De vragen die in dit rapport worden beantwoord zijn:

1. Hoe hebben de huisartsenpraktijken die deelnamen aan PaRIS de (chronische) zorg die zij verlenen georganiseerd?
2. Wat zijn de ervaringen van patiënten van 45 jaar en ouder met de zorg die zij ontvangen vanuit hun huisartsenpraktijk?
3. Wat zijn de ervaringen van patiënten van 45 jaar en ouder met chronische aandoeningen met de chronische zorg die zij ontvangen vanuit hun huisartsenpraktijk?
4. Hoe hangen de zorgervaringen van huisartspatiënten van 45 jaar en ouder met chronische aandoeningen samen met hun ervaren gezondheid en welbevinden?

1.4 Leeswijzer

Alvorens de resultaten van het onderzoek te beschrijven, wordt in hoofdstuk 2 de onderzoeksmethode verder toegelicht. Omdat het de eerste keer is dat de PaRIS-enquête is afgenomen, doen we uitgebreid verslag van de wijze waarop de enquête is geïmplementeerd. In hoofdstuk 3 beschrijven we vervolgens een aantal kenmerken van de patiënten die in 2023 aan PaRIS hebben deelgenomen. In hoofdstuk 4 beschrijven we enkele kenmerken van de deelnemende huisartsenpraktijken en de wijze waarop zij de (chronische) zorg hebben georganiseerd (onderzoeksvraag 1). In hoofdstuk 5 beschrijven we de ervaringen van patiënten van 45 jaar en ouder met de zorg die zij vanuit hun huisartsenpraktijk ontvangen (onderzoeksvraag 2). In hoofdstuk 6 zoomen we in op de ervaringen van mensen met chronische aandoeningen met de huisartsenzorg, waarbij kernelementen van chronische zorg, zoals samen beslissen, het individuele zorgplan en zelfmanagementondersteuning worden belicht (onderzoeksvraag 3). In dit hoofdstuk wordt ook beschreven of de zorgervaringen van patiënten met chronische aandoeningen verband houden met de door hen gerapporteerde zorguitkomsten in termen van ervaren gezondheid en welbevinden (onderzoeksvraag 4). In hoofdstuk 7 bediscussiëren we de resultaten van PaRIS-2023 in het licht van het Nederlandse beleid gericht op de kwaliteit en houdbaarheid van de huisartsenzorg en de omvorming naar persoonsgerichte chronische zorg.

2 Methode

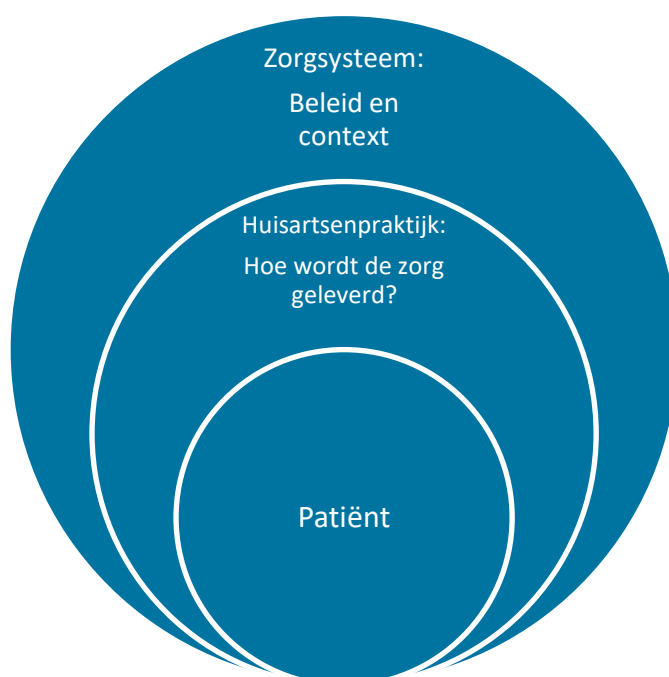
Dit hoofdstuk beschrijft de gebruikte onderzoeksmethode. Het hoofdstuk start met een korte toelichting op de structuur en fasen van PaRIS (paragraaf 2.1). Daarna volgt een beschrijving van de ontwikkeling en inhoud van de vragenlijsten (paragraaf 2.2), de dataverzameling (paragraaf 2.3) en de data analyse (paragraaf 2.4).

2.1 Structuur en fasen van PaRIS

2.1.1 Structuur van de PaRIS-enquête

Met de PaRIS-enquête wordt informatie verzameld over de kwaliteit van zorg zoals ervaren door patiënten. Hiervoor zijn patiënt-gerapporteerde indicatoren ontwikkeld en geïmplementeerd. Deze indicatoren betreffen zorgervaringen en uitkomsten van zorg, zoals de ervaren gezondheid en het welbevinden. Zoals het conceptuele model in paragraaf 1.2 laat zien, is het uitgangspunt van PaRIS dat de zorgervaringen en -uitkomsten worden beïnvloed door factoren op drie niveaus (zie Figuur 2.1). Op het niveau van de *individuele patiënt* zijn dat sociaal-demografische kenmerken, zoals leeftijd, geslacht, opleiding en inkomen, en ziektekenmerken, zoals het al of niet hebben van chronische aandoeningen en de aard daarvan. Ook de gezondheids-/zelfmanagementvaardigheden en leefstijl zijn factoren op dit individuele niveau. Een niveau hoger vinden we de *huisartsenpraktijken* die zorg verlenen aan deze patiënten. Op dit niveau worden de ervaringen en uitkomsten bijvoorbeeld beïnvloed door de manier waarop de praktijk georganiseerd is. Tenslotte is er het niveau van het *gezondheidszorgsysteem*: hoe is bijvoorbeeld de bekostiging van huisartsenpraktijken geregeld, en op welke wijze beïnvloedt dat de zorg die wordt verleend? Dit laatste niveau is relevant voor de vergelijking tussen landen, maar kan niet binnen Nederland worden onderzocht. Daarom beperken we ons in dit rapport tot het analyseren van factoren die gelegen zijn op de eerste twee niveaus, die van de patiënten en de praktijken.

Figuur 2.1 Overzicht van niveaus die van invloed zijn op de patiëntervaringen en -uitkomsten



2.1.2 Fasen van het PaRIS-onderzoek

PaRIS kende een ontwikkelingsfase¹ en een implementatiefase. Gedurende de ontwikkelingsfase (2020-21) heeft een internationaal consortium bestaande uit het Nivel (coördinator), Ipsos, University of Exeter, Avedis Donabedian Institute en Optimedis AG, in nauwe samenwerking met de OESO, internationale patiëntvertegenwoordigers en experts, het conceptuele model, de patiënt- en praktijkvragenlijst en het studieprotocol ontwikkeld en de deelnemende landen begeleid bij het ontwikkelen van een implementatieplan om de survey in eigen land op te zetten.

In de tweede fase (2021-24) zijn twee activiteiten uitgevoerd. Ten eerste werd in de deelnemende landen een Field Trial (pilot) voorbereid en uitgevoerd in 2022. De resultaten van de Field Trial werden geanalyseerd en het implementatieproces werd met de landencoördinatoren geëvalueerd. De ervaringen met de Field Trial leverden belangrijke inzichten op om de vragenlijsten en de implementatieplannen verder aan te scherpen (Van den Berg et al., 2024). Na deze testfase werd de PaRIS-enquête in 2023 in negentien landen afgenomen en heeft het consortium statistische analyses uitgevoerd om de resultaten van landen met elkaar te vergelijken. Deze internationale resultaten zijn in februari 2025 door de OESO gepubliceerd.

2.2 Vragenlijsten

2.2.1 Ontwikkeling vragenlijsten

De vragenlijsten voor patiënten en huisartsenpraktijken zijn door het internationale consortium, in nauwe samenwerking met de OESO, internationale patiëntvertegenwoordigers en experts ontwikkeld. Daarna is de vragenlijst geaccordeerd door de *Working Party for PaRIS*, waarin alle deelnemende landen formeel vertegenwoordigd zijn. De ontwikkeling van de vragenlijsten betrof een stapsgewijs proces, waarvoor verschillende methoden zijn gebruikt (literatuurstudie, focusgroepen, Delphi methode) waaraan een groot aantal adviseurs en stakeholders (zoals nationale en internationale patiëntenorganisaties, WONCA - de Wereldorganisatie voor huisartsen - en experts op het gebied van onderzoek naar eerstelijnszorg) heeft bijgedragen (Kendir et al., 2023). Voor meer informatie over de ontwikkeling van de Engelstalige bronvragenlijst voor patiënten verwijzen we naar Valderas et al. (in voorbereiding). De ontwikkeling van de Engelstalige bronvragenlijst voor praktijken staat beschreven in Bloemeke et al. (2024).

De vragenlijsten zijn opgezet om een internationale vergelijking mogelijk te maken. Dit brengt ook enkele beperkingen met zich mee. Zo moesten de enquêtevragen voor patiënten en medewerkers van eerstelijnspraktijken in alle landen kunnen worden gesteld, waardoor vragen die heel specifiek voor de Nederlandse context zijn niet konden worden opgenomen. Daarnaast is ervoor gekozen om niet de patiëntenregistraties van de deelnemende praktijken te gebruiken om patiënten met chronische aandoeningen te selecteren voor deelname aan de enquête, omdat deze selectie niet in alle landen mogelijk was. In plaats daarvan is de enquête in 2023 afgenomen bij alle patiënten van 45 jaar en ouder, die in de zes maanden voorafgaand aan de patiëntselectie vanwege hun eigen gezondheid contact hadden gehad met de praktijk. Op grond van het leeftijdscriterium was de verwachting dat het overgrote deel van de patiënten chronische aandoeningen zou hebben. Het al of niet hebben van chronische aandoeningen is vastgesteld op basis van zelfrapportage. De gegevens van mensen die aangaven geen chronische aandoening te hebben zijn niet uitgesloten, maar juist

¹ Hieraan vooraf ging een voorbereidende fase waarin de OESO samen met diverse adviesorganen het doel, de uitgangspunten en de contouren van PaRIS hebben geschetst.

gebruikt om meer inzicht te krijgen. Zo kan bijvoorbeeld worden vastgesteld of mensen met chronische aandoeningen andere ervaringen hebben dan mensen zonder chronische aandoeningen.

Vertaling

De vertaling van de Engelstalige bronvragenlijsten in de nationale talen is gecoördineerd door de landencoördinatoren (in Nederland het Nivel) in nauwe samenwerking met Ipsos, een van de consortiumpartners, en cApStAn, een internationaal vertaalbureau dat wereldwijd werkzaam is. Voor het maken van de vertalingen is een gerenommeerde aanpak gevolgd: TRAP-D (Translation, Review, Adjudication, Pre-testing, and Documentation; Mohler et al., 2016). Bij de TRAP-D methode worden twee onafhankelijke vertalingen gemaakt, die vervolgens worden beoordeeld door een derde taalkundige. Deze combineert de sterke punten uit beide vertalingen en zorgt voor één consistente vertaling. Deze versie wordt vervolgens naar beide vertalers gestuurd ter beoordeling, waarna in een mondeling overleg een definitieve versie wordt overeengekomen. In PaRIS zijn de vertalingen vervolgens nog beoordeeld door een externe proeflezer en heeft een reeks geautomatiseerde consistentiecontroles plaatsgevonden.

In PaRIS konden de deelnemende landen kiezen om de gehele TRAP-D procedure in eigen land uit te voeren of samen te werken met cApStAn. Het internationale consortium adviseerde landen om samen te werken met cApStAn, omdat dit bureau samen met Ipsos dan ook de consistentie van de vertalingen over alle deelnemende landen heen kon controleren. Evenals de meeste andere landen heeft het Nivel ervoor gekozen om de vertaling naar het Nederlands volgens de TRAP-D procedure met cApStAn te doen. In het mondelinge overleg tussen het Nivel, de door het Nivel aangestelde vertaler in Nederland en cApStAn ging het vooral om het bespreken van verschillen in de vertaling van termen, waarbij de ene vertaler een meer strikte vertaling had gemaakt en de andere meer vrijheid had genomen om dichter aan te sluiten bij de in Nederland gebruikelijke terminologie binnen de zorg. Voor gevalideerde vragen en schalen zijn de vertalingen goedgekeurd door de ontwikkelaars van deze instrumenten.

Cognitief testen

De eerste versies van beide Nederlandse vragenlijsten zijn cognitief getest door interviews te houden met potentiële respondenten, namelijk patiënten en zorgverleners. Samen met hen werd de desbetreffende vragenlijst doorgelopen in een telefonisch of online interview. Hiervoor is een interviewprotocol gebruikt dat door het consortium was ontwikkeld. Tijdens de interviews is vooral gelet op de begrijpelijkheid van de vragen: begrepen respondenten wat er gevraagd werd? Welke betekenis gaven zij aan bepaalde termen die in de vragen gebruikt werden? Ook werd bekeken of er geen termen gebruikt werden die gevoelig lagen. Er hebben twee interviewrondes plaatsgevonden met in totaal twintig patiënten en tien zorgverleners. De patiënten werden geworven onder de leden van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg (Brabers en de Jong, 2022). De zorgverleners zijn geworven via het professionele netwerk van het Nivel. De deelnemende zorgverleners kwamen uit verschillende typen praktijken: solopraktijk (twee keer), duopraktijk (drie keer), groepspraktijk (vier keer) en gezondheidscentrum (één keer). Aan de interviews namen drie huisartsen, twee praktijkverpleegkundigen, twee verpleegkundig specialisten, een praktijkmanager, een doktersassistent en een praktijkondersteuner deel. De aanbevelingen die door het Nederlandse team zijn gedaan op basis van de interviews zijn geanalyseerd door het consortium en verwerkt in de vragenlijst die gebruikt is in de Field Trial. Tenslotte zijn de vertalingen geaccordeerd door de OESO voor gebruik in de Field Trial.

Field Trial

De Field Trial bood vervolgens de gelegenheid om de vragenlijsten op grotere schaal te testen, waarna nog enkele vragen zijn aangepast of weggelaten in de definitieve vragenlijsten. Meer informatie over de Field Trial kan worden gevonden in het PaRIS Field Trial Report (Van den Berg et al., 2024). Aan de Field Trial in Nederland hebben twaalf huisartsenpraktijken en 1.052 patiënten meegedaan.

2.2.2 Inhoud vragenlijsten

De vragenlijsten voor patiënten en praktijken bevatten verschillende categorieën van vragen. De tabellen 2.1 (patiënten) en 2.2 (praktijken) geven een overzicht van de categorieën en de bijbehorende onderwerpen. In bijlage A (patiënten) en bijlage B (praktijken) zijn de definitieve vragenlijsten die in Nederland voor PaRIS zijn gebruikt opgenomen. De vragenlijst voor patiënten bestaat grotendeels uit vragen die ook in eerder internationaal onderzoek gebruikt en gevalideerd zijn. Hierdoor kunnen de resultaten van de verschillende landen die deelnemen aan PaRIS worden vergeleken en kunnen ook vergelijkingen met de resultaten van andere onderzoeken worden gemaakt. De vragenlijst voor praktijken bestaat daarentegen vooral uit nieuwe vragen, die nog niet eerder in onderzoek zijn gebruikt.

De praktijkvragenlijst kon worden ingevuld door een huisarts of andere zorgverlener van de praktijk of de praktijkmanager, waar nodig ook in overleg. De vragenlijst voor patiënten kon zowel online als op papier worden ingevuld. Naast de Nederlandse versie was er voor patiënten ook een Engelse online versie beschikbaar.

Tabel 2.1 Overzicht van onderwerpen in de vragenlijst voor patiënten

Categorie	Onderwerpen
Gezondheidsuitkomsten (PROMs)	Aandoeningen / symptomen, (dagelijks) functioneren, inschatting eigen gezondheid en kwaliteit van leven
Ervaringen met zorg (PREMs)	Toegankelijkheid, volledigheid, continuïteit, coördinatie, veiligheid, persoonsgerichtheid, ondersteuning, vertrouwen en kwaliteit van zorg
Gezondheidsvaardigheden	Begrip van informatie, interactie en samenwerking met zorgverleners
Gedrag	Activiteit, dieet, gebruik van tabak en alcohol
Achtergrondkenmerken	Leeftijd, geslacht / gender, opleiding, inkomen, financiële situatie, samenstelling huishouden, ondersteuning / sociaal netwerk

Tabel 2.2 Overzicht van onderwerpen in de vragenlijst voor praktijken

Categorie	Onderwerpen
Toegankelijkheid	Bereikbaarheid (buiten kantooruren), consultmogelijkheden, visites
Beschikbare tijd	Tijd gereserveerd voor verschillende soorten consulten
Dossiers	Bijhouden, volledigheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid van medische dossiers
ICT	Beschikbaarheid ICT, geautomatiseerde taken, uitwisseling van informatie met andere zorgverleners
Skill mix	Werkzaamheden van de huisarts en andere praktijkmedewerkers
Coördinatie van zorg	Zorg voor patiënten met specifieke aandoeningen, coördinatie van zorg met andere zorgverleners / sociaal domein, betrokken medewerkers
Zorgplan	Gebruik van zorgplannen, inhoud, betrekken van patiënten, naasten en andere zorgverleners
Ondersteuning	Manieren om patiënten met chronische aandoeningen te ondersteunen en monitoren
Bekostigen	Bekostigingsmodel, betaling zorgverleners
Achtergrondkenmerken	Soort praktijk, locatie

2.3 Dataverzameling

Door het consortium was berekend dat in Nederland, net als in vergelijkbare landen, ongeveer 100 praktijken en 75 patiënten per deelnemende praktijk (totaal 7.500 patiënten) aan de enquête zouden moeten deelnemen om een voldoende groot aantal respondenten te hebben voor betrouwbare internationale vergelijking.

2.3.1 Werving praktijken

Omdat de patiënten uit het patiëntenbestand van de deelnemende huisartsenpraktijken moesten worden geworven, was het noodzakelijk dat de deelnemende praktijken toegang verleenden tot hun databestand met patiënten. In Nederland hebben de meeste huisartsenpraktijken een verwerkersovereenkomst met een bedrijf dat de ICT support voor praktijken levert. Calculus is een van deze bedrijven, en voor zowel de Field Trial als de definitieve PaRIS-enquête zijn praktijken in samenwerking met Calculus geworven. Calculus beheert het softwaresysteem VIPLive dat door praktijken gebruikt wordt om bijvoorbeeld declaraties te doen, administratie te voeren, het praktijkmanagement te ondersteunen en andere IT taken uit te voeren². Hiermee heeft Calculus toegang tot de gegevens van patiënten in het huisartseninformatiesysteem, en kon Calculus helpen bij het trekken van de steekproef van patiënten (zie paragraaf 2.3.2). Dit zorgde voor een lagere belasting voor deelnemende praktijken.

Bij VIPLive zijn ongeveer 3.600 huisartsenpraktijken in Nederland aangesloten, die allen voldoen aan de criteria van het PaRIS-onderzoek: ze zijn gemachtigd om zorg te verlenen aan de gehele Nederlandse bevolking en verrichten zorgtaken voor patiënten met een chronische aandoening. De 3.600 aangesloten praktijken vormen ongeveer 74% van het totaal aantal huisartsenpraktijken in

² Zie <https://viplive.nl/>

Nederland (4.847 praktijken; Jansen et al., 2023). De praktijken die aangesloten zijn bij VIPLive zijn verspreid over heel Nederland, en zijn representatief voor de gehele populatie van praktijken.

Alle praktijken aangesloten bij VIPLive kregen in de periode maart tot en met oktober 2023 een pop-up te zien (bij het opstarten van het systeem) waarin verwezen werd naar een bericht over het PaRIS-onderzoek. Praktijken konden bij dit bericht hun interesse voor deelname aangeven, waarbij ze toestemming gaven aan Calculus om hun contactgegevens te delen met het Nivel. Vervolgens werden de geïnteresseerde praktijken opgebeld door het Nivel en werd verdere informatie verschaft, werden vragen beantwoord, en werd toestemming gevraagd voor deelname aan het PaRIS-onderzoek. Wanneer praktijken toestemming gaven voor deelname gaf het Nivel de contactgegevens van de praktijk door aan DESAN. DESAN, een mailhouse, was de tweede partij waarmee het Nivel samenwerkte om het PaRIS-onderzoek in Nederland uit te voeren.³ DESAN was verantwoordelijk voor het verdere contact met de praktijken en het verzenden van de vragenlijsten aan praktijken en patiënten. Praktijken die wilden deelnemen werd gevraagd om een verwerkersovereenkomst met DESAN te tekenen, zodat zij de verzending van de vragenlijsten aan patiënten konden verzorgen. Na het tekenen van de verwerkersovereenkomst namen praktijken formeel deel aan het PaRIS-onderzoek. DESAN fungeerde ook als helpdesk voor patiënten die vragen hadden over (het invullen van) de vragenlijst of het PaRIS-onderzoek. Dit alles met de insteek om de belasting voor deelnemende praktijken zoveel mogelijk te beperken. Aan de praktijken die deelnamen werd door DESAN ook een link gestuurd naar de online vragenlijst voor praktijken. Na ontvangst van de link hadden ze ongeveer een maand de tijd om de vragenlijst in te vullen. De totale periode van dataverzameling onder praktijken liep van maart 2023 tot en met half januari 2024. Op het eind, na alle stappen te hebben doorlopen, kregen de praktijken een vergoeding van 250 euro.

Naast de werving via de pop-up in VIPLive zijn ook de twaalf praktijken die deel hebben genomen aan de Field Trial, en de 147 praktijken die interesse toonden tijdens de Field Trial door het Nivel per mail benaderd met de vraag of ze deel wilden nemen aan de PaRIS-enquête. Bij interesse werden de contactgegevens van de praktijk doorgegeven aan DESAN en volgden de praktijken het traject zoals hierboven beschreven.

2.3.2 Werving patiënten

Voor alle deelnemende praktijken heeft Calculus een steekproef getrokken uit het patiëntenbestand van de praktijk. Uit alle patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria van het PaRIS-onderzoek werden willekeurig 500 patiënten geselecteerd. De inclusiecriteria waren 45 jaar of ouder, en tenminste een keer contact met de praktijk in het afgelopen half jaar. Deze inclusiecriteria zijn opgesteld door het internationale consortium en in elk van de deelnemende landen toegepast. Een rapport met daarin de lijst met geselecteerde deelnemers werd door Calculus klaargezet in het IT systeem, waarna de huisarts of een andere gekwalificeerde medewerker van de praktijk de lijst kon controleren. Bij deze controle kon de praktijk aangeven of er patiënten op de lijst stonden die, om wat voor reden dan ook, de vragenlijst niet zouden kunnen invullen. De herziene lijst werd door de praktijk via een beveiligde omgeving naar DESAN gestuurd. DESAN verstuurde vervolgens namens de praktijk een brief naar de geselecteerde patiënten met daarin informatie over het onderzoek (inclusief links naar websites voor verdere informatie), een link naar de online vragenlijst met bijbehorende inlogcode, en een e-mailadres voor de beantwoording van eventuele vragen. Als patiënten de vragenlijst liever op papier wilden invullen konden ze dat aangeven door een

³ Tussen Nivel en DESAN is een service level agreement afgesloten waar ook het PaRIS-onderzoek onder valt. DESAN heeft met elke huisartsenpraktijk een verwerkersovereenkomst afgesloten. Omdat de data rechtstreeks van de praktijken naar DESAN gingen, werden er geen persoonsgegevens uitgewisseld tussen Nivel en DESAN uitgewisseld.

antwoordkaartje retour te sturen naar DESAN. DESAN stuurde de patiënt dan een schriftelijke vragenlijst toe. De dataverzameling vond plaats in verschillende rondes. Patiënten hadden ongeveer een maand de tijd om de vragenlijst in te vullen. De totale periode van dataverzameling onder patiënten liep van augustus 2023 (versturing van de brieven naar patiënten van de deelnemende praktijken in de eerste ronde) tot en met half januari 2024 (sluiting van de vragenlijst).

2.3.3 Respons huisartsenpraktijken en patiënten

Zoals hierboven aangegeven was het streven dat 100 praktijken en 7.500 patiënten zouden deelnemen aan de PaRIS-enquête. Uiteindelijk hebben 449 praktijken aangegeven interesse te hebben in deelname, hiervan zijn er 377 door het Nivel telefonisch benaderd. Daarnaast zijn 22 praktijken alleen per mail benaderd. De redenen dat praktijken (in totaal 50) niet gebeld of anderszins benaderd zijn, waren het ontbreken van contactpersonen in de aangeleverde lijst of foutieve telefoonnummers waarbij het niet mogelijk was om het correcte nummer eenduidig te achterhalen. Verder bleek in sommige gevallen dat er meerdere AGB codes bij dezelfde praktijk hoorden. Tenslotte konden 15 praktijken niet meer gebeld of gemaïld worden omdat de werving van praktijken op 30 november 2023 werd afgesloten. Uiteindelijk hebben 60 praktijken ook daadwerkelijk meegedaan aan het onderzoek.

Vanuit deze 60 praktijken zijn 28.006 patiënten uitgenodigd voor deelname aan de enquête. In totaal hebben 4.939 patiënten (18%) de vragenlijst – geheel of gedeeltelijk - ingevuld, waarvan 4.376 online en 563 op papier. Gemiddeld hebben 82 patiënten per praktijk deelgenomen (range 25-120 patiënten), waarmee het streven van 75 patiënten per praktijk is gehaald. Bijna alle patiënten (4.924) vulden de Nederlandstalige vragenlijst in, 15 patiënten vulden de Engelstalige vragenlijst in.

De belangrijkste redenen waarom het streefaantal van 100 huisartsenpraktijk niet is gehaald waren het zeer tijdsintensieve proces van het contacteren van praktijken die interesse hadden om deel te nemen en de tijdsduur tussen de toezegging van praktijken tot deelname en het afhandelen van de vervolgstappen daarna. Het bleek vaak lastig om de praktijk te bereiken en de juiste persoon te vinden die in het VIPLive systeem de interesse in deelname had aangegeven. Verder was er daarna vaak intern overleg nodig alvorens een besluit werd genomen, of kwamen er nieuwe vragen op waarop een antwoord werd gezocht. In veel gevallen werd uiteindelijk besloten om toch niet deel te nemen aan het onderzoek. De meest gehoorde reden hiervoor was de werkdruk in de praktijk. Ook redenen als tekort aan personeel en zorgen om de privacy van patiënten (ondanks de uitgebreide informatie over de behandeling van de gegevens volgens de AVG wetgeving) werden genoemd. Dat neemt niet weg dat de ervaringen met het gevolgde proces positief zijn. Het directe contact met praktijken bleek zeer zinvol, aangezien er vaak gedetailleerde vragen over het onderzoek speelden bij de praktijken die op deze manier snel beantwoord konden worden. Uiteindelijk hebben alle 60 praktijken die deelnamen de vragenlijst voor praktijken ingevuld en de patiëntgegevens aangeleverd. Dat heeft ertoe geleid dat de verzamelde data van hoge kwaliteit zijn, en dat gemiddeld genomen per praktijk voldoende patiënten hebben deelgenomen.

2.4 Data analyse

Voor de hoofdstukken 3 en 4 hebben we beschrijvende analyses uitgevoerd. We geven in die hoofdstukken een beschrijving van de belangrijkste kenmerken van patiënten en praktijken die aan PaRIS hebben deelgenomen.

Voor de hoofdstukken 5 en 6 zijn de resultaten gebaseerd op schattingen uitgevoerd met multi-level regressiemodellen. Met deze modellen wordt rekening gehouden met het feit dat in PaRIS patiënten ingebed zijn in praktijken. Bovendien zijn de schattingen gemaakt met behulp van een standaardpopulatie en gelden daarom voor een patiëntenpopulatie die qua leeftijd en geslacht overeenkomt met de Nederlandse PaRIS-populatie (zie tabel 3.2). Op die manier is gecorrigeerd voor selectie- en non-respons bias onder patiënten.

De analyses zijn uitgevoerd in Stata 16.1. Voor de multi-level analyses is een significantieniveau van 5% aangehouden om te bepalen of een verband tussen variabelen, dan wel een verschil tussen groepen, statistisch significant is.

3 Deelnemende patiënten

In dit hoofdstuk staan de patiënten die aan de enquête hebben deelgenomen centraal. In paragraaf 3.1 beschrijven we de deelnemers op basis van hun sociaal-demografische kenmerken en de relatie tussen deze kenmerken en het aantal gerapporteerde chronische aandoeningen. Ook komt de ervaren gezondheid aan bod. De gegevens die voor deze beschrijving zijn gebruikt komen uit de vragenlijst voor patiënten. In paragraaf 3.2 gaan we in op de representativiteit van de deelnemende patiënten.

- Onder de huisartspatiënten van 45 jaar en ouder die aan PaRIS-2023 deelnamen zijn iets meer vrouwen dan mannen, hetgeen een goede afspiegeling is van de beoogde patiëntenpopulatie, maar patiënten jonger dan 65 jaar zijn ondervertegenwoordigd. De resultaten op de patiënt-gerapporteerde indicatoren, beschreven in de hoofdstukken 5 en 6, zijn hiervoor gecorrigeerd.
- Ruim de helft van de deelnemers is gepensioneerd; een derde verricht betaald werk. Vier op de vijf deelnemers heeft een chronische aandoening; bij de meeste van hen gaat het om meer dan één chronische aandoening (multimorbiditeit).
- Twee derde van alle deelnemers beoordeelt de eigen gezondheid als (heel) goed of uitstekend.

3.1 Kenmerken van deelnemende patiënten

Tabel 3.1 geeft een overzicht van de deelnemende patiënten naar een aantal sociaal-demografische en ziektekenmerken.

Tabel 3.1 Beschrijving van de deelnemende patiënten naar achtergrondkenmerken

Kenmerk	%	N
Geslacht		4.579
Vrouw	53	2.411
Man	46	2.128
Anders / Zeg ik liever niet	1	40
Leeftijd		4.926
45 – 54	14	672
55 – 64	24	1.159
65 – 74	36	1.748
75 – 84	22	1.096
85 en ouder	5	251
Opleiding		4.589
Primair / voortgezet onderwijs	45	2.080
Middelbaar (beroeps)onderwijs	13	603
HBO / WO	42	1.906

Tabel 3.1 Beschrijving van de deelnemende patiënten naar achtergrondkenmerken - Vervolg

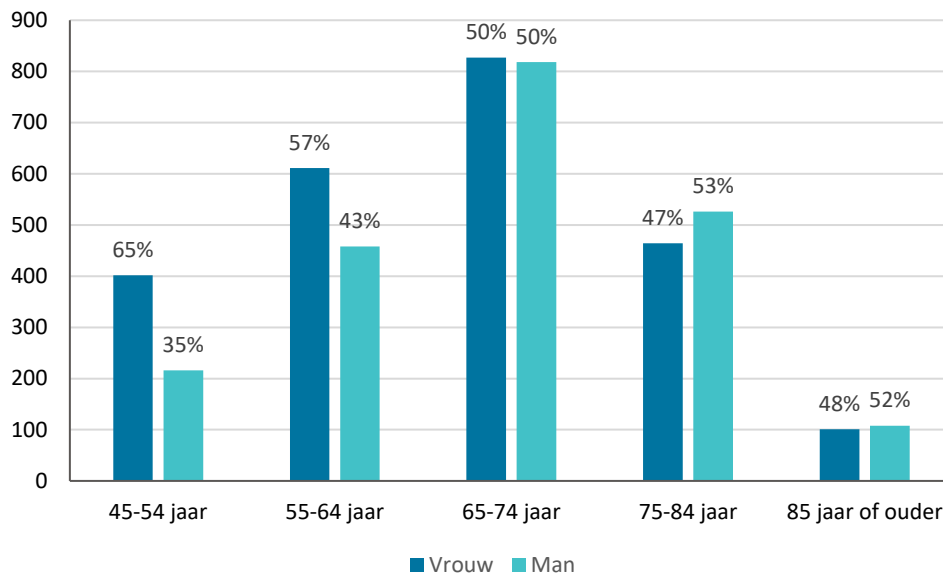
Kenmerk	%	N
Woongebied		4.631
Grote stad	23	1.046
Middelgrote plaats, dorp of stad	55	2.557
Landelijk gebied	22	1.014
Weet niet	0	14
Werksituatie		4.605
Gepensioneerd	53	2.459
Werkend in dienstverband	26	1.180
Werkzaam als zelfstandige	7	309
Huisvrouw/huisman	5	221
Niet in staat te werken	5	217
Niet werkend en niet werkzoekend	3	115
Werkzoekend	1	21
Anders	2	83
Inkomen per maand (huishouden, netto)		4.560
Laag (tot € 2.375,-)	20	896
Middel (€ 2.375,- tot € 3.958,-)	34	1.546
Hoog (€ 3.958,- of meer)	25	1.151
Weet niet / zeg ik liever niet	21	967
Aantal chronische aandoeningen		4.716
Geen	21	1.000
Eén	33	1.577
Twee	25	1.187
Drie of meer	20	952
Chronische aandoening aanwezig⁴		
Hoge bloeddruk	60	1.894
Artritis of een chronisch probleem met de rug of gewrichten	21	995
Hart- of vaatziekte	20	936
Ademhalingsaandoening (bijvoorbeeld astma, COPD)	14	660
Diabetes (type 1 of 2)	12	559
Depressie, angststoornis of andere psychische aandoening (bijvoorbeeld bipolaire stoornis of schizofrenie) die nu nog speelt	8	393
Kanker	8	383
Neurologische aandoening (bijvoorbeeld epilepsie of migraine)	5	240
Chronische nieraandoening	2	110
Ziekte van Alzheimer of een andere oorzaak van dementie	1	25
Chronische leveraandoening	1	24
Ander(e) langdurig(e) probleem / problemen	22	1.046

⁴ De desbetreffende vraag in de vragenlijst luidde: "Heeft een arts ooit gezegd dat u een of meer van de volgende gezondheidsaandoeningen hebt?", met vervolgens een lijst van 11 chronische aandoeningen en de optie 'anders'. Voor de leesbaarheid geven we positieve antwoorden op deze vragen weer als patiënten die deze aandoening ook daadwerkelijk hebben.

Geslacht en leeftijd

Van de deelnemers is 53% vrouw en 46% man (1% 'anders' of 'zeg ik liever niet'). Uitgesplitst naar leeftijdscategorieën valt op dat vrouwen de meerderheid vormen van de respondenten jonger dan 75 jaar, terwijl de meeste respondenten die 75 jaar of ouder zijn man zijn (Figuur 3.1).

Figuur 3.1 Leeftijdverdeling naar geslacht van deelnemende patiënten (n=4.539). De percentages verwijzen naar de verdeling vrouw/man binnen een leeftijdscategorie



Opleiding en woongebied

De meeste deelnemers hebben primair / voortgezet onderwijs (45%) of HBO / WO (42%) gevolgd. De groep die middelbaar (beroeps)onderwijs heeft gevolgd is vrij klein (13%) ten opzichte van het percentage dat volgens de definitie van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) in de middelste opleidingscategorie valt.⁵ De reden om de deelnemersgroep in deze drie opleidingscategorieën in te delen is dat deze indeling overeenkomt met de internationale indeling die in alle deelnemende landen is gebruikt. Qua woongebied geeft een meerderheid van de deelnemers (55%) aan dat zij in een middelgrote plaats, dorp of stad wonen. Ruim twintig procent woont in een grote stad of juist in landelijk gebied.

Inkomen en werk

Van de 4.605 respondenten die antwoord gaven op de vraag naar hun werksituatie is de meerderheid (53%) gepensioneerd. Een derde (33%) verricht betaald werk, in loondienst of als zelfstandige. Twintig procent van de deelnemende patiënten gaf aan dat hun netto huishoudinkomen maximaal € 2.375,- bedraagt. Een kwart heeft een netto huishoudinkomen van bijna € 4.000,- of meer. Ruim een of de vijf deelnemers (21%) heeft de vraag over hun huishoudinkomen niet beantwoord, hetgeen niet ongebruikelijk is bij vragen over inkomen.

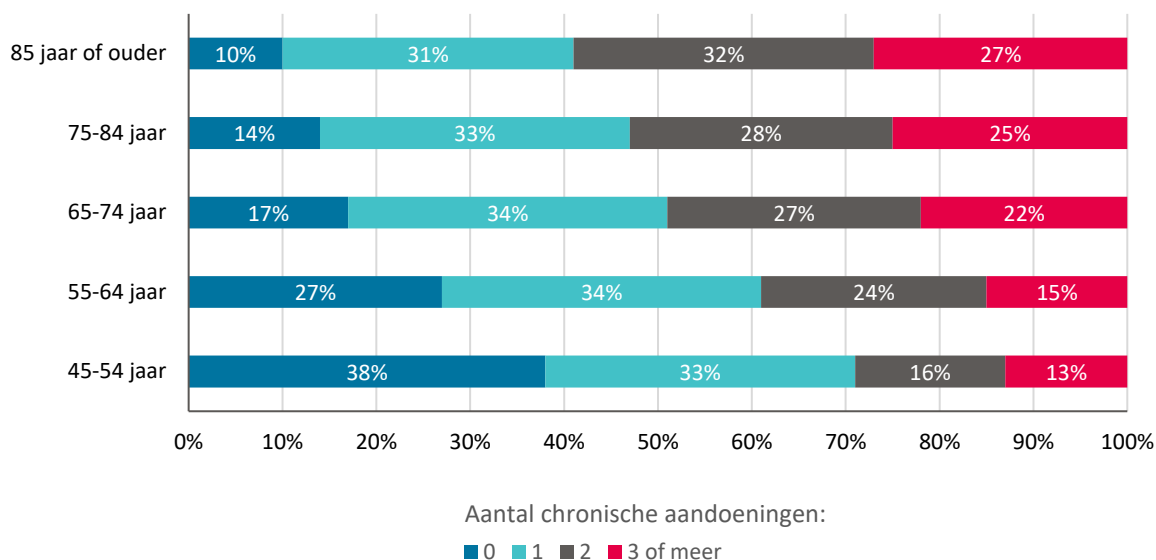
Chronische aandoeningen

Bijna acht op de tien deelnemer (79%) geeft aan één of meer chronische aandoeningen te hebben. Daarbij zijn er meer mensen met multimorbiditeit dan met één chronische aandoening. Het aantal chronische aandoeningen hangt samen met leeftijd (Figuur 3.2): naarmate de deelnemers ouder zijn,

⁵ StatLine - Bevolking; hoogstbehaald onderwijsniveau en onderwijsrichting

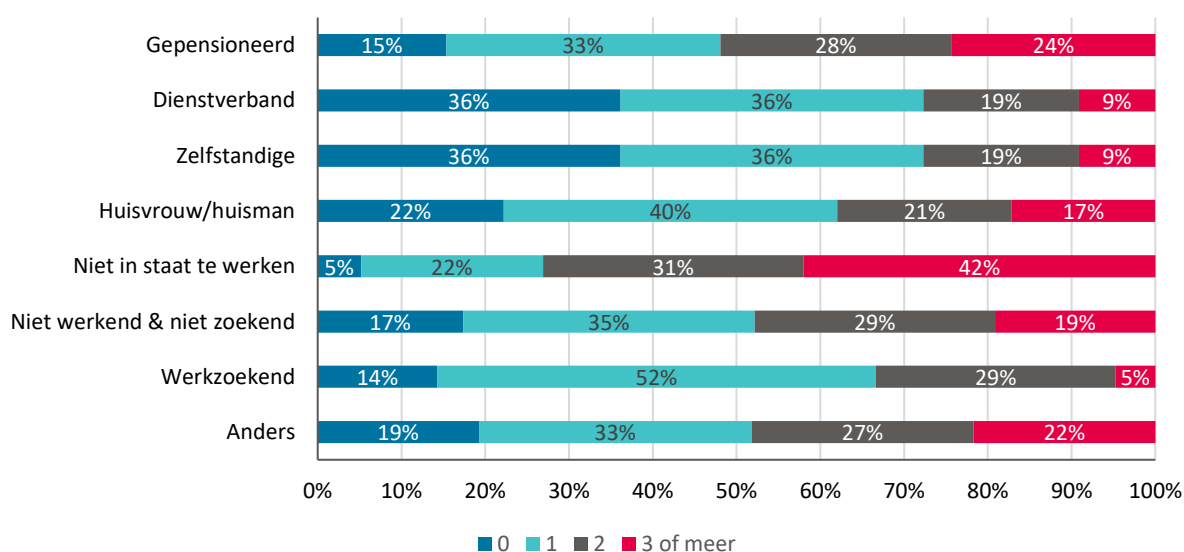
rapporteren ze vaker chronische aandoeningen te hebben en ook meer chronische aandoeningen te hebben.

Figuur 3.2 Verband tussen leeftijd en aantal chronische aandoeningen van deelnemende patiënten (n=4.704, vragenlijst voor patiënten)



Figuur 3.3 laat zien dat er ook een verband is tussen de werksituatie van de deelnemers en het aantal chronische aandoeningen. Van de gepensioneerden heeft 85% minimaal één chronische aandoening en bijna een kwart (24%) zelfs drie of meer chronische aandoeningen. Het percentage mensen met drie of meer chronische aandoeningen is alleen hoger onder degenen die aangeven niet in staat te zijn om te werken vanwege ziekte of een slechte gezondheid (42%). Onder de deelnemers die betaald werk verrichten, hetzij in loondienst of als zelfstandige, heeft nog altijd ongeveer twee derde minimaal één chronische aandoening.

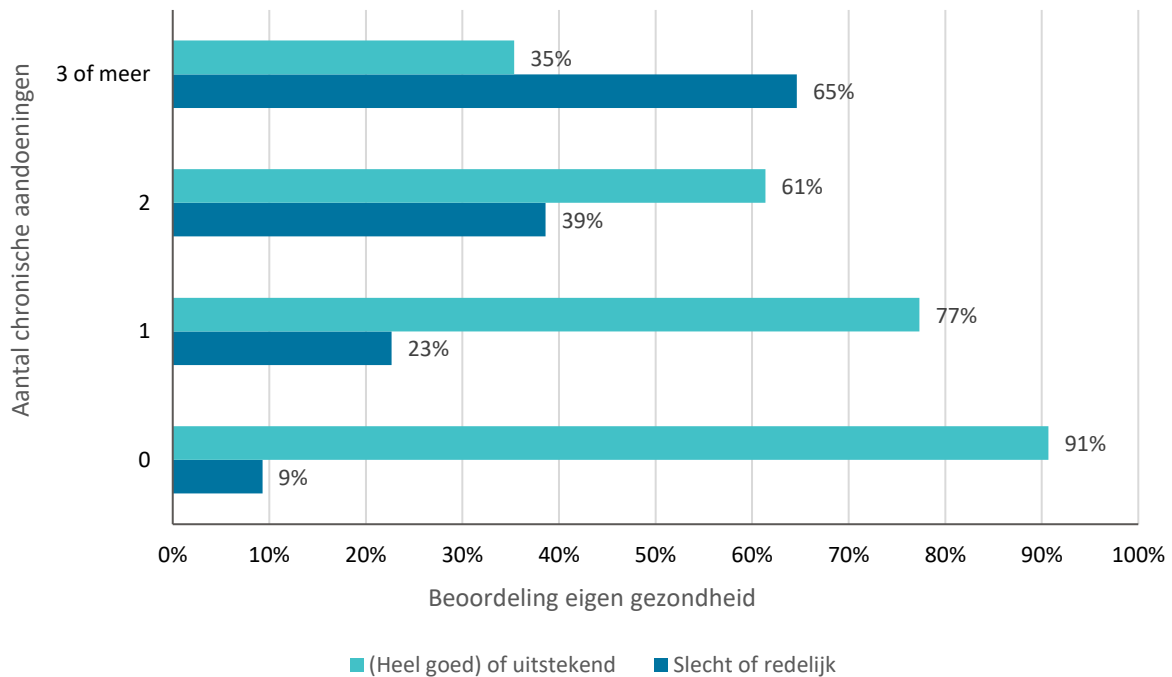
Figuur 3.3 Aantal chronische aandoeningen uitgesplitst naar werksituatie van deelnemende patiënten (n=4.554, vragenlijst voor patiënten)



Ervaren gezondheid

Twee derde van alle deelnemers (67%) beoordeelt de eigen gezondheid als goed, heel goed of uitstekend. Daarbij bestaat er wel een verband met het aantal chronische aandoeningen dat men heeft (Figuur 3.4). Van degenen zonder een chronische aandoening beoordeelt 91% hun gezondheid als goed, heel goed of uitstekend, terwijl dat van de mensen met drie of meer chronische aandoeningen slechts 35% is.

Figuur 3.4 Aantal chronische aandoeningen uitgesplitst naar gezondheidstoestand van deelnemende patiënten (n=4.711, vragenlijst voor patiënten)



3.2 Representativiteit van deelnemende patiënten

In deze paragraaf vergelijken we de patiënten die hebben deelgenomen met de totale populatie patiënten in Nederland die aan de selectiecriteria voor PaRIS voldoen. Hierdoor kan een indruk worden gekregen van de representativiteit van de deelnemende patiënten.

De patiëntenpopulatie van PaRIS bestaat uit alle patiënten van 45 jaar en ouder die ingeschreven staan bij een huisartsenpraktijk in Nederland en over een tijdsbestek van zes maanden (voorafgaand aan de enquête) tenminste één keer contact hadden met de praktijk vanwege hun eigen gezondheid. Op basis van een combinatie van gegevens uit Nivel Zorgregistraties (waaruit het percentage van de mensen in Nederland die contact hebben met hun huisarts gehaald kan worden) en van het CBS hebben we de totale omvang van deze populatie geschat op 7.051.450 personen (peildatum: 1 januari 2023; zie Tabel 3.2).

In Tabel 3.2 staan de geschatte verdelingen naar leeftijd en geslacht van de patiënten in de PaRIS-populatie en van de deelnemende patiënten (respondenten). De tabel laat zien dat in de deelnemersgroep een ondervertegenwoordiging is van 45- t/m 54-jarigen en een oververtegenwoordiging van 65- t/m 74-jarigen en in minder mate ook van mensen van 75 jaar en

ouder. Het aandeel vrouwen en mannen onder de deelnemers komt goed overeen met dat van de populatie.

Tabel 3.2 Geschatte totale populatie patiënten die voldoen aan de selectiecriteria voor PaRIS en de deelnemende patiënten (respondenten): verdeling naar leeftijd en geslacht⁶

	PaRIS-patiëntenpopulatie N=7.051.450 %	Deelnemers (respondenten) %
Leeftijd (in jaren)		N=4.926
45 – 54	26	14
55 – 64	27	24
65 – 74	24	36
75 of ouder	22	27
Geslacht		N=4.579
vrouw	52	53
man	48	47
anders / zeg ik liever niet		1

Om vertekening van de resultaten door selectie- of non-respons bias te voorkomen, zijn de resultaten van patiënten die in de hoofdstukken 5 en 6 worden beschreven gestandaardiseerd naar de leeftijds- en geslachtsverdeling van de PaRIS-patiëntenpopulatie in Nederland.

⁶ De totale populatie voor PaRIS is geschat op basis van registratiegegevens over huisartsenbezoek uit Nivel Zorgregistraties. 85% van alle geregistreerde patiënten bezoekt de huisarts of praktijkondersteuner minimaal één keer per jaar. Patiënten van 45 jaar tot en met 64 jaar bezochten hun huisarts of praktijkondersteuner gemiddeld vijf keer in 2022. Voor patiënten van 85 jaar en ouder was dit gemiddeld vijftien keer. Het is daarom aannemelijk dat patiënten uit deze leeftijdsgroepen hun huisarts in het half jaar voorafgaand aan het PaRIS-meetmoment bezocht hebben. Zie Heins et al. (2023). Zorg door de huisarts: jaarcijfers 2022 en trendcijfers 2018-2022. Nivel.

4 Deelnemende huisartsenpraktijken en de chronische zorg die zij verlenen

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van de 60 deelnemende huisartsenpraktijken naar praktijkvorm, locatie, type consulten en vergoedingen (paragraaf 4.1). In paragraaf 4.2 wordt specifiek gekeken naar een aantal elementen van de chronische zorg die deze praktijken verlenen. De informatie in dit hoofdstuk is gebaseerd op antwoorden van de praktijken op vragen uit de vragenlijst voor praktijken.

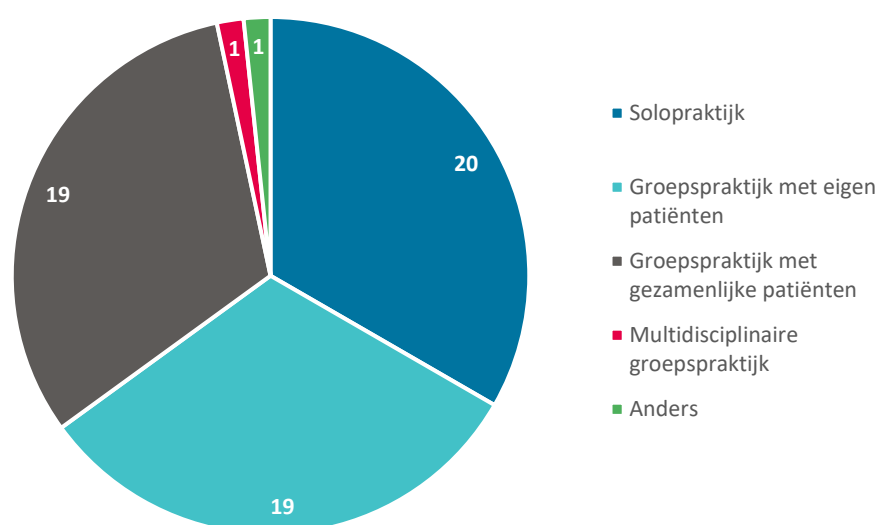
- Bijna twee op de drie deelnemende huisartsenpraktijken rapporteerde een groepspraktijk te zijn; één op de drie gaf aan een solopraktijk te zijn en slechts één praktijk gaf aan een multidisciplinaire groepspraktijk te zijn. Dit beeld wijkt af van de verdeling naar praktijkvorm van alle praktijken in Nederland, maar dit kan ook komen door definitie- of interpretatieverschillen.
- Vrijwel alle deelnemende praktijken bieden patiënten de mogelijkheid voor telefonische consulten of andere consulten op afstand, bijvoorbeeld via e-mail of een digitaal patiëntenplatform, maar videoconsulten worden nog door minder dan de helft van de praktijken (45%) aangeboden.
- Chronische zorg wordt door vrijwel alle praktijken verleend voor specifieke (ketenzorg)aandoeningen. Circa de helft verleent ook chronische zorg aan patiënten met psychische aandoeningen of de ziekte van Alzheimer / dementie. Maar ruim een derde geeft aan chronische zorg te verlenen aan patiënten met artritis of andere aandoeningen van het bewegingsapparaat. De meeste praktijken vinden dat zij onvoldoende zijn toegerust om de zorg voor mensen met ernstige psychische problemen of verslavingsproblematiek te managen.
- Ruim 70% van de deelnemende praktijken geeft aan routinematig te werken met individuele zorgplannen. De meeste doen dit bij patiënten met specifieke aandoeningen. Een derde van de praktijken werkt met individuele zorgplannen ongeacht het type chronische aandoening van de patiënt.
- Zelfmanagementondersteuning wordt vooral verleend gedurende het consult met de patiënt. In ongeveer de helft van de praktijken gebeurt dit door speciaal opgeleide teamleden en wordt er gewerkt met het stellen van persoonlijke doelen en het maken van actieplannen samen met de patiënt. Ongeveer één op de drie deelnemende praktijken verwijst patiënten ook naar een zelfmanagementcursus.

4.1 Kenmerken van deelnemende praktijken

Praktijkvorm

Qua praktijkvorm rapporteerden 20 van de 60 deelnemende praktijken een solopraktijk te zijn en 38 een groepspraktijk, waarvan 19 met eigen patiënten en 19 met gezamenlijke patiënten. Eén praktijk gaf aan een multidisciplinaire groepspraktijk te zijn, terwijl één praktijk 'anders' invulde.

Figuur 4.1 Aantal deelnemende praktijken naar type praktijk (n=60)



Wanneer we de deelnemende praktijken qua praktijkvorm vergelijken met de totale populatie van Nederlandse huisartsenpraktijken (Jansen et al., 2023), dan lijken solopraktijken oververtegenwoordigd en multidisciplinaire groepspraktijken ondervertegenwoordigd te zijn (Tabel 4.1). Hierbij moet worden opgemerkt dat de praktijkvorm die in PaRIS door de praktijken gerapporteerd is kan afwijken van de definitie van de verschillende organisatievormen van huisartsenpraktijken in Nederland, zoals beschreven in Jansen et al. (2023).

Tabel 4.1 Totale populatie praktijken die voldoen aan de selectiecriteria voor PaRIS en de deelnemende praktijken: verdeling naar type praktijk

Praktijkvorm	Huisartsenpraktijken in Nederland* (n=4.847) %	Huisartsenpraktijken deelnemend aan PaRIS (n=60) %
Solopraktijk	16	33
Groepspraktijk	70	63**
Multidisciplinaire groepspraktijk	14	2
Anders	1	2

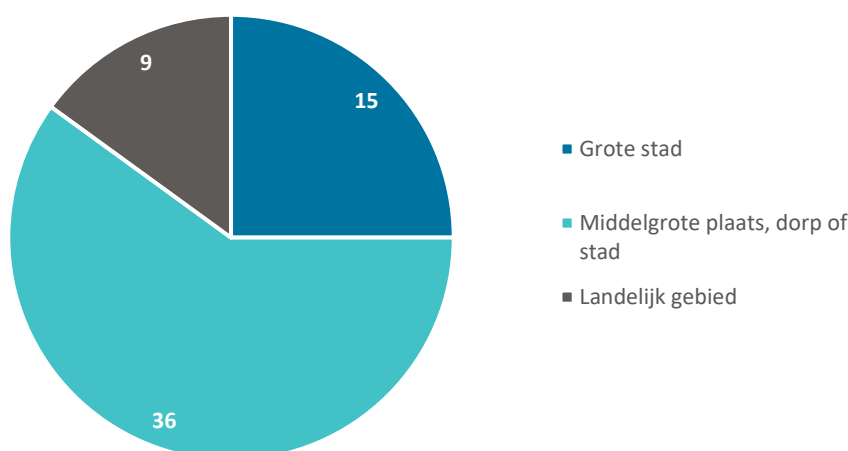
* Bron: Jansen et al., 2023

** Groepspraktijken met gezamenlijke patiënten en de groepspraktijken met eigen patiënten zijn samengevoegd.

Locatie

De meeste deelnemende praktijken (n=36; 60%) zijn gehuisvest in een middelgrote plaats, dorp of stad (zie Figuur 4.2). Een kwart is gehuisvest in een 'grote stad' (n=15) en 15 procent in 'landelijk gebied' (n=9).

Figuur 4.2 Aantal deelnemende praktijken in grote stad, landelijk gebied en middelgrote plaats, dorp of stad (n=60)



Ontvangen vergoedingen

De vragenlijst voor praktijken bevatte een vraag naar aanvullende vergoedingen die de praktijk ontvangt, naast het basisbekostigingsmodel (algemeen inschrijftarief en consulttarief). De meeste praktijken (n=54) gaven aan voor de behandeling van patiënten met bepaalde chronische aandoeningen additionele middelen te krijgen via integrale bekostiging (zie Figuur 4.3). Ook een extra vergoeding voor het werken in een specifiek gebied (zoals het platteland of een achterstandswijk) werd door een meerderheid van de praktijken (n=39) genoemd. Het minst genoemd werden een vergoeding voor het behalen van doelen voor doorverwijzing van patiënten (drie praktijken noemden dit) en een vergoeding voor de behandeling van patiënten met bepaalde chronische aandoeningen die niet verloopt via integrale bekostiging (acht praktijken).

Figuur 4.3 Aantal praktijken dat bepaalde aanvullende vergoedingen rapporteert (n=60)



Digitale zorg

Digitale zorgverlening wordt vaak genoemd als mogelijke bijdrage aan een duurzaam zorgsysteem (Keij et al., 2024). Daarom werd in de vragenlijst voor praktijken ook een vraag gesteld over de mogelijkheden voor patiënten voor consulten op afstand (naast face-to-face consulten in de praktijk en huisbezoeken, die door alle deelnemende praktijken worden geboden). Vrijwel alle deelnemende praktijken (n=58; 97%) bieden patiënten de mogelijkheid voor telefonische consulten of andere consulten op afstand, bijvoorbeeld via e-mail, SMS of een digitaal patiëntenplatform. De mogelijkheid van een videoconsult wordt door 45% van de deelnemende praktijken (n=27) aangeboden. Dit percentage ligt iets hoger dan het percentage van 39% dat in de E-healthmonitor wordt gerapporteerd (Keij et al., 2024).⁷

4.2 Verleende chronische zorg

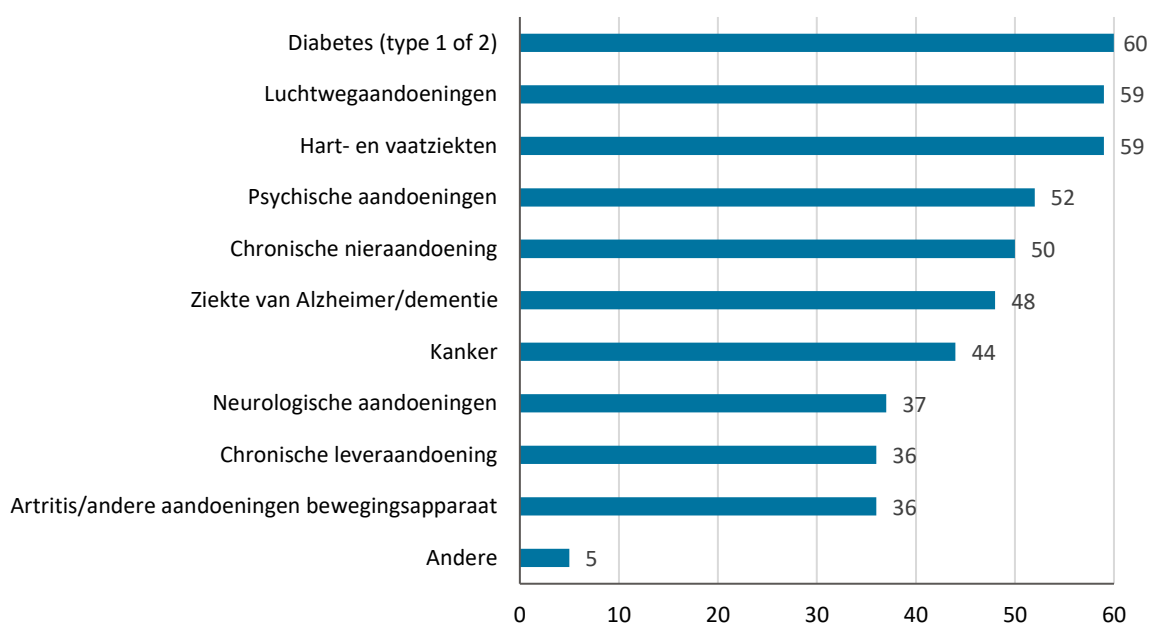
In deze paragraaf beschrijven we een aantal elementen van de chronische zorg die de deelnemende praktijken verlenen.

Chronische aandoeningen waarvoor zorg wordt geboden

Eén van de vragen in de praktijkvragenlijst was voor welke chronische aandoeningen de praktijk chronische zorg verleent (bijvoorbeeld in de vorm van reguliere afspraken, zorgprogramma's, onderzoek of evaluaties). Uit figuur 4.4 blijkt dat alle deelnemende praktijken chronische zorg verlenen voor patiënten met diabetes, en vrijwel alle praktijken ook voor patiënten met luchtwegaandoeningen en hart- en vaatziekten. Dit zijn alle aandoeningen waarvoor in Nederland zorgprogramma's in de eerste lijn zijn geïmplementeerd. Circa de helft van de praktijken zegt ook chronische zorg te verlenen aan patiënten met psychische aandoeningen en de ziekte van Alzheimer / dementie en chronische nieraandoeningen. Opgemerkt moet worden dat deze categorieën van aandoeningen breed zijn. Bijvoorbeeld, onder psychische aandoeningen vallen veelvoorkomende aandoeningen zoals angststoornissen en stemmingsklachten/depressie, maar ook minder vaak voorkomende aandoeningen zoals schizofrenie. Bij chronische nieraandoeningen kan het gaan om chronische nierschade als gevolg van diabetes of een verhoogde bloeddruk of als gevolg van medicatiegebruik, maar ook om minder vaak voorkomende primaire en familiale nierziekten. Dit was in de vragenlijst niet gespecificeerd. Wat tenslotte opvalt is dat maar ruim een derde van de praktijken aangeeft chronische zorg te verlenen aan patiënten met artritis of andere aandoeningen van het bewegingsapparaat. Ook dit betreft een brede categorie aandoeningen, waaronder zeer prevalentie aandoeningen zoals artrose (dat voorkomt bij naar schatting 1,5 miljoen mensen in Nederland en bij het overgrote deel van de ouderen) en minder prevalentie aandoeningen zoals sommige zeldzame vormen van reuma.

⁷ Resultaten uit de E-Healthmonitor 2023 (Keij et al. 2024, p. 21). Gebaseerd op een vragenlijst voorgelegd aan het artsenpanel van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), waaraan 238 huisartsen deelnamen.

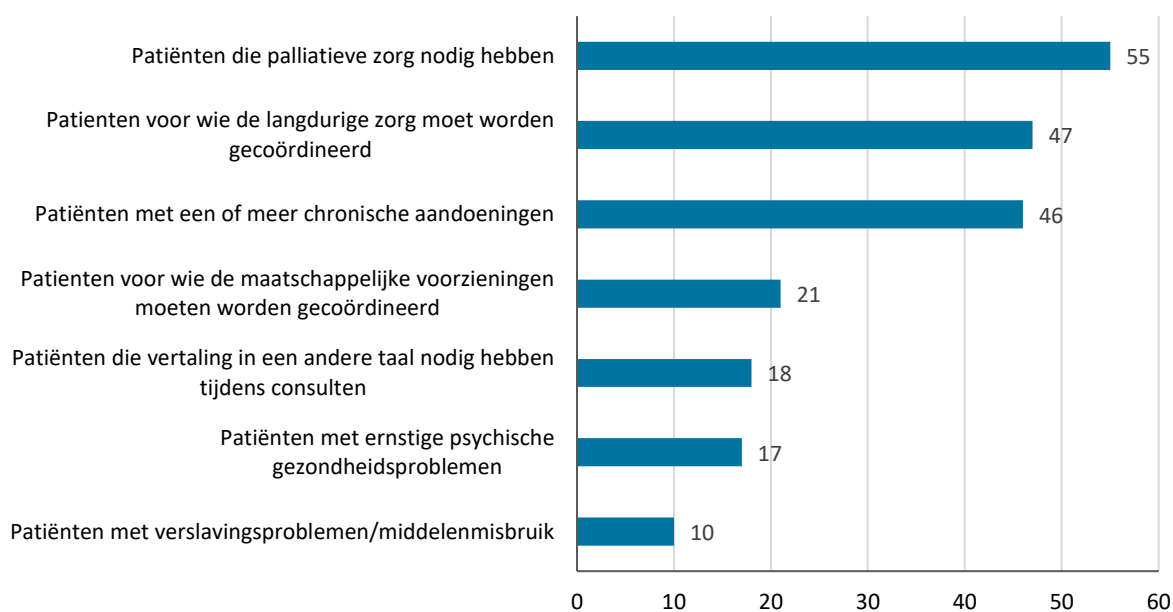
Figuur 4.4 Zorg door praktijken verleend voor verschillende chronische aandoeningen (n=60)



Patiëntgroepen

In de praktijk-enquête werd ook gevraagd in hoeverre de praktijk voorbereid is op het managen en coördineren van de zorg voor bepaalde groepen patiënten. De meeste praktijken antwoordden dat ze goed voorbereid zijn op het managen van zorg voor patiënten die palliatieve zorg nodig hebben (55 praktijken), voor patiënten voor wie de langdurige zorg moet worden gecoördineerd (n=47) en voor patiënten met één of meer chronische aandoeningen (n=46; zie Figuur 4.5). Daarentegen gaven slechts 17 praktijken aan dat ze goed voorbereid zijn op het managen van de zorg voor patiënten met ernstige psychische gezondheidsproblemen, en 10 praktijken dat ze goed voorbereid zijn op het managen van zorg voor patiënten met verslavingsproblematiek.

Figuur 4.5 Aantal praktijken dat aangeeft goed voorbereid te zijn op het managen van de zorg met andere zorgverleners (incl. sociaal domein) voor bepaalde patiëntgroepen (n=60)

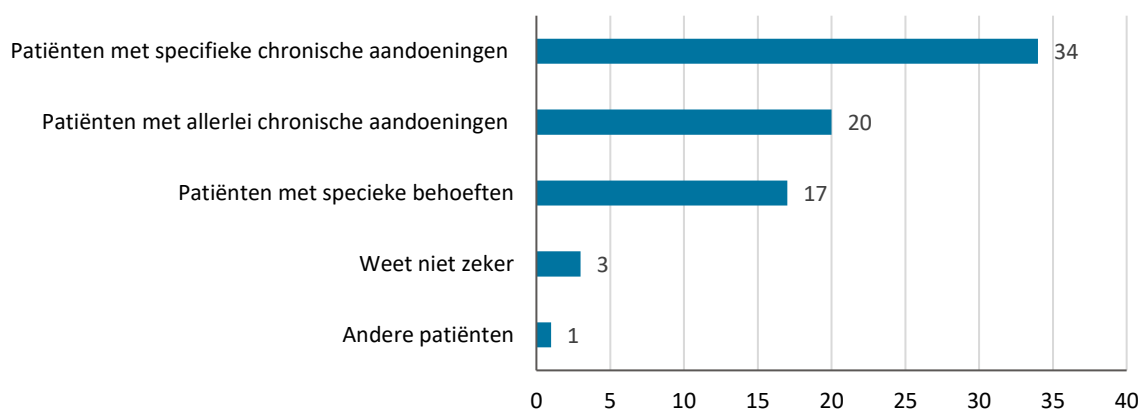


Individueel zorgplan

Een individueel zorgplan is een overeenkomst tussen individuele patiënten met chronische aandoeningen en zorgprofessionals waarin wordt beschreven welk type zorg de patiënt krijgt en hoe de zorg wordt verleend over een langere periode. Deze overeenkomst wordt vastgelegd in een elektronisch en/of schriftelijk document.

Van de 60 deelnemende praktijken geven er 43 aan routinematig gebruik te maken van individuele zorgplannen. Van deze 43 praktijken geven er 34 aan individuele zorgplannen te ontwikkelen voor patiënten met specifieke chronische aandoeningen (Figuur 4.6), terwijl 20 praktijken zorgplannen ontwikkelen voor patiënten met chronische aandoeningen, ongeacht het type chronische aandoening van deze patiënten.

*Figuur 4.6 Aantal praktijken dat individuele zorgplannen ontwikkelt voor chronische patiënten (n=43)**

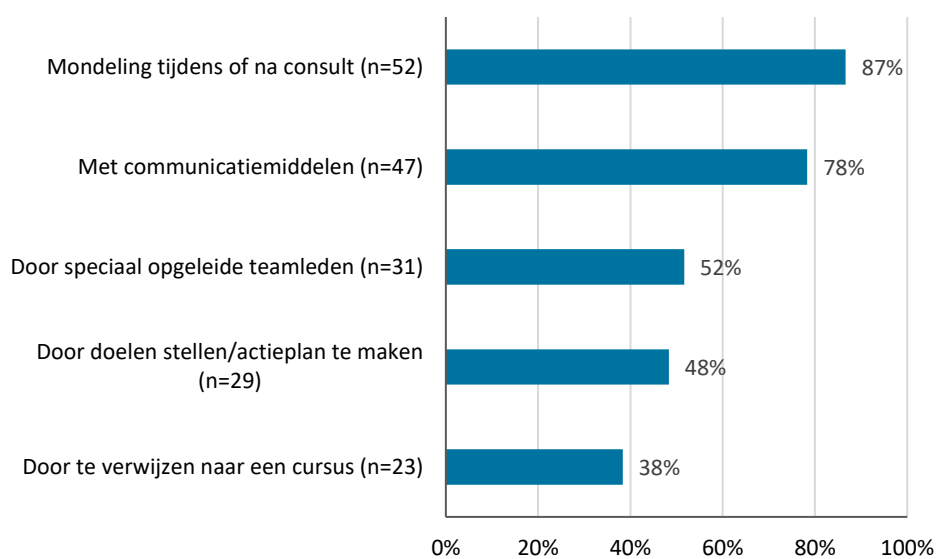


* Alleen gevraagd aan de praktijken die aangeven routinematig gebruik te maken van individuele zorgplannen (n=43)

Zelfmanagementondersteuning

Tenslotte is gekeken naar de wijze waarop de deelnemende huisartsenpraktijken patiënten met chronische aandoeningen zelfmanagementondersteuning bieden. Het gaat dan om technieken die patiënten helpen de regie te voeren als het gaat om hun zorg en actief bij te dragen door een gezonde leefstijl en zelfzorg (bijvoorbeeld medicatiegebruik, oefenen, opvolgen van adviezen). Vrijwel alle deelnemende praktijken (57 van de 60) geven aan zelfmanagementondersteuning te bieden aan patiënten met chronische aandoeningen. Figuur 4.7 laat zien dat deze praktijken dat vooral doen door middel van mondelinge communicatie tijdens of na het consult met de patiënt. De meeste praktijken gebruiken daarvoor ook communicatiemiddelen, zoals informatiebrochures, digitale informatie of educatietools. Ongeveer de helft van de praktijken geeft aan dat ondersteuning bij zelfmanagement wordt verleend door speciaal opgeleide teamleden en dat daarbij ook gewerkt wordt met het stellen van persoonlijke doelen en het maken van actieplannen samen met de patiënt. Ongeveer één op de drie praktijken verwijst patiënten ook naar een zelfmanagementcursus.

Figuur 4.7 Wijze waarop deelnemende huisartsenpraktijken zelfmanagementondersteuning bieden



5 Ervaringen van patiënten

In dit hoofdstuk bespreken we de ervaringen van patiënten van 45 jaar en ouder met de zorg die zij vanuit de huisartsenpraktijk ontvangen. De resultaten zijn gebaseerd op de antwoorden van de deelnemers op de vragen in de vragenlijst voor patiënten. Om de resultaten te kunnen generaliseren zijn de uitkomsten met behulp van multi-level regressie-analyse geschat en gestandaardiseerd naar de leeftijds- en geslachtsverdeling van de Nederlandse PaRIS-populatie.

De informatie in dit hoofdstuk gaat over de ervaringen met de huisartsenzorg van alle patiënten van 45 jaar en ouder die in de zes maanden voorafgaand aan de enquête contact hadden met de huisartsenpraktijk vanwege hun eigen gezondheid, dus ongeacht of ze chronische aandoeningen hebben of niet. Wanneer we subgroepen vergelijken, noemen we alleen de resultaten die statistisch significant zijn.

- Een klein deel van de huisartspatiënten van 45 jaar en ouder geeft aan vaak moeite te hebben om schriftelijke gezondheidsinformatie te begrijpen. Gecorrigeerd voor verschillen naar geslacht en leeftijd, geven patiënten met chronische aandoeningen (6%) dit iets vaker aan dan patiënten zonder chronische aandoeningen (4%).
- Ongeveer de helft van alle patiënten van 45 jaar en ouder heeft weleens online herhaalrecepten aangevraagd en/of het eigen medisch dossier online bekeken. Patiënten met chronische aandoeningen maken vaker gebruik van deze online diensten dan patiënten zonder chronische aandoeningen. Vrijwel niemand heeft ervaring met videoconsulten.
- Iets minder dan de helft van alle patiënten had direct dezelfde dag of de volgende dag een afspraak met de praktijk, toen zij hun laatste afspraak maakten. Vier op de vijf mensen had binnen een week een afspraak.
- Ruim 90% van alle patiënten vond hun wachttijd niet problematisch. Ook vond vrijwel iedereen dat de zorgprofessional voldoende tijd uittrok bij hun laatste consult. Hierin zijn geen verschillen tussen patiënten met en zonder chronische aandoeningen.
- Het vertrouwen in de zorgprofessional van de huisartsenpraktijk met wie men de laatste keer contact had is groot, zowel onder mensen met als zonder chronische aandoeningen. Eveneens beoordeelt ruim 90% de medische zorg die zij van hun huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum ontvingen als (zeer) goed of uitstekend, ongeacht of men (meerdere) chronische aandoeningen heeft of niet.
- Ongeveer 70% heeft vertrouwen in de gezondheidszorg als geheel. Hierbij zijn er evenmin verschillen tussen mensen met en zonder chronische aandoeningen, maar wel tussen hoger en lager opgeleiden: mensen met ten hoogste primair of voortgezet onderwijs hebben wat minder vaak vertrouwen in de gezondheidszorg dan hoog opgeleiden.

5.1 Gezondheidsvaardigheden

Zoals in hoofdstuk 1 geschetst, wordt in Nederland ingezet op hervorming van de eerstelijnszorg met daarin veel aandacht voor de eigen rol van de patiënt in besluitvorming ('samen beslissen'), zelfmanagement en zorgcoördinatie. Om de gevraagde actieve rol te kunnen vervullen, moeten zorgverleners de wijze en inhoud van hun communicatie afstemmen op de gezondheids-

vaardigheden⁸ van hun patiënten en moeten patiënten ondersteuning krijgen om hun gezondheidsvaardigheden te versterken.

In de PaRIS-enquête is aan patiënten twee uitspraken voorgelegd, waarbij zij gevraagd werden aan te geven in hoeverre ze het met deze uitspraken eens of oneens waren:

- “Ik heb vaak moeite om de informatie over gezondheid die ik lees te begrijpen”
- “De meeste gezondheidsproblemen zijn te ingewikkeld voor mij om te begrijpen”.

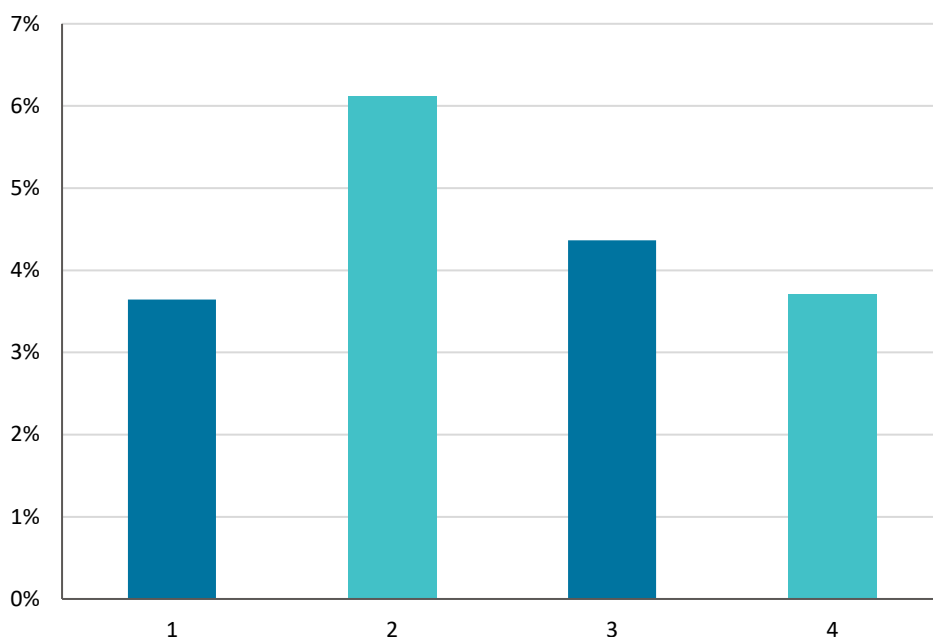
Een klein deel van alle patiënten (6%; 95% betrouwbaarheidsinterval 5% - 7%) is het (zeer) eens met de stelling dat ze vaak moeite hebben om schriftelijke informatie over gezondheid te begrijpen. Alle andere patiënten zijn het ‘niet eens en niet oneens’ of ‘(zeer) oneens’ met deze uitspraak.

Eveneens een klein deel (4%; 95%-betrouwbaarheidsinterval 3% - 4%) is het (zeer) eens met de stelling dat de meeste gezondheidsproblemen voor hen te ingewikkeld zijn om te begrijpen. Wanneer ook de groep die het ‘niet eens en niet oneens’ is met deze uitspraak wordt meegeteld, gaat het om 16% van alle patiënten (95% betrouwbaarheidsinterval 15% - 18%). Dit percentage is lager dan het door het geschatte percentage van 35% van de Nederlandse bevolking met onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden in 2023 (Heijmans et al., 2024). Hierbij moet worden opgemerkt dat de populatie van PaRIS verschilt van de gehele Nederlandse bevolking. Verder gebruikten Heijmans en collega's (2024) een gevalideerde schaal met zestien stellingen om gezondheidsvaardigheden te meten, die verschillen van de vragen in de PaRIS-enquête.

Het is daarom informatiever om de PaRIS-resultaten van verschillende groepen patiënten met elkaar te vergelijken. We hebben daarom gekeken naar de resultaten van patiënten met en zonder chronische aandoeningen. Figuur 5.1 laat zien dat een groter deel van de patiënten met chronische aandoeningen (6,1%) aangeeft vaak moeite te hebben met het lezen van informatie over gezondheid dan van de patiënten zonder chronische aandoeningen (3,6%). Dit verschil is significant, waarbij gecorrigeerd is voor verschillen naar geslacht en leeftijd tussen deze groepen. Dit geldt niet voor de tweede uitspraak, over het ingewikkeld zijn van de meeste gezondheidsproblemen: daar zijn geen significante verschillen tussen patiënten met en zonder chronische aandoeningen.

⁸ Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden van mensen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheid-gerelateerde beslissingen. Zie [Gezondheidsvaardigheden | Volksgezondheid en Zorg](#)

Figuur 5.1 Gezondheidsvaardigheden van patiënten zonder (donker gekleurd) en met (licht gekleurd) chronische aandoeningen



- 1: Ik heb vaak moeite om de informatie over gezondheid die ik lees te begrijpen (patiënten zonder chronische aandoeningen)
- 2: Ik heb vaak moeite om de informatie over gezondheid die ik lees te begrijpen (patiënten met chronische aandoeningen)
- 3: De meeste gezondheidsproblemen zijn te ingewikkeld voor mij om te begrijpen (patiënten zonder chronische aandoeningen)
- 4: De meeste gezondheidsproblemen zijn te ingewikkeld voor mij om te begrijpen (patiënten met chronische aandoeningen)

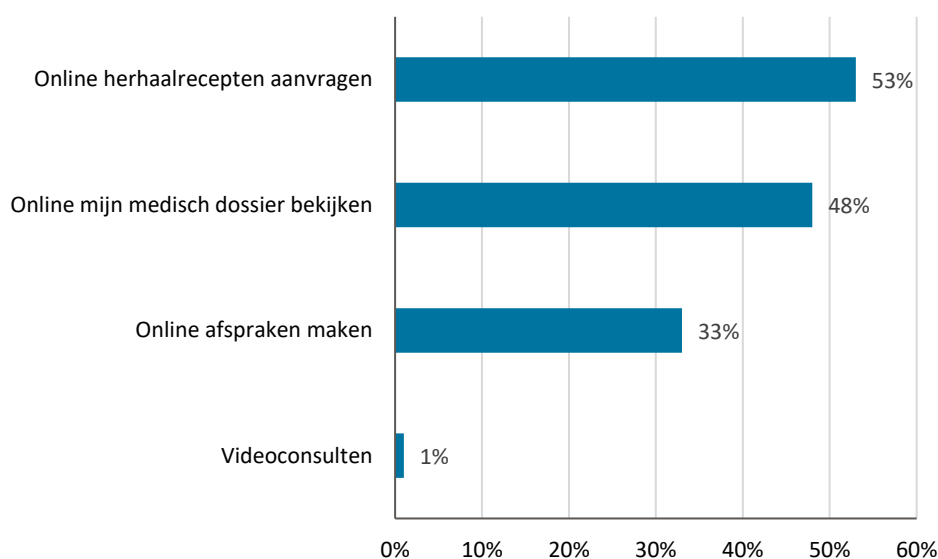
5.2 Gebruikmaken van digitale zorg

Werd in de praktijk-enquête gevraagd naar de aangeboden consultvormen, in de vragenlijst voor patiënten werd gevraagd of respondenten wel eens gebruikmaken van online diensten van de huisartsenpraktijk of het gezondheidscentrum. In Figuur 5.2 wordt weergegeven welk percentage van alle patiënten weleens van een bepaalde online dienst gebruik gemaakt heeft.

Het online aanvragen van herhaalrecepten en het medisch dossier online bekijken komen het vaakst voor (respectievelijk 53% en 48% van de patiënten heeft dit weleens gedaan). Videoconsulten komen vrijwel niet voor: slechts 1% heeft weleens van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Het lage percentage gebruikers komt overeen met de resultaten van de E-healthmonitor (Keij et al., 2024), waarin werd gerapporteerd dat 2% van de zorggebruikers aangaf gebruik te hebben gemaakt van beeldbellen met de huisartsenpraktijk.⁹

⁹ Resultaten uit de E-Healthmonitor 2023 (Keij et al. 2024, p22). Gebaseerd op een vragenlijst voorgelegd aan Consumentenpanel Gezondheidszorg (CoPa) van het Nivel, waaraan in totaal 837 zorggebruikers deelnamen. Voor zorggebruikers van huisartsenpraktijken ging het om 588 respondenten.

Figuur 5.2 Percentage patiënten dat aangeeft bepaalde onlinediensten van hun huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum te hebben gebruikt (n=3.103)



Kijken we naar eventuele verschillen tussen patiënten met of zonder chronische aandoeningen, dan valt op dat een groter deel van de patiënten met chronische aandoeningen gebruik maakt van de mogelijkheid om online recepten aan te vragen (57%), ten opzichte van 39% van de patiënten zonder chronische aandoeningen. Ook bekijkt een groter deel van de patiënten met chronische aandoeningen hun medisch dossier weleens online (51%) dan van de patiënten zonder chronische aandoeningen (38%).

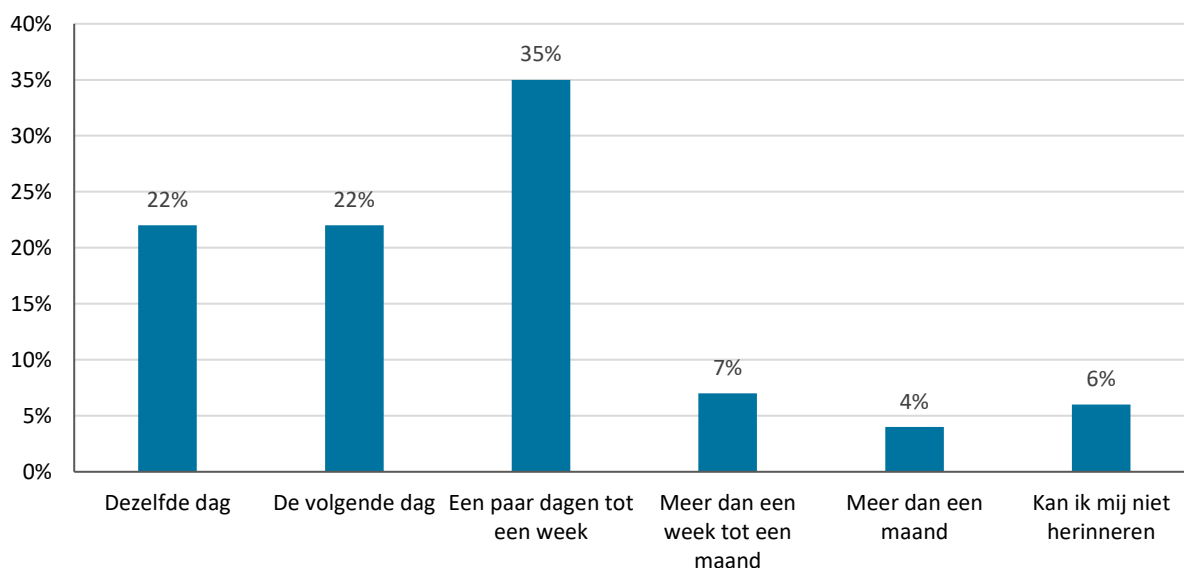
5.3 Wachttijden

Volgens de Treeknormen moeten patiënten in 80% van de gevallen binnen twee werkdagen terecht kunnen bij hun huisarts, met een maximum wachttijd van drie werkdagen.¹⁰

Ongeveer een kwart (22%) van alle patiënten gaf aan nog dezelfde dag terecht te hebben gekund bij hun praktijk toen ze de laatste keer een afspraak maakten. Nog eens 22% kon de volgende dag terecht (Figuur 5.3). In totaal kon 79% binnen een week terecht. Voor 93% was de tijd die ze moesten wachten geen probleem, waarbij er geen significant verschil is tussen patiënten met en zonder chronische aandoeningen.

¹⁰ https://kennisbank.patientenfederatie.nl/app/answers/detail/a_id/1412/~wachttijd-bezoek-huisarts#:~:text=Er%20zijn%20duidelijke%20afspraken%20gemaakt,maximale%20toegangstijd%20is%203%20werkdagen. Ook hier geldt dat, omdat PaRIS een internationaal onderzoek is, de antwoordopties van de vragen over wachttijden niet één-op-één overeenkomen met de tijdsindicaties in deze norm.

Figuur 5.3 Tijd tussen de eerste poging om (laatste) afspraak te maken en daadwerkelijke afspraak (n=4.632)



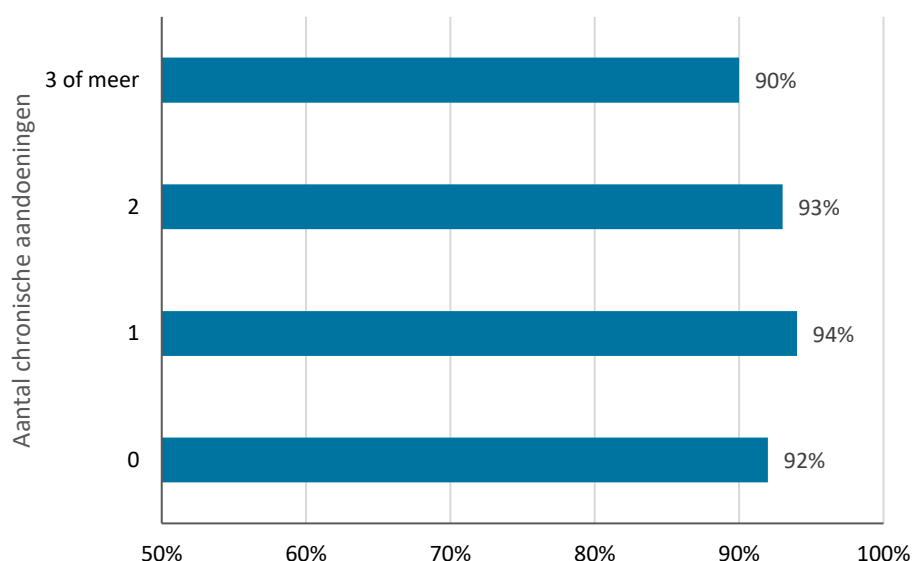
5.4 Consultduur

Aan de patiënten is ook gevraagd of zij vinden dat de zorgprofessional met wie zij het laatste consult hadden voldoende tijd hiervoor uittrok. Bijna iedereen (97%) vindt dat de zorgprofessional zeker, of tot zekere hoogte, voldoende tijd voor hen uittrok. Het al of niet hebben van (meerdere) chronische aandoeningen maakt daarbij geen verschil.

5.5 Beoordeling van de ontvangen zorg

Huisartspatiënten van 45 jaar en ouder zijn over het algemeen tevreden over de ontvangen medische zorg. 90% of meer beoordeelt de medische zorg die zij in het jaar voorafgaand aan de PaRIS-enquête ontvingen van hun huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum als (zeer) goed of uitstekend, ongeacht of men (meerdere) chronische aandoeningen heeft of niet (Figuur 5.4).

Figuur 5.4 Beoordeling van de medische zorg die patiënten in het afgelopen jaar ontvingen van hun huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum (n= 4.371)

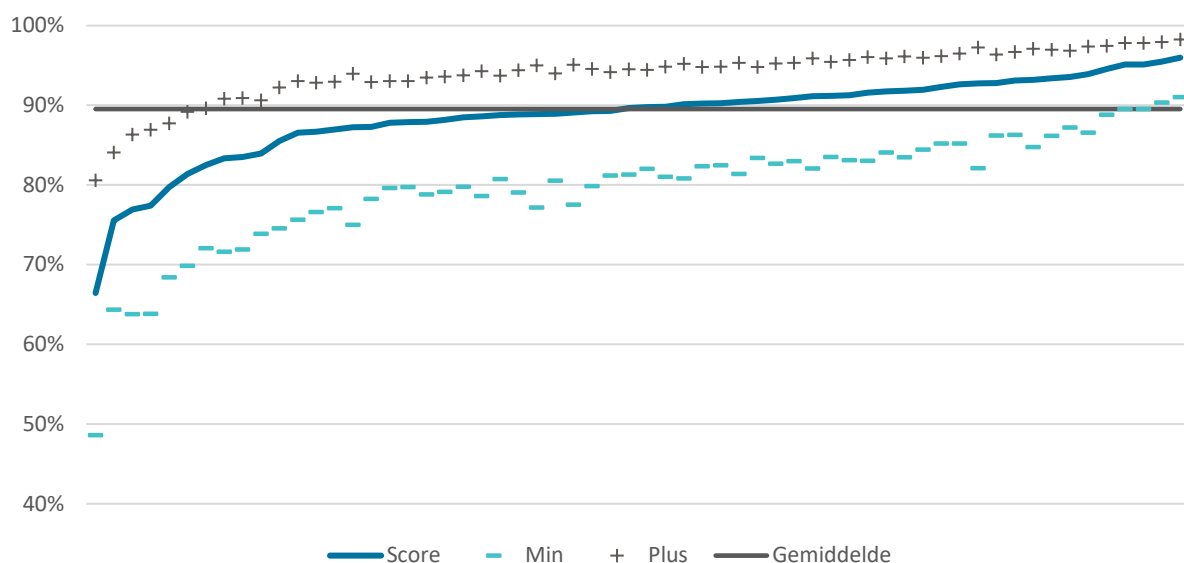


Figuur 5.5 laat zien in welke mate er verschillen zijn tussen patiënten van verschillende huisartsenpraktijken in de beoordeling van de medische zorg. De geschatte percentages zijn gecorrigeerd voor verschillen tussen praktijken in de geslachts- en leeftijdsverdeling van de patiënten.

De 60 deelnemende praktijken staan op de horizontale as, geordend van de laagst tot de hoogst scorende praktijk. De verticale as geeft de proportie patiënten dat de ontvangen medische zorg als goed, zeer goed of uitstekend beoordeelt. De plussen en minnen in de grafiek geven per praktijk de boven-, respectievelijk ondergrens van het 95%-betrouwbaarheidsinterval van de schatting weer. Bij de interpretatie van de geschatte proporties is het belangrijk om dit betrouwbaarheidsinterval in acht te nemen, omdat het de (on-)zekerheid van het geschatte percentage weergeeft (hetgeen deels bepaald wordt door het aantal deelnemende patiënten per praktijk en deels door de variatie in de beoordelingen van deze patiënten).

De geschatte percentages variëren van 66% tot 96%. Er is dus nogal wat variatie tussen praktijken, hoewel ook in het eerste geval nog altijd twee derde van de patiënten de ontvangen medische zorg van de betreffende praktijk als goed, zeer goed of uitstekend beoordeelt.

Figuur 5.5 Percentage patiënten dat de medische zorg ontvangen van hun huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum in het afgelopen jaar als goed, zeer goed of uitstekend beoordeelt, per praktijk (n=4.577)



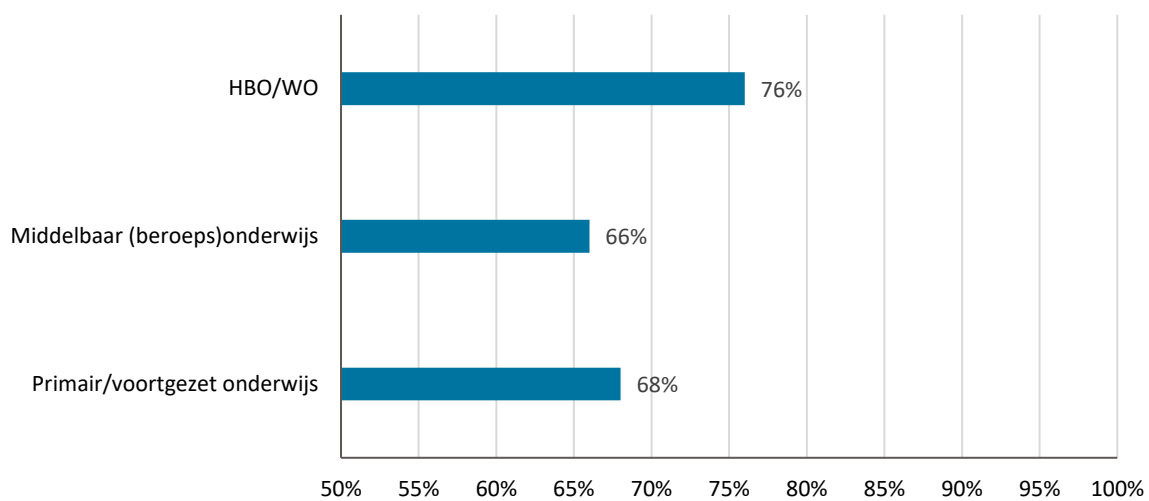
5.6 Vertrouwen in de zorg

Het vertrouwen in de zorgprofessionals van de huisartsenpraktijk is hoog: 86% van alle patiënten van 45 jaar en ouder geeft aan zeker vertrouwen te hebben in de zorgprofessional waarmee ze het laatste consult hadden. Daarbij is er geen verschil tussen patiënten met en zonder chronische aandoeningen.

Waar het vertrouwen in de zorgprofessional groot is, is dat minder het geval voor het vertrouwen in de gezondheidszorg als geheel. Op de vraag “in hoeverre bent u het ermee eens of oneens dat u op de gezondheidszorg kunt vertrouwen?” antwoordt 72% van alle patiënten dat zij het eens of zeer eens zijn met deze stelling. De percentages voor patiënten met (72%) en zonder (71%) chronische aandoeningen verschillen niet significant van elkaar.

Het vertrouwen in de gezondheidszorg hangt wel significant samen met opleiding. HBO / WO opgeleiden hebben over het algemeen meer vertrouwen in de gezondheidszorg dan mensen die alleen primair of voortgezet onderwijs hebben gevolgd (Figuur 5.5). Van de patiënten met ten hoogste primair of voortgezet onderwijs is 68% het (zeer) eens met de stelling dat op de gezondheidszorg vertrouwd kan worden (95%-betrouwbaarheidsinterval 66% – 71%). Voor patiënten die HBO / WO onderwijs gevolgd hebben is dat 76% (95%-betrouwbaarheidsinterval 74% – 78%).

Figuur 5.5 Percentage patiënten dat het (zeer) eens is met de stelling dat zij op de gezondheidszorg kunnen vertrouwen, naar opleiding (n=4.440)



6 Ervaringen van patiënten met chronische aandoeningen

In dit hoofdstuk beschrijven we de ervaringen van mensen met chronische aandoeningen met de chronische zorg die zij vanuit de huisartsenpraktijk ontvangen. Als het in dit hoofdstuk over 'patiënten' of 'alle patiënten' gaat, worden daarmee dus altijd *patiënten met één of meer chronische aandoeningen* bedoeld.

De resultaten zijn gebaseerd op de vragenlijst voor patiënten. We rapporteren in dit hoofdstuk de resultaten van de multi-level regressie-analyses gestandaardiseerd naar de geslachts- en leeftijdsverdeling van de totale PaRIS-populatie, en vermelden alleen de resultaten die statistisch significant zijn. De figuren met de descriptieve resultaten zijn te vinden in Bijlage C.

- Negen op de tien huisartspatiënten van 45 jaar en ouder met chronische aandoeningen ervaart de zorg die zij van hun huisartsenpraktijk ontvangen als persoonsgericht: er is voldoende aandacht voor hen als persoon en ze worden voldoende betrokken bij beslissingen over hun zorg. Een derde laat beslissingen over de zorg liever geheel over aan hun zorgverlener(s).
- Naasten worden weinig betrokken bij beslissingen over de zorg: slechts één op de vijf patiënten vindt dat naasten zo veel als door hen gewenst betrokken worden. Bij patiënten met multimorbiditeit gebeurt dit iets vaker, maar nog altijd bij minder dan één op de drie.
- Nog geen tien procent van alle patiënten met chronische aandoeningen heeft naar eigen weten een individueel zorgplan. Van de 75-plussers heeft 15% een zorgplan.
- Persoonlijke gezondheidsdoelen worden door minder dan een kwart van alle patiënten vaak of altijd met de zorgverlener besproken. Bij 65-plussers en patiënten met multimorbiditeit gebeurt dit iets vaker, maar nog steeds bij minder dan één op de drie.
- Ruim een kwart van alle patiënten vindt dat zij vaak of altijd voldoende zelfmanagement-ondersteuning krijgen. Dit percentage ligt iets hoger onder 75-plussers en mensen met multimorbiditeit.
- Bij ruim de helft van alle patiënten die langdurig medicijnen gebruiken had een zorgverlener in het jaar voorafgaand aan de enquête hun medicijnen met hen doorgenomen. Er is hierin geen verschil tussen jongere en oudere patiënten.
- Gemiddeld genomen ervaren huisartspatiënten van 45 jaar en ouder met chronische aandoeningen een redelijke mate van zorgcoördinatie door hun zorgverlener(s) (gemiddelde score van 7,5 op een schaal van 0 tot 15). Patiënten van 55 jaar en ouder ervaren iets vaker gecoördineerde zorg, terwijl patiënten met één (niet-ketenzorg-) aandoening minder vaak gecoördineerde zorg ervaren.
- De ervaren persoonsgerichtheid en zorgcoördinatie hangen positief samen met de ervaren fysieke gezondheid van patiënten met chronische aandoeningen.

Binnen de totale groep patiënten met chronische aandoeningen onderscheiden we in dit hoofdstuk een aantal subgroepen, waarbij we gekeken hebben naar verschillen. Naast subgroepen naar geslacht en leeftijd, onderscheiden we een aantal subgroepen naar het aantal en de aard van hun chronische aandoeningen.

Allereerst betreft dit drie subgroepen die verschillen naar het *aantal* gerapporteerde chronische aandoeningen. We onderscheiden patiënten met één chronische aandoening, met twee chronische aandoeningen en met drie of meer chronische aandoeningen. Op die manier kan ook de groep met multimorbiditeit (gedefinieerd als het hebben van twee of meer, of soms drie of meer, chronische aandoeningen) apart worden bekeken.

Daarnaast onderscheiden we vier subgroepen naar de *aard* van hun chronische aandoeningen (Tabel 6.1). Voor de Nederlandse situatie is hierbij van belang voor welke aandoeningen chronische zorgprogramma's bestaan in de eerste lijn. We noemen deze 'ketenzorgaandoeningen'. Hierbij gaat het om de volgende aandoeningen, zoals geformuleerd in de vragenlijst voor patiënten: hoge bloeddruk, hart- of vaatziekten, diabetes (type 1 of 2), ademhalingsaandoeningen (zoals astma en COPD) en chronische nieraandoening. Binnen deze groep onderscheiden we verder patiënten met één of met meer ketenzorgaandoeningen (en geen andere aandoeningen).

Daarnaast zijn er patiënten met aandoeningen die niet onder de ketenzorg vallen. Het gaat dan om de volgende aandoeningen, zoals geformuleerd in de vragenlijst voor patiënten: artritis / artrose / chronische rug- of gewrichtsklachten, de ziekte van Alzheimer of een andere oorzaak van dementie, een depressie, angststoornis of andere psychische aandoening, een neurologische aandoening, een chronische leveraandoening, kanker of een andere langdurige aandoening. Patiënten die één of meer van deze aandoeningen hebben, naast eventueel ook ketenzorg-aandoeningen, worden ingedeeld in twee andere groepen op basis van het aantal aandoeningen (zie tabel 6.1 voor een overzicht).

Tabel 6.1 *Indeling van patiënten met één of meer chronische aandoeningen naar aard van hun chronische aandoeningen (N=3.716)*

Groep		Chronische aandoening(en) zoals omschreven in de patiënt-enquête
1	Eén ketenzorg-aandoening (n=814)	Hoge bloeddruk; hart- of vaatziekte; diabetes (type 1 of 2); ademhalingsaandoening (zoals astma en COPD); chronische nieraandoening
2	Eén niet-ketenzorg-aandoening (n=763)	Artritis / artrose / chronische rug- of gewrichtsklachten; ziekte van Alzheimer of een andere oorzaak van dementie; depressie, angststoornis of andere psychische aandoening; neurologische aandoening; chronische leveraandoening; kanker; andere langdurige aandoening
3	Twee of meer aandoeningen, uitsluitend ketenzorg-aandoeningen (n=513)	Hoge bloeddruk; hart- of vaatziekte; diabetes (type 1 of 2); ademhalingsaandoening (zoals astma en COPD); chronische nieraandoening
4	Twee of meer aandoeningen, waaronder ook niet-ketenzorg-aandoening(-en) (n=1.626)	Artritis / artrose / chronische rug- of gewrichtsklachten; ziekte van Alzheimer of een andere oorzaak van dementie; depressie, angststoornis of andere psychische aandoening; neurologische aandoening; chronische leveraandoening; kanker; andere langdurige aandoening, eventueel in combinatie met één of meer CDMP aandoeningen

6.1 Ervaren persoonsgerichte zorg

Zoals in hoofdstuk 1 beschreven hebben mensen met chronische aandoeningen persoonsgerichte zorg nodig, zeker nu het grootste deel van hen multimorbiditeit heeft. In deze paragraaf bespreken we de ervaringen van patiënten met chronische aandoeningen met een aantal elementen van deze persoonsgerichte zorg. Dat doen we onder andere aan de hand van een aantal vragen uit de subschaal *person-centredness* (persoonsgerichtheid) van de *Person Centred Coordinated Care Experiences Questionnaire* (P3CEQ; Lloyd et al. 2019, zie Bijlage D). Deze subschaal bestaat uit acht vragen naar de ervaringen van patiënten met bepaalde aspecten van persoonsgerichte zorg, zoals het goed geïnformeerd worden, betrokken worden bij beslissingen over de zorg en de mate waarin er aandacht is voor de persoon van de patiënt en niet alleen diens ziekte of aandoening. We bespreken hier eerst de resultaten van een aantal afzonderlijke vragen; in paragraaf 6.6 wordt de totaalscore van deze subschaal gebruikt.

Aandacht voor de gehele persoon

Voor mensen met chronische aandoeningen – en zeker voor mensen met multimorbiditeit – is het belangrijk dat er niet alleen aandacht is voor de ziekte, maar ook voor de persoon (*whole person* benadering). Het percentage patiënten dat deze vorm van aandacht ervaart is hoog. Negen op de tien patiënten (89%) vindt dat er zeker, of tot op zekere hoogte, aandacht is voor hen als persoon (95%-betrouwbaarheidsinterval 86% – 91%). Daarbij zijn er geen significante verschillen tussen patiënten van verschillend geslacht, leeftijd of met verschillende aantallen of aard van de chronische aandoeningen.¹¹ Alleen voor de groep van 65 t/m 74 jaar geldt dat ze nog iets vaker aangeven dat er aandacht is voor hen als persoon dan de overige leeftijdscategorieën.

Actief betrokken worden en samen beslissen

Vrijwel alle patiënten (90%) zijn het (zeer) eens zijn met de stelling ‘Ik vind het belangrijk om geïnformeerd te zijn over gezondheidsproblemen’ (95%-betrouwbaarheidsinterval 87% – 92%).

Een derde van alle patiënten is (33%; 95%-betrouwbaarheidsinterval 29% – 38%) is het (zeer) eens met de stelling ‘Ik laat het aan zorgverleners over om de juiste keuzes te maken over mijn gezondheid.’ Onder mannelijke patiënten en onder patiënten van 75 jaar en ouder is het percentage wat hoger, respectievelijk 41% (95%-betrouwbaarheidsinterval 46% – 64%) en 55% (95%-betrouwbaarheidsinterval 46% – 64%).

De vraag ‘Wordt u voldoende betrokken bij beslissingen over uw zorg?’ wordt door vrijwel alle patiënten (92%) beantwoord met ‘ja, zeker’ of ‘ja, tot op zekere hoogte’ (95%-betrouwbaarheidsinterval 90% – 94%). Voor patiënten van 65 t/m 74 jaar verschilt het percentage significant van de jongste groep: van hen is maar liefst 96% het ‘zeker’ of ‘tot op zekere hoogte’ eens met de stelling dat zij voldoende betrokken worden bij beslissingen over hun zorg.

Betrekken van naasten

Voor patiënten met chronische aandoeningen kan het belangrijk zijn dat naasten betrokken worden bij beslissingen over hun zorg. Van alle patiënten vindt ongeveer één op de vijf (18%) zeker, of tot op zekere hoogte, dat zorgverleners hun familie, vrienden en/of verzorgers zo veel als door hen gewenst betrekken bij beslissingen over hun zorg (95%-betrouwbaarheidsinterval 16% – 21%). Mannen en patiënten van 75 jaar en ouder vinden dat significant vaker; 28% respectievelijk 29%.

¹¹ In het vervolg van dit hoofdstuk geven we alleen als er significante verschillen tussen deze subgroepen zijn ze ook weer in de tekst.

Naasten lijken vaker betrokken te worden bij beslissingen over de zorg, indien er sprake is van multimorbiditeit. Van de patiënten met twee of meer aandoeningen rapporteert 26% (van degenen met alleen ketenzorgaandoeningen) en 31% (van degenen met ook niet-ketenzorgaandoeningen) dat hun naasten voldoende betrokken worden bij beslissingen over hun zorg.¹²

6.2 Individueel zorgplan

Slechts 8% van alle patiënten geeft aan een zorgplan te hebben (95%-betrouwbaarheidsinterval 7% – 9%). Dit percentage verschilt niet significant voor wat betreft de aard van de chronische aandoening(-en). Wel geeft een wat groter percentage patiënten van 75 jaar en ouder aan over een zorgplan te beschikken (15%; 95%-betrouwbaarheidsinterval 10% – 23%).

Binnen de kleine groep patiënten die aangeeft een zorgplan te hebben, vindt 62% het zorgplan ook nuttig (95%-betrouwbaarheidsinterval 48% – 75%). Deze mensen geven aan het zorgplan grotendeels of volledig bruikbaar te vinden om aan hun eigen gezondheid en welzijn te kunnen werken, maar het betrouwbaarheidsinterval is groot, vooral omdat het hier een kleine groep patiënten betreft.

Bespreken van persoonlijke doelen

Een belangrijk aspect van het individuele zorgplan is dat de zorgverlener met de patiënt diens gezondheidsdoelen bespreekt. Maar ook indien patiënten geen individueel zorgplan hebben, is het belangrijk om hun gezondheidsdoelen te bespreken.

Van alle patiënten geeft ongeveer een kwart (22%) aan vaak of altijd specifieke gezondheidsdoelen met de zorgverlener te bespreken (95%-betrouwbaarheidsinterval 19% – 26%). Patiënten met multimorbiditeit geven dit significant vaker aan: 30% van de patiënten met twee of meer ketenzorgaandoeningen en 27% van de patiënten met twee of meer aandoeningen inclusief niet-ketenzorgaandoeningen.¹³ Ook voor patiënten van 65 t/m 74 jaar en voor patiënten van 75 jaar en ouder geldt dat ze significant vaker aangeven specifieke gezondheidsdoelen met de zorgverlener te bespreken, respectievelijk 28% en 31%. Hoewel mensen met multimorbiditeit dus iets vaker hun gezondheidsdoelen met de zorgverlener bespreken, geldt voor ruim twee derde van deze patiënten dat hun gezondheidsdoelen zelden of nooit, of alleen soms besproken worden.

6.3 Zelfmanagement en ervaren ondersteuning

Evenals het stellen van persoonlijke doelen, is ook het bespreken wat de patiënt zelf kan bijdragen aan diens gezondheid en zorg (zelfmanagement) een belangrijk onderdeel van persoonsgerichte zorg en het individuele zorgplan. Daarbij moet ook worden besproken welke ondersteuning de patiënt daarbij nodig heeft en hoe, en door wie, de benodigde zelfmanagementondersteuning zal worden verleend.

Van alle patiënten geeft iets meer dan een kwart (27%) aan vaak of altijd voldoende ondersteuning van zorgverleners te krijgen om aan de eigen gezondheid en welzijn te kunnen werken (95%-betrouwbaarheidsinterval 24% – 31%). Patiënten met multimorbiditeit geven significant vaker aan

¹² Het verschil tussen beide groepen is niet statistisch significant, maar de individuele geschatte coëfficiënten zijn dat wel.

¹³ 95%-betrouwbaarheidsintervallen van respectievelijk 26% – 35% en 24% – 30%. Het verschil tussen beide groepen is niet statistisch significant.

dat ze voldoende ondersteuning krijgen: 35% van degenen met twee of meer ketenzorgaandoeningen en 36% van degenen met twee of meer aandoeningen inclusief niet-ketenzorgaandoeningen.¹⁴ Ook voor patiënten van 75 jaar en ouder geldt dat ze significant vaker aangeven vaak, of voldoende vaak, zelfmanagementondersteuning van zorgverleners te krijgen.

6.4 Medicatiebeoordeling

Patiënten met chronische aandoeningen gebruiken meestal veel verschillende geneesmiddelen, die vaak ook door verschillende zorgverleners in de eerste en tweede lijn voorgeschreven worden. Dat brengt risico's met zich mee. Polyfarmacie (het tegelijk gebruiken van vijf of meer verschillende soorten geneesmiddelen gedurende langere tijd) kan tot problemen leiden, zowel qua zorglast als veiligheid. Zo weten we dat een groot deel van de spoedeisende hulpbezoeken medicatiegerelateerd zijn. Daarom is regelmatige medicatiebeoordeling met name voor oudere patiënten (vaak met polyfarmacie) belangrijk.

Aan patiënten die minimaal één medicijn langdurig of regelmatig op recept gebruiken werd gevraagd of een zorgverlener in de afgelopen 12 maanden weleens alle medicijnen met hen had doorgenomen. Dit was voor ruim de helft van hen het geval (57%, 95%-betrouwbaarheidsinterval 52% – 61%). Opvallend is dat dit percentage niet verschilt tussen jongere en oudere patiënten. Ook opmerkelijk is dat patiënten met ketenzorgaandoeningen significant minder vaak aangaven dat een zorgverlener in de afgelopen 12 maanden weleens alle medicijnen met hen had doorgenomen. Van degenen met één ketenzorgaandoening gaf 48% (95%-betrouwbaarheidsinterval 43% – 53%) dit aan; van degenen met twee of meer ketenzorgaandoeningen was dit 50% (95%-betrouwbaarheidsinterval 46% – 53%).

6.5 Ervaren zorgcoördinatie

Voor het meten van de door chronische patiënten ervaren coördinatie van zorg is gebruik gemaakt van de P3CEQ subschaal *care coordination* (zie Lloyd et al., 2019 en Bijlage C, tabel C.3). Deze subschaal bestaat uit vijf vragen over de manier waarop de chronische zorg georganiseerd is, of patiënten een vast aanspreekpunt hebben, in hoeverre er gewerkt wordt met een individueel zorgplan en in welke mate zij zelfmanagementondersteuning ervaren (zie Bijlage C voor de volledige lijst). De schaal loopt van 0 (geen zorgcoördinatie ervaren) tot 15 (maximale zorgcoördinatie ervaren).

Patiënten gaven gemiddeld een 7,5 op deze schaal (van 0 tot 15) voor de door hen ervaren zorgcoördinatie (95%-betrouwbaarheidsinterval 7,2 – 7,7). Patiënten van 55 jaar en ouder ervaren significant meer coördinatie van zorg, terwijl patiënten met één niet-ketenzorgaandoening juist minder zorgcoördinatie ervaren.

¹⁴ 95%-betrouwbaarheidsintervallen van respectievelijk 30,8% – 40,1% en 33,0% – 38,6%. Het verschil tussen beide groepen is niet statistisch significant. Er zijn daarnaast ook patiënten die aangeven dat ze geen ondersteuning nodig hebben. Onder de aanname, dat deze patiënten ervaren dat ze genoeg ondersteuning krijgen, is het percentage dat aangeeft vaak, of voldoende vaak, ondersteuning van de zorgverleners te krijgen hoger: in dat geval gaat het om 56% van de patiënten (95%-betrouwbaarheidsinterval 52% – 60%).

6.6 Relatie tussen ervaren chronische zorg en ervaren gezondheid

In deze paragraaf gaan we na of de zorgervaringen van huisartspatiënten met chronische aandoeningen verband houden met hun ervaren lichamelijke gezondheid. De zorgervaringen zijn gemeten met behulp van de eerder genoemde subschalen *person-centredness* en *care coordination* van de P3CEQ (Lloyd et al., 2019; zie Bijlage C). De subschaal persoonsgerichtheid bestaat uit acht vragen, onder andere over de mate waarin de zorg wordt afgestemd op wat voor de patiënt het meest belangrijk is, de mate waarin er sprake is van een holistische (*whole person*) benadering en samen beslissen. De subschaal zorgcoördinatie bestaat uit vijf vragen, zoals hiervoor beschreven in paragraaf 6.5. Voor het meten van de ervaren lichamelijke gezondheid is gebruik gemaakt van de PROMIS-physical schaal (*Patient Reported Outcomes Measurement Information System*; zie Hays et al. 2017 en Bijlage C, tabel C.1). De waarde van 50 op deze schaal geeft de gemiddelde score van de Amerikaanse referentiegroep weer.¹⁵

Met behulp van multi-level regressie-analyse is het verband tussen de ervaren persoonsgerichtheid of zorgcoördinatie en de ervaren lichamelijke gezondheid bekeken. In Tabel 6.2 worden de *fixed effects* van de geschatte modellen weergegeven. We kunnen met deze analyse geen oorzakelijk verband vaststellen; we kunnen wel concluderen dat de variantie in de afhankelijke variabele, de ervaren lichamelijke gezondheid, (gegeven het gespecificeerde model) al dan niet significant samenhangt met de onafhankelijke variabelen, in dit geval het geslacht en de leeftijd van de patiënt en de ervaren persoonsgerichtheid van de ontvangen zorg dan wel de ervaren coördinatie van zorg.

Tabel 6.2 *Samenhang PROMIS-physical en P3CEQ person centeredness / P3CEQ person care coordination schalen voor patiënten met één of meer chronische aandoeningen*

Variabele	Model 1		Model 2	
	<i>Ervaren lichamelijke gezondheid</i>		<i>Ervaren lichamelijke gezondheid</i>	
	Coëfficiënt	Standaardfout	Coëfficiënt	Standaardfout
Intercept	39,711***	0,657	44,712***	0,538
Ervaren persoonsgerichtheid van de zorg	0,410***	0,037		
Ervaren coördinatie van zorg			0,155***	0,043
Geslacht (referentiegroep: vrouw):				
Man	1,870***	0,300	1,940***	0,295
Leeftijd (referentiegroep 45 t/m 54 jaar)				
55 – 64 jaar	0,474	0,550	0,542	0,539
65 – 74 jaar	0,059	0,513	0,390	0,504
75 jaar en ouder	-1,998***	0,536	-1,716***	0,525

*** = significant bij $\alpha=0,05$

Model 1 laat zien dat de ervaren persoonsgerichtheid van de ontvangen zorg significant positief samenhangt met de ervaren lichamelijke gezondheid: hoe meer men de ontvangen zorg als

¹⁵ <https://www.healthmeasures.net/score-and-interpret/interpret-scores/promis/reference-populations>

persoonsgericht ervaart, hoe beter men de eigen lichamelijke gezondheid ervaart. Daarnaast blijkt uit de geschatte positieve coëfficiënt voor *geslacht* dat mannen (met één of meer chronische aandoeningen) gemiddeld genomen een betere lichamelijke gezondheid ervaren dan vrouwen (met één of meer chronische aandoeningen). De geschatte negatieve coëfficiënt voor de leeftijdscategorie van 75 jaar en ouder betekent dat chronische patiënten van 75 jaar en ouder gemiddeld genomen een minder goede lichamelijke gezondheid ervaren dan de referentiegroep, te weten chronische patiënten van 45 t/m 54 jaar. De geschatte coëfficiënt voor de intercept geeft de geschatte gemiddelde score voor de Nederlandse PaRIS-populatie weer.

Model 2 laat zien dat de ervaren coördinatie van zorg ook significant positief samenhangt met de ervaren lichamelijke gezondheid: hoe meer zorgcoördinatie men heeft ervaren, hoe beter ook de lichamelijke gezondheid wordt ervaren. De schattingen voor *geslacht* en *leeftijd* zijn vergelijkbaar met die van Model 1. Nogmaals merken we op dat de gevonden verbanden niet causaal kunnen worden geïnterpreteerd.

7 Discussie en conclusie

In dit rapport hebben we de belangrijkste resultaten van PaRIS-2023 voor Nederland beschreven. Omdat het de eerste keer is dat PaRIS in Nederland en in andere landen heeft plaatsgevonden, hebben we in dit rapport vrij uitgebreid verslag gedaan van de wijze waarop PaRIS in Nederland is geïmplementeerd. We beschrijven in dit hoofdstuk daarom zowel de ervaringen met de implementatie van de enquête als de belangrijkste inhoudelijke inzichten die uit het onderzoek in Nederland naar voren komen.

7.1 Implementatie van PaRIS in Nederland

Deelname van huisartsenpraktijken en patiënten

Aan de eerste PaRIS-enquête hebben in Nederland 60 huisartsenpraktijken en bijna 5.000 huisartsenpatiënten van 45 jaar en ouder meegedaan. Hoewel het hier een groot aantal praktijken en patiënten betreft, was het aantal deelnemers lager dan waarop was ingezet (100 deelnemende huisartsenpraktijken en 7.500 deelnemende patiënten, te weten 75 per praktijk). Het beoogde aantal van gemiddeld 75 deelnemende patiënten per praktijk is wel gehaald.

Ondanks een intensieve wervingsstrategie, bleek het moeilijk om voldoende huisartsenpraktijken in Nederland bereid te vinden om mee te doen. Hierin staat Nederland overigens niet alleen; ook in verschillende andere landen werden de beoogde aantallen deelnemende praktijken niet gehaald. De druk op de huisartsenzorg als gevolg van de toenemende zorgvraag en personeelstekorten speelt hierbij waarschijnlijk een rol. Voor PaRIS moesten de praktijken niet alleen een praktijk-enquête invullen, maar ook een steekproef van patiënten controleren. Daarbij hebben we geprobeerd om de praktijken zoveel mogelijk te ontlasten, maar moet bij een volgende dataverzamelingsronde met de huisartsen worden overlegd hoe dit kan op een manier die voor hen nog *minder belastend* is. De ontvangen feedback van praktijken die meededen aan PaRIS was overigens wel positief. Eén praktijk gaf aan dat ze “er nauwelijks last van hebben gehad”. Een andere praktijk schreef: “Prima om aan bij te dragen, wel lange tijd tussen uitvraag en uitkomst. Plezierige samenwerking.” Wellicht kunnen de positieve ervaringen van de praktijken die hebben meegedaan helpen om een volgende keer ook andere praktijken over de streep te trekken. Daarnaast zullen we nog onderzoeken of er lering kan worden getrokken uit de wijze waarop in andere landen de werving van praktijken is aangepakt.

Belangrijk voor een volgende keer is ook dat de nu verzamelde *gegevens nog verder worden geanalyseerd*, zodat ze optimaal worden benut om inzichten te krijgen die voor de huisartsenzorg in Nederland en voor de betrokken zorgverleners en managers *betekenisvol en bruikbaar* zijn voor zorgverbetering. Doordat er wel 60 praktijken hebben meegedaan en ook ruim voldoende patiënten per praktijk, is het mogelijk om te kijken naar praktijkvariatie: zijn sommige praktijken beter in staat om kwalitatief goede zorg te verlenen vanuit het perspectief van patiënten dan andere (ondanks de uitdagingen van een groeiende en complexer wordende zorgvraag en personeelsschaarste waarvoor alle praktijken zich gesteld zien)? Op basis van de resultaten beschreven in paragraaf 5.5 lijkt dit wel het geval. Het percentage patiënten dat de medische zorg verleend vanuit de huisartsenpraktijk als (zeer) goed of uitstekend beoordeelt loopt uiteen van 66% tot 96%. De vraag is of dit ook geldt voor andere aspecten van kwalitatief goede zorg. Voor de chronische zorg gaat het dan bijvoorbeeld om elementen van persoonsgerichte geïntegreerde zorg: hebben patiënten met chronische aandoeningen van sommige praktijken betere ervaringen met bijvoorbeeld samen beslissen,

medicatiebeoordeling, gecoördineerde zorg of zelfmanagementondersteuning dan patiënten van andere praktijken? En wat kenmerkt die beter ‘scorende’ praktijken dan, en wat kunnen andere praktijken hiervan leren? Dit vergt nader, verdiepend onderzoek.

Kenmerken van patiënten

Kijken we naar de patiënten die aan de enquête hebben deelgenomen, dan zien we een ondervertegenwoordiging van patiënten van 45 t/m 54 jaar en een oververtegenwoordiging van patiënten van 65 t/m 74 jaar. Dit is niet onverwacht; over het algemeen ligt de deelnamebereidheid iets lager onder jongere mensen. De verhouding vrouwen – mannen (met iets meer vrouwelijke dan mannelijke deelnemers) is wel zoals verwacht. Door standaardisering naar een referentiepopulatie die de leeftijd- en geslachtsverhouding van de doelpopulatie in Nederland reflecteert, zijn de resultaten op de patiënt-gerapporteerde indicatoren van de respondentengroep gecorrigeerd.

Zoals verwacht heeft het overgrote deel van de patiëntengroep (79%) één of meer chronische aandoeningen; de meerderheid van diegenen met chronische aandoeningen heeft te maken met multimorbiditeit. Hierbij moet opgemerkt worden dat het om door de patiënt gerapporteerde aandoeningen gaat. Er kan dus een verschil zijn met de bij de huisarts geregistreerde medische diagnoses. Ruim de helft van de totale patiëntengroep is gepensioneerd. Een derde verricht betaald werk, in dienstverband of als zelfstandig ondernemer, ondanks het feit dat de meeste mensen chronische aandoeningen hebben. Minder dan 5% van de totale patiëntengroep geeft aan niet in staat te zijn om te werken. Dit percentage ligt wel flink hoger onder degenen die drie of meer chronische aandoeningen hebben (42%). Niettemin laten de gegevens zien dat veel mensen van 45 jaar en ouder met chronische aandoeningen participeren op de arbeidsmarkt. Daarmee is *werken met een chronische aandoening ook een belangrijk thema* voor de chronische zorg in de eerste lijn en is *aandacht voor preventie* binnen de eerstelijnszorg belangrijk voor behoud en bevordering van gezondheid en welzijn, maar ook ter voorkoming van uitval en arbeidsongeschiktheid.

7.2 Discussie van de belangrijkste bevindingen

De enquête onder patiënten en huisartsen heeft veel beleidsrelevante informatie opgeleverd. We bespreken hier de belangrijkste bevindingen.

Druk op de huisartsenzorg: wachttijden en digitale zorg

De gerapporteerde ervaringen van patiënten geven geen aanleiding om de huidige wachttijden in de huisartsenzorg als erg problematisch te zien. Hoewel de Treeknormen niet volgens alle patiënten werden gehaald bij hun laatste afspraak (11% moest langer dan een week wachten tot hun afspraak), gaf 93% aan dat de *tijd die men moest wachten geen probleem* was, en dat gold zowel voor patiënten met als zonder chronische aandoeningen.

Om de druk op de huisartsenzorg te verlichten kan wel worden bekeken of *nog meer op digitale zorg kan worden ingezet*. Vrijwel alle deelnemende praktijken bieden de mogelijkheid voor telefonische consulten en andere consulten op afstand, zoals via e-mail of een digitaal platform. De mogelijkheid voor een videoconsult wordt minder vaak geboden (45% van de deelnemende praktijken). Deze vorm van digitale zorg lijkt wellicht nog het meest op een face-to-face consult in de huisartsenpraktijk. Hoewel videoconsulten voor de huisarts of praktijkondersteuner waarschijnlijk weinig tijdsbesparing opleveren, doen ze dat wel voor de patiënt. Deze hoeft immers niet naar de praktijk te reizen, hetgeen zeker voor mensen met mobiliteitsbeperkingen een voordeel is. Uit de Nederlandse PaRIS-enquête blijkt echter dat patiënten nog vrijwel geen gebruikmaken van deze mogelijkheid, hetgeen

ook uit de E-healthmonitor 2023 (Keij et al., 2024) naar voren kwam. Wat al wel vaker gebeurt is dat patiënten hun herhaalrecepten online aanvragen (53%), hun medisch dossier online inkijken (48%) of online een afspraak maken (33%). Omdat deze mogelijkheden waarschijnlijk ook tijdbesparend zijn voor de huisartsenpraktijk, is het zinvol om na te gaan hoe het gebruik ervan kan worden geoptimaliseerd. Daarvoor is het allereerst nodig om te weten waarom patiënten deze mogelijkheden al of niet gebruiken. Hiernaar is in de PaRIS-enquête niet gevraagd.

Chronische zorg: patiëntgroepen

Vrijwel alle deelnemende huisartsenpraktijken verlenen chronische zorg aan patiënten met de zogenaamde ketenzorgaandoeningen: diabetes, hart- en vaatziekten en luchtwegaandoeningen zoals astma en COPD. Een grote meerderheid biedt ook chronische of langdurige zorg aan mensen met psychische aandoeningen, de ziekte van Alzheimer / dementie of kanker. In het laatste geval gaat het waarschijnlijk vooral om palliatieve zorg, waarvoor 55 van de 60 praktijken aangaven goed toegerust te zijn.

Opvallend is dat een groot deel van de praktijken (36 van de 60) niet aangaf ook chronische zorg te verlenen aan *mensen met artritis of andere aandoeningen van het bewegingsapparaat*. Dit kan te maken hebben met de formulering van de vraag in de praktijk-enquête, waardoor de respondenten misschien vooral hebben gedacht aan aandoeningen waarvoor zij patiënten naar een medisch specialist, fysiotherapeut of oefentherapeut verwijzen. Het kan ook betekenen dat huisartsen van mening zijn dat zij mensen met chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat weinig te bieden hebben qua behandeling. Dit kan bijvoorbeeld een rol spelen bij artrose (bijvoorbeeld in het knie- of heupgewricht), dat zeer vaak voorkomt bij ouderen. Echter, juist voor ouderen is het belangrijk dat zij samen met de huisarts of praktijkondersteuner kunnen bespreken hoe zij hun mobiliteit en zelfstandigheid kunnen behouden of verbeteren. Hierbij kan gedacht worden aan oefentherapie, maar ook kan ergotherapie of thuiszorg nodig zijn. Daarnaast is het belangrijk dat huisartsen en praktijkondersteuners zich ervan bewust zijn dat ouderen met ketenzorgaandoeningen vaak ook last hebben van artrose, hetgeen hun leefstijl (e.g., bewegen, slapen) en zelfmanagement van de ketenzorgaandoening(-en) kan belemmeren.

Een ander punt van aandacht is de zorg voor *mensen met psychische aandoeningen*. Zoals hierboven vermeld, gaf het overgrote deel van de deelnemende praktijken aan dat zij chronische zorg verlenen aan mensen met psychische aandoeningen. Maar hierbij moet wel worden opgemerkt dat maar 28% vindt dat de praktijk voldoende is voorbereid om de zorg voor mensen met ernstige psychische problemen te coördineren. In geval van verslavingsproblematiek is het slechts 17%. Met de huidige wachtlijsten in de ggz is dit een zeer zorgelijke situatie voor patiënten en hun naasten, maar ook voor de huisartsenpraktijken (Schutjens et al., 2024). Recent onderzoek laat zien dat de wachtlijsten in de basis- en gespecialiseerde ggz de druk op de huisartsenzorg verhogen. De meeste POH-ggz geven aan een zeer hoge werkdruk te ervaren doordat zij overbruggingszorg moeten leveren aan patiënten die niet in de ggz terecht kunnen (Sinnema et al., 2024). Hierdoor komt ook de toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor patiënten met minder ernstige psychische problematiek in de knel (Schutjens et al., 2024). Dit heeft ook gevolgen voor mensen met andere chronische (somatische) aandoeningen, die vaak ook psychische klachten ervaren als gevolg van hun aandoening of de onzekerheid of beperkingen die deze met zich meebrengt.

Persoonsgerichte geïntegreerde zorg

In welke mate de omvorming van de chronische zorg in de eerste lijn naar persoonsgerichte geïntegreerde zorg inmiddels gerealiseerd is, kan niet op basis van dit onderzoek worden vastgesteld.

De resultaten van PaRIS-2023 voor Nederland laten wel zien dat dit volgens patiënten nog geen standaardpraktijk is.

Over een aantal elementen van persoonsgerichte zorg zijn patiënten van 45 jaar en ouder met chronische aandoeningen heel positief. Zo vindt negen op de tien patiënten dat er *voldoende aandacht voor hen als persoon* is en dat ze *voldoende betrokken worden bij beslissingen* over hun zorg. Maar *nog geen tien procent heeft naar eigen weten een persoonlijk zorgplan*. Ruim 70% van de deelnemende huisartsenpraktijken gaf aan routinematig met individuele zorgplannen te werken, maar de meeste van hen doen dit naar eigen zeggen alleen bij patiënten met specifieke aandoeningen. Daarbij is het dan nog de vraag of deze praktijken bij alle patiënten met deze specifieke aandoeningen met een zorgplan werken. Het beeld dat uit PaRIS-2023 naar voren komt is niet anders dan dat van tien jaar geleden: het gebruik van individuele zorgplannen is gering en beperkt zich voornamelijk tot het gebruik bij een deel van de patiënten met ketenzorgaandoeningen (Heijmans et al., 2015). Behalve praktische belemmeringen (tijdgebrek wordt vaak genoemd), speelt daarbij waarschijnlijk ook de visie van de huisarts een rol over voor wie/welk type patiënt het werken met een zorgplan al of niet zinvol is (Heijmans et al., 2015). Niettemin biedt het individuele zorgplan wel de mogelijkheid om zorg persoonsgerichter te maken, aangezien het patiënten helpt om zelf de regie te voeren over hun gezondheid en zorg.

Dat geldt ook voor andere elementen van persoonsgerichte zorg, zoals het bespreken van de persoonlijke doelen van de patiënt, het betrekken van naasten bij beslissingen over de zorg (voor zover gewenst door de patiënt) en het bieden van zelfmanagementondersteuning. In hoeverre huisartsenpraktijken deze elementen daadwerkelijk in de praktijk brengen is lastig vast te stellen, maar het PaRIS onderzoek in Nederland laat wel zien dat het *merendeel van de patiënten met chronische aandoeningen deze elementen niet in de aan hen verleende zorg herkent of ervaart*. Uit de praktijk-enquête komt naar voren dat vrijwel alle praktijken zelfmanagementondersteuning verlenen, maar vooral mondeling tijdens het consult met de patiënt en door aanvullende informatie (schriftelijk, online) te verstrekken. Ongeveer één op de drie deelnemende praktijken verwijst patiënten weleens naar een zelfmanagementcursus. Uit de patiënt-enquête komt het beeld naar voren dat dit voor veel patiënten met chronische aandoeningen onvoldoende is: maar ruim een kwart vindt dat zij vaak of altijd voldoende zelfmanagementondersteuning krijgen. Voor patiënten met multimorbiditeit en ouderen geldt dat zij wel iets vaker aangeven de genoemde elementen van persoonsgerichte zorg te ervaren, maar ook bij deze subgroepen gaat het dan nog altijd om minder dan één op de drie.

Tenslotte ervaren patiënten met chronische aandoeningen nog lang *niet altijd gecoördineerde zorg*, dus dat de zorg die zij van verschillende zorgverleners krijgen in samenhang en op elkaar afgestemd wordt geboden. De gemiddelde score van 7,5 op een schaal van 0 (geen gecoördineerde zorg) tot 15 (maximaal gecoördineerde zorg) geeft aan dat ook op dit vlak nog veel verbeterd kan worden.

Ervaren kwaliteit van zorg en vertrouwen

Niettemin beoordeelt ruim 90% van de huisartspatiënten van 45 jaar en ouder de medische zorg die zij vanuit hun huisartsenpraktijk ontvangen als (zeer) goed of uitstekend. Dit geldt ook voor patiënten met chronische aandoeningen. Daarbij zijn er wel verschillen tussen de beoordeelde praktijken. Zoals al eerder genoemd loopt het percentage patiënten dat de medische zorg verleend vanuit de huisartsenpraktijk als (zeer) goed of uitstekend beoordeelt uiteen van 66% tot 96%.

Het vertrouwen in de zorgprofessional van de huisartsenpraktijk met wie men de laatste keer contact had is eveneens groot, zowel onder mensen met als zonder chronische aandoeningen. Het

vertrouwen in de gezondheidszorg als geheel is iets minder groot, maar nog altijd vindt ruim 70% van alle huisartspatiënten van 45 jaar en ouder dat zij op de gezondheidszorg kunnen vertrouwen. Ook uit ander onderzoek (e.g., Van der Hulst et al., 2023; Van der Schee et al., 2016) komt naar voren dat mensen over het algemeen meer vertrouwen hebben in de zorgverlener die zij kennen – en zeker ook in hun huisarts – dan in zorginstellingen of de gezondheidszorg als geheel. Wat wel opvalt is dat mensen die ten hoogste primair of voortgezet onderwijs hebben gevolgd wat minder vaak van mening zijn dat zij op de gezondheidszorg kunnen vertrouwen dan hoger opgeleide patiënten. Hoewel het verschil niet groot is, is het wel belangrijk om te onderzoeken waardoor dit komt. Minder lang opgeleide patiënten zouden bijvoorbeeld een grotere afstand kunnen voelen tot de veelal hoog opgeleide zorgverleners of zich minder begrepen kunnen voelen, maar mogelijk ervaren zij ook meer problemen met de toegang tot- of het gebruik van de gezondheidszorg.

Tenslotte laten de resultaten van PaRIS zien dat mensen die meer persoonsgerichte en gecoördineerde zorg ervaren ook een betere lichamelijke gezondheid rapporteren. Het is belangrijk te vermelden dat dit vanwege het design van de studie niet geïnterpreteerd kan worden als een oorzakelijk verband. Het geeft echter wel een beeld van de samenhang tussen de zorgervaringen van patiënten en de door hen gerapporteerde gezondheidsuitkomsten.

7.3 Vervolgonderzoek

De eerste editie van PaRIS heeft een schat aan informatie opgeleverd, in Nederland en in andere landen. Het vergelijken van de implementatie en de resultaten van PaRIS in Nederland met die van andere landen was geen onderdeel van dit rapport, maar is wel mogelijk in vervolgonderzoek. Met een dergelijke vergelijking kunnen de resultaten van Nederland *in context worden geplaatst* en kan ook worden vastgesteld in hoeverre *kenmerken van het gezondheidszorgsysteem* samenhangen met de zorgervaringen van patiënten. In het internationale rapport van de OESO wordt hiermee een begin gemaakt, maar een vergelijking op specifiek voor Nederland belangrijke punten vereist vervolgonderzoek. Hiermee wordt ook recht gedaan aan de meerwaarde van een groot internationaal onderzoek zoals PaRIS, waarmee wereldwijd zoveel gegevens verzameld zijn. Tevens moet worden opgemerkt dat we voor dit rapport ook *niet alle Nederlandse data uitputtend hebben kunnen analyseren*. Verdiepend onderzoek is nodig naar de relaties tussen kenmerken van praktijken en de wijze waarop zij de (chronische) zorg georganiseerd hebben en de gerapporteerde zorgervaringen en -uitkomsten van patiënten.

Het is de bedoeling dat PaRIS periodiek wordt herhaald. In volgende edities kunnen we dan de thans *geleerde lessen over de opzet van het onderzoek verwerken*. Maar bovendien biedt het periodiek herhalen van het onderzoek *inzicht in de ontwikkelingen* in de zorgervaringen en gerapporteerde gezondheidsuitkomsten van patiënten door de tijd. Door het periodiek herhalen van het onderzoek kan ook worden nagegaan of het reeds in gang gezette landelijke en regionale beleid ter versterking van de kwaliteit en houdbaarheid van de huisartsenzorg, en de omvorming van de chronische zorg daarbinnen, zijn vruchten afwerpt.

7.4 Conclusie en aanbevelingen

ONDANKS DE HOGE DRUK OP DE HUISARTSENZORG, IS HET OVERGROTE DEEL VAN ALLE PATIËNTEN VAN 45 JAAR EN OUDER POSITIEF OVER DE KWALITEIT VAN DE MEDISCHE ZORG DIE ZIJ VANUIT DE HUISARTSENPRAKTIJK ONTVANGEN. DIT GELDT OOK VOOR PATIËNTEN MET CHRONISCHE AANDOENINGEN. DEZE PATIËNTEN VINDEN OOK DAT ER

voldoende aandacht voor hen als persoon is en dat ze voldoende betrokken worden bij beslissingen over hun zorg. Daarentegen heeft het grootste deel van hen niet de ervaring dat andere elementen van persoonsgerichte zorg (voldoende) aan bod komen, zoals het bespreken van hun persoonlijke doelen, het individueel zorgplan, het betrekken van hun naasten bij beslissingen over hun zorg (voor zover door hen gewenst), zelfmanagementondersteuning en gecoördineerde zorg. De omvorming van de chronische zorg van aandoening-specifieke naar persoonsgerichte geïntegreerde zorg is in volle gang, maar zeker nog geen standaardpraktijk.

Met de toenemende druk op de huisartsenzorg door personeelsschaarste en wachtlijsten elders moet worden gewaakt voor verschraling van de chronische zorg in de eerste lijn. Optimalisering van *digitale zorg, preventie en versterking van zelfmanagement* en het *betrekken van naasten* bij de zorg (daarbij wakend voor overbelasting van mantelzorgers) alsmede een betere *samenwerking en afstemming met andere zorgverleners (ook binnen de ggz en het sociaal domein)* zijn mogelijke richtingen om de kwaliteit van de chronische zorg te verbeteren en de druk op de huisartsenzorg enigszins te verlichten.

Deelname van Nederland aan toekomstige edities van PaRIS biedt de mogelijkheid om de ontwikkelingen in Nederland nauwgezet te volgen, van beleid en praktijkervaringen in andere landen te leren en het in gang gezette beleid te evalueren.

Referenties

- Bloemeke-Cammin J, Groene O, Ballester M, Guanais F, Groenewegen P, Kendir C, [...], Berg M van den. International cross-cultural development and field testing of the primary care practice questionnaire for the PaRIS survey (PaRIS-PCPQ). BMC Prim. Care 2024; 25, 168. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02375-8>
- Dwarswaard J, Bakker EJ, van Staa A, Boeije HR. Self-management support from the perspective of patients with a chronic condition: a thematic synthesis of qualitative studies. Health Expectations 2016; 19(2): 194-208.
- InEen. Denkraam integratie zorgprogramma's. Samenvatting. Utrecht: InEen, 2020. [Samenvatting-Denkraam-integratie-zorgprogrammas.pdf](#)
- Hays RD, Schalet BD, Spritzer KL, Cella D. Two-item PROMIS® global physical and mental health scales. Journal of Patient-Reported Outcomes 2017: 1(1): 2
- Heijmans M, Cariot L, Brabers A, Rademakers J. Infographic. Eén op de drie Nederlanders heeft onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden - feiten en cijfers 2023. Nivel, 2024
- Heijmans M, Jansen D, Rijken M. Het gebruik van individuele zorgplannen in de zorg voor mensen met een chronische ziekte. Kennissynthese Nivel, 2015
- Jansen L, Timans R, Batenburg R, Tuyl L van. Organisatievormen in de Nederlandse huisartsenzorg. Nivel, 2023
- Keij B, Versluis A, Alblas E, Keuper J, Tuyl L van, Vaart R. van der. E-healthmonitor 2023: stand van zaken digitale zorg. RIVM, 2024
- Kendir C, Naik R, Bloemeke J, de Bienassis K, Larrain N, Klazinga N, [...] Berg M van den. All hands on deck: Co-developing the first international survey of people living with chronic conditions: Stakeholder engagement in the design, development, and field trial implementation of the PaRIS survey. OECD Health Working Papers 149. OECD, 2023
- Lloyd H, Fosh B, Whalley B, Byng R, Close J. Validation of the person-centred coordinated care experience questionnaire (P3CEQ). International Journal for Quality in Health Care 2019: 31(7): 506-512
- Mohler P, Dorer B, de Jong J, Hu M. Translation: overview. In: Guidelines for Best Practice in Cross-Cultural Surveys. Ann Arbor, MI: Survey Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan, 2016
- OECD, Ministerial Statement of the OECD Health Ministerial Meeting: The next generation of health reforms. 17 January 2017, <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/events/2017/1/health-ministerial-meeting-2017/ministerial-statement-2017.pdf>. Geraadpleegd op 13 augustus 2024
- Palmer K, Marengoni A, Jureviciene E, Laatikainen T, Mammarella F, Muth Ch, Prados-Torres A, Rijken M, Rothe U, Valderas JM, Vontetsianos Th, Zalete J, Forjaz MJ, Souchet L, Navickas R, Onder G. Multimorbidity care model: recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). Health Policy 2018; 122: 4-11
- Rijken, M., Stüssgen, R., Leemrijse, C., Bogerd, M. J., & Korevaar, J. C. Priorities and preferences for care of people with multiple chronic conditions. Health Expectations 2021: 24(4), 1300-1311

Rijken M, Hujala A, Van Ginneken E, Melchiorre MG, Groenewegen P, Schellevis F. (2018). Managing multimorbidity: profiles of integrated care approaches targeting people with multiple chronic conditions in Europe. *Health Policy* 2018; 122: 44-52

RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne). Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. [Aandoeningen | Volksgezondheid Toekomst Verkenning](#)

Schutjens V, Nuijen J, Magnée T. In de wachtstand. Een literatuurinventarisatie naar de impact van wachttijden in de ggz op patiënten, naasten, huisartsen en POHs-GGZ. Trimbos/Nivel, Utrecht. 2024.

Sinnema H, Schouten S, Heemrood W, Magnée T. Hoe poh-ggz hun werk ervaren en zich verhouden tot de wachtlijstproblematiek in de ggz. [m8IHPTaotmiLe3TI2C98vle2aj1U1empwDLCdfI7.pdf](#) 2024.

Timans R, Willems A, Kroneman M, Jong J de. Bekostigingsmodellen voor domeinoverstijgende initiatieven in de zorg: in het kader van de Juiste Zorg Op de Juiste Plek - kennisagenda. Kennissynthese Nivel, 2024.

Van den Berg M, Kendir C, Castelblanco D, Larrain N, Guanais F, Groene O, [...], Rijken M. PaRIS Field Trial Report: Technical report on the international PaRIS survey of people living with chronic conditions. OECD Health Working Papers, No. 166, OECD Publishing, Paris, 2024. <https://doi.org/10.1787/e5725c75-en>

Van der Schee E. Public trust in health care: exploring the mechanisms. = Publiek vertrouwen in de gezondheidszorg: een verkenning van de mechanismen. Utrecht: NIVEL, 2016

Van der Hulst F, Brabers AEM, Jong JD de. Barometer vertrouwen: cijfers 2022. Infographic Nivel, 2023

Valderas JM, Porter I, Martin-Delgado J, Rijken M, Jong J de, Groene O, [...], Berg M van den. Development of the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) conceptual framework to monitor and improve the performance of primary care for people living with chronic conditions. *BMJ Quality & Safety*. Published Online First: 22 August 2024. doi: 10.1136/bmjqs-2024-017301

Valderas JM, Porter I, Evans J, Rijken M, Heijmans M, Groene O, [...], Berg M van den. The International Survey of People Living with Chronic Conditions: development of the PaRIS Patient Questionnaire (PaRIS-PQ). Artikel in voorbereiding

VWS (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Visie eerstelijnszorg 2030. 26-01-2024. [Visie eerstelijnszorg 2030 | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

VZinfo. Chronische aandoeningen en multimorbiditeit. Leeftijd en geslacht. 2022. Beschikbaar via: <https://www.vzinfo.nl/chronische-aandoeningen-en-multimorbiditeit/leeftijd-en-geslacht#:~:text=Ruim%2010%20miljoen%20mensen%20met,%C3%A9%C3%A9n%20of%20meer%20chronische%20aandoeningen>. Geraadpleegd op 23 juli 2024

Bijlage A Vragenlijst Patiënten

Question	Dutch (Netherlands) Text
INTRO	Deze enquête wordt uitgevoerd door het Nivel in samenwerking met de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO). Nederland neemt deel aan een internationaal onderzoek om de gezondheidszorg te verbeteren op lokaal en nationaal niveau. In de enquête worden vragen gesteld over uw ervaring met zorg en behandeling door uw huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum. Daarnaast zijn er enkele vragen over <u>u en uw gezondheid</u>. Uw antwoorden zijn belangrijk en helpen beleidsmakers en zorgverleners om de gezondheidszorg te verbeteren op basis van de behoeften van patiënten. Het invullen van de enquête duurt ongeveer 25 minuten, afhankelijk van uw antwoorden. Als u de enquête niet in één keer kunt invullen en deze later wilt afmaken, kunt u het venster gewoon sluiten. Uw antwoorden worden opgeslagen. De volgende keer gaat u verder waar u was gebleven. Deelname aan deze enquête is vrijwillig. Uw antwoorden worden vertrouwelijk behandeld. Als u een vraag niet wilt beantwoorden, klikt u twee keer op de Volgende knop om verder te gaan. Wilt u meer informatie over deze enquête en hoe we uw gegevens gebruiken, klik dan op de onderstaande link om het privacybeleid te lezen. Hebt u vragen over de vragenlijst, stuur dan een e-mail naar EmailAddress.
CONSENT	Stemt u toe met deelname aan de enquête?
1	Ja
2	Nee
YOUR_HEALTH	Uw gezondheid De eerste paar vragen gaan over uw gezondheid.
Q_AGE	Hoe oud bent u?
1	44 jaar of jonger
2	45-49 jaar
3	50-54 jaar
4	55-59 jaar
5	60-64 jaar
6	65-69 jaar
7	70-74 jaar
8	75-79 jaar
9	80-84 jaar
10	85 jaar of ouder
11	Zeg ik liever niet
GLOBAL01	Hoe vindt u over het algemeen uw gezondheid
1	Uitstekend
2	Heel goed
3	Goed
4	Redelijk
5	Slecht

Question	Dutch (Netherlands) Text
GLOBAL02	Hoe vindt u over het algemeen uw kwaliteit van leven
1	Uitstekend
2	Heel goed
3	Goed
4	Redelijk
5	Slecht
GLOBAL03	Hoe zou u over het algemeen uw lichamelijke gezondheid beoordelen?
1	Uitstekend
2	Heel goed
3	Goed
4	Redelijk
5	Slecht
GLOBAL04	Hoe zou u over het algemeen uw geestelijke gezondheid, inclusief uw stemming en denkvermogen, beoordelen?
1	Uitstekend
2	Heel goed
3	Goed
4	Redelijk
5	Slecht
GLOBAL05	Hoe zou u over het algemeen uw tevredenheid over uw sociale activiteiten en relaties beoordelen?
1	Uitstekend
2	Heel goed
3	Goed
4	Redelijk
5	Slecht
GLOBAL9R	Beoordeel alstublieft hoe goed u over het algemeen uw gewone sociale activiteiten en functies uitvoert. (Dit omvat activiteiten thuis, op het werk en in uw gemeenschap, en verantwoordelijkheden als ouder, kind, levenspartner, werknemer, vriend enz.)
1	Uitstekend
2	Heel goed
3	Goed
4	Redelijk
5	Slecht
Q_GLOBAL06	In hoeverre bent u in staat om uw dagelijkse lichamelijke activiteiten uit te voeren, zoals lopen, trappen opgaan, boodschappen dragen of een stoel verplaatsen?
1	Volledig
2	Grotendeels
3	Redelijk
4	Een beetje
5	Helemaal niet

Question	Dutch (Netherlands) Text
INFOPG1	De volgende vragen gaan over bepaalde symptomen waar u onlangs mogelijk last van hebt gehad.
PROMISDYSCB001	Geef a.u.b. antwoord voor de <u>afgelopen 7 dagen</u> Ik heb last van kortademigheid
1	Helemaal niet
2	Een beetje
3	Enigszins
4	In vrij hoge mate
5	In zeer hoge mate
Q_GLOBAL08R	Geef a.u.b. antwoord voor de <u>afgelopen 7 dagen</u> Hoe zou u gemiddeld uw vermoeidheid beoordelen?
1	Geen
2	Licht
3	Matig
4	Hevig
5	Zeer hevig
Q_PROMISPAIN	Geef a.u.b. antwoord voor de <u>afgelopen 7 dagen</u> In welke mate belemmerde de pijn u bij uw dagelijkse activiteiten?
1	Helemaal niet
2	Een beetje
3	Enigszins
4	Behoorlijk
5	Heel veel
Q_GLOBAL07R	Geef a.u.b. antwoord voor de <u>afgelopen 7 dagen</u> Hoe zou u gemiddeld uw pijn beoordelen?
0	0-Geen pijn
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10-Ergst denkbare pijn

Question	Dutch (Netherlands) Text
Q_GLOBAL10R	Geef a.u.b. antwoord voor de <u>afgelopen 7 dagen</u>
	Hoe vaak hebt u last gehad van emotionele problemen, bijvoorbeeld dat u zich angstig en bezorgd, depressief of prikkelbaar voelde?
1	Nooit
2	Zelden
3	Soms
4	Vaak
5	Altijd
slice	Denk bij de volgende vragen na over hoe u zich de <u>afgelopen twee weken</u> voelde
A	Ik voelde me vrolijk en was in een goed humeur
1	De hele tijd
2	Meestal
3	Meer dan de helft van de tijd
4	Minder dan de helft van de tijd
5	Soms
6	Geen moment
B	Ik voelde me rustig en ontspannen
1	De hele tijd
2	Meestal
3	Meer dan de helft van de tijd
4	Minder dan de helft van de tijd
5	Soms
6	Geen moment
C	Ik voelde me actief en energiek
1	De hele tijd
2	Meestal
3	Meer dan de helft van de tijd
4	Minder dan de helft van de tijd
5	Soms
6	Geen moment
D	Mijn dagelijks leven was gevuld met dingen die me interesseren
1	De hele tijd
2	Meestal
3	Meer dan de helft van de tijd
4	Minder dan de helft van de tijd
5	Soms
6	Geen moment
E	Ik werd fris en uitgerust wakker
1	De hele tijd
2	Meestal
3	Meer dan de helft van de tijd
4	Minder dan de helft van de tijd
5	Soms
6	Geen moment

Question	Dutch (Netherlands) Text
Q_EXERCISE	Omgaan met uw gezondheid en de gezondheidszorg De volgende vragen gaan over uw recente lichaamsbeweging, uw voeding en gebruik van tabak en alcohol, en de steun die u mogelijk hebt gehad van zorgverleners (artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners). Graag antwoorden over uw ervaring met de zorg en behandeling door uw huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum. Op hoeveel dagen bent u in de afgelopen week ten minste 30 minuten lang intensief of gemiddeld actief geweest (zoals hardlopen, zwemmen, fietsen, stevig wandelen of dansen)? Bij intensieve lichaamsbeweging adem je doorgaans veel zwaarder dan normaal, terwijl je bij gemiddelde lichaamsbeweging iets zwaarder ademt dan normaal.
1	Elke dag
2	5 tot 6 dagen
3	3 tot 4 dagen
4	1 tot 2 dagen
5	Ik ben in de afgelopen week niet intensief of gemiddeld actief geweest
6	Weet ik niet
Q_ADVPHYSACT	Hebt u de afgelopen 12 maanden met een zorgverlener gesproken over uw lichaamsbeweging?
1	Ja
2	Nee
3	Weet ik niet
Q_EHISFR	Hoe vaak eet u fruit (vruchtensap niet meegerekend)?
1	Meer dan één keer per dag
2	Eén keer per dag
3	4 tot 6 dagen per week
4	1 tot 3 dagen per week
5	Minder dan één keer per week
6	Nooit
Q_EHISVG	Hoe vaak eet u groente of salade (vruchtensap en aardappels niet meegerekend)?
1	Meer dan één keer per dag
2	Eén keer per dag
3	4 tot 6 dagen per week
4	1 tot 3 dagen per week
5	Minder dan één keer per week
6	Nooit
Q_ADVDIET	Hebt u in de afgelopen 12 maanden met een zorgverlener gesproken over gezond eten?
1	Ja
2	Nee
3	Weet ik niet
Q_EHISSK01	Roekt u wel eens? (elektronische sigaretten of soortgelijke elektronische apparaten niet meegerekend)
1	Ja, dagelijks
2	Ja, af en toe
3	Helemaal niet

Question	Dutch (Netherlands) Text
Q_EHISK04	Heeft u ooit, gedurende ten minste een jaar, dagelijks of bijna dagelijks tabaksproducten gerookt (elektronische sigaretten of soortgelijke elektronische apparaten niet meegerekend)?
1	Ja
2	Nee
Q_CWF2014IHP	Hebt u in de afgelopen 12 maanden met een zorgverlener gesproken over de gezondheidsrisico's van roken of het gebruik van tabak en over manieren om te stoppen?
1	Ja
2	Nee
3	Weet ik niet
Q_EHIS	Hoe vaak hebt u in de afgelopen 12 maanden alcohol gedronken (bier, wijn, cider, sterke drank, cocktails, mixdrankjes, likeur of zelfgemaakte alcoholische dranken)?
1	(Bijna) elke dag
2	5-6 dagen per week
3	3-4 dagen per week
4	1-2 dagen per week
5	2-3 dagen per maand
6	Eén keer per maand
7	Minder dan één keer per maand
8	Niet in de afgelopen 12 maanden, aangezien ik geen alcohol meer drink
9	Nooit, of slechts een paar slokjes in mijn hele leven
Q_CWF2017IHP	Hebt u in de afgelopen 12 maanden met een zorgverlener gesproken over uw alcoholgebruik?
1	Ja
2	Nee
3	Weet ik niet
Q_PNintro	De volgende vragen gaan over hoe u en uw vaste zorgverleners omgaan met uw gezondheid en zorg. Graag antwoorden over uw ervaring met de zorg en behandeling van uw huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum.
PN1	Ik vertrouw erop dat zorgverleners me alles vertellen wat ik moet weten om te kunnen werken aan mijn gezondheid
1	Zeer mee oneens
2	Mee oneens
3	Niet mee eens en niet mee oneens
4	Mee eens
5	Zeer mee eens
PN2	De meeste gezondheidsproblemen zijn te ingewikkeld voor mij om te begrijpen
1	Zeer mee oneens
2	Mee oneens
3	Niet mee eens en niet mee oneens
4	Mee eens
5	Zeer mee eens

Question	Dutch (Netherlands) Text
PN3	Ik probeer actief te voorkomen dat ik ziek word
1	Zeer mee oneens
2	Mee oneens
3	Niet mee eens en niet mee oneens
4	Mee eens
5	Zeer mee eens
PN4	Ik laat het aan zorgverleners over om de juiste keuzes te maken over mijn gezondheid
1	Zeer mee oneens
2	Mee oneens
3	Niet mee eens en niet mee oneens
4	Mee eens
5	Zeer mee eens
PN5	Ik vind het belangrijk om geïnformeerd te zijn over gezondheidsproblemen
1	Zeer mee oneens
2	Mee oneens
3	Niet mee eens en niet mee oneens
4	Mee eens
5	Zeer mee eens
PN6	Ik moet op de hoogte zijn van gezondheidsproblemen zodat ik mezelf en mijn gezin gezond kan houden
1	Zeer mee oneens
2	Mee oneens
3	Niet mee eens en niet mee oneens
4	Mee eens
5	Zeer mee eens
PN7	Ik heb vaak moeite om de informatie over gezondheid die ik lees te begrijpen
1	Zeer mee oneens
2	Mee oneens
3	Niet mee eens en niet mee oneens
4	Mee eens
5	Zeer mee eens
PN8	Mijn zorgverleners en ik werken samen aan mijn gezondheid
1	Zeer mee oneens
2	Mee oneens
3	Niet mee eens en niet mee oneens
4	Mee eens
5	Zeer mee eens
PN9	Als ik iets lees of hoor dat relevant is voor mijn zorg, dan breng ik dat ter sprake bij mijn zorgverleners
1	Zeer mee oneens
2	Mee oneens
3	Niet mee eens en niet mee oneens
4	Mee eens
5	Zeer mee eens

Question	Dutch (Netherlands) Text
PN10	Ik probeer mijn persoonlijke gezondheidsrisico's te begrijpen
1	Zeer mee oneens
2	Mee oneens
3	Niet mee eens en niet mee oneens
4	Mee eens
5	Zeer mee eens
PREOS2m	Als ik denk dat er iets mis is met mijn zorg, bespreek ik mijn zorgen met mijn zorgverleners
1	Zeer mee oneens
2	Mee oneens
3	Niet mee eens en niet mee oneens
4	Mee eens
5	Zeer mee eens
P3CEQ10	Hoe zeker bent u ervan dat u zelf aan uw gezondheid en welzijn kunt werken?
1	Heel zeker
2	Zeker
3	Enigszins zeker
4	Helemaal niet zeker
MPBSPAINSTRC	Hoe zeker bent u ervan dat u de instructies kunt volgen van zorgverleners over hoe u thuis voor uzelf moet zorgen?
1	Heel zeker
2	Zeker
3	Enigszins zeker
4	Helemaal niet zeker
MPBSPAMEDREC	Hoe zeker bent u ervan dat u de instructies van zorgverleners kunt volgen over hoe u uw gewoonten of levensstijl kunt veranderen?
1	Heel zeker
2	Zeker
3	Enigszins zeker
4	Helemaal niet zeker
MPBSPANECES	Hoe zeker bent u ervan dat u kunt bepalen wanneer u medische zorg nodig hebt?
1	Heel zeker
2	Zeker
3	Enigszins zeker
4	Helemaal niet zeker
MPBSPASIDEX	Hoe zeker bent u ervan dat u kunt vaststellen of u last hebt van bijwerkingen van uw medicijnen?
1	Heel zeker
2	Zeker
3	Enigszins zeker
4	Helemaal niet zeker
5	Niet van toepassing

Question	Dutch (Netherlands) Text
eHEALS	Hoe zeker bent u over het gebruik van informatie van internet om beslissingen te nemen over uw gezondheid?
1	Heel zeker
2	Zeker
3	Enigszins zeker
4	Helemaal niet zeker
5	Niet van toepassing
INFOPG3	Uw ervaring met gezondheidszorg Graag antwoorden over uw ervaring met de zorg en behandeling van uw huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum.
Q_CWF1130	Hebt u één vaste zorgverlener waar u meestal naartoe gaat voor uw gezondheidsproblemen?
1	Ja, een arts
2	Ja, een andere zorgverlener
3	Nee, ik heb geen vaste zorgverlener waar ik meestal naartoe ga voor mijn gezondheidsproblemen
4	Weet ik niet
Q_USUALDR1	Wie is deze arts?
1	Een huisarts
2	Een specialist
3	Weet ik niet
Q_CWF1140	Hoe lang komt u al bij deze arts?
1	1 jaar of korter
2	Langer dan 1 jaar, maar niet langer dan 3 jaar
3	Langer dan 3 jaar, maar niet langer dan 5 jaar
4	Langer dan 5 jaar, maar niet langer dan 10 jaar
5	Meer dan 10 jaar
6	Weet ik niet
Q_USUALDR2	Hoe vaak hebt u in de afgelopen 12 maanden contact gehad met deze arts? Dat kan in persoon zijn, via de telefoon, via een video-oproep of online berichten.
1	Niet in de afgelopen 12 maanden
2	1 keer
3	2 keer
4	3 keer
5	4 keer
6	5 keer of vaker
7	Weet ik niet
Q_USUALDR3	Wie is deze zorgverlener?
1	Een verpleegkundige
2	Een verpleegkundig specialist
3	Een paramedicus, zoals een fysiotherapeut, diëtist of podotherapeut
4	Een andere zorgverlener
5	Weet ik niet

Question	Dutch (Netherlands) Text
Q_USUALDR4	Hoe lang komt u al bij deze zorgverlener?
1	1 jaar of korter
2	Langer dan 1 jaar, maar niet langer dan 3 jaar
3	Langer dan 3 jaar, maar niet langer dan 5 jaar
4	Langer dan 5 jaar, maar niet langer dan 10 jaar
5	Meer dan 10 jaar
6	Weet ik niet
Q_USUALDR5	Hoe vaak hebt u in de afgelopen 12 maanden contact gehad met deze zorgverlener? Dat kan in persoon zijn, via de telefoon, via een video-oproep, of online berichten.
1	Niet in de afgelopen 12 maanden
2	1 keer
3	2 keer
4	3 keer
5	4 keer
6	5 keer of vaker
7	Weet ik niet
Q_CHRONCOND	Heeft een arts ooit gezegd dat u een of meer van de volgende gezondheidsaandoeningen hebt? Selecteer alle opties die van toepassing zijn.
1	Hoge bloeddruk
2	Hart- of vaatziekte
3	Diabetes (type 1 of 2)
4	Artritis of een chronisch probleem met de rug of gewrichten
5	Ademhalingsaandoening (bijv. astma of COPD)
6	Ziekte van Alzheimer of andere oorzaak van dementie
7	Depressie, angststoornis of andere psychische aandoening (bijv. bipolaire stoornis of schizofrenie) die nu nog speelt
8	Neurologische aandoening (bijv. epilepsie of migraine)
9	Chronische nieraandoening
10	Chronische leveraandoening
11	Kanker (diagnose of behandeling in de afgelopen 5 jaar)
12	Ander(e) langdurig(e) probleem/problemen
13	Een arts heeft nooit gezegd dat ik een van deze problemen heb
INFOPG4	De volgende vragen gaan over de zorg die u mogelijk hebt ontvangen voor deze gezondheidsaandoeningen. Graag antwoorden over uw ervaring met de zorg en behandeling van uw huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum.
Q_P3CEQ6	Hebt u <u>één aanspreekpunt</u> vanuit de zorg(organisatie), dat verantwoordelijk is voor het regelen van de zorg en ondersteuning die u ontvangt?
1	Ja
2	Nee
3	Ik ontvang niet van meer dan één zorgorganisatie zorg
4	Weet ik niet

Question	Dutch (Netherlands) Text
Q_P3CEQ5m1	Is dit dezelfde zorgverlener als degene bij wie u komt voor de meeste van uw gezondheidsproblemen?
1	Ja
2	Nee
3	Weet ik niet
Q_P3CEQ5m2	Wie is deze zorgverlener?
1	Een huisarts
2	Een specialist
3	Een verpleegkundige
4	Een verpleegkundig specialist
5	Een paramedicus, zoals een fysiotherapeut, diëtist of podotherapeut
6	Een andere zorgverlener
7	Weet ik niet
Q_P3CEQ5	Is uw gezondheidszorg georganiseerd op een manier die voor u werkt?
1	Ja, zeker
2	Ja, tot op zekere hoogte
3	Nee, niet echt
4	Nee, zeker niet
6	Weet ik niet
P3CEQ1	Bespreekt u <u>met de zorgverleners die bij uw zorg betrokken zijn</u> wat u het belangrijkste vindt in het werken aan uw gezondheid en welzijn?
1	Ja, zeker
2	Ja, tot op zekere hoogte
3	Nee, niet echt
4	Nee, zeker niet
5	Weet ik niet
P3CEQ2	Wordt u voldoende betrokken bij beslissingen over uw zorg?
1	Ja, zeker
2	Ja, tot op zekere hoogte
3	Nee, niet echt
4	Nee, zeker niet
5	Weet ik niet
P3CEQ3	Is er aandacht voor u als persoon en niet alleen voor uw ziekte of aandoening?
1	Ja, zeker
2	Ja, tot op zekere hoogte
3	Nee, niet echt
4	Nee, zeker niet
5	Weet ik niet
Q_PCMH4intro	Soms ondersteunen zorgverleners patiënten bij het stellen van gezondheidsdoelen. Dit zijn dingen die belangrijk voor u zijn en waarbij u hulp wenst om ze te bereiken.

Question	Dutch (Netherlands) Text
Q_PCMH4	Hoe vaak bespreekt een zorgverlener specifieke gezondheidsdoelen met u?
1	Altijd
2	Vaak
3	Soms
4	Zelden
5	Nooit
6	Weet ik niet
Q_P3CEQ7aintro	De volgende vragen gaan over het <u>zorgplan</u>. Een zorgplan (of behandelplan) is een schriftelijke overeenkomst tussen u en uw zorgverleners waarin staat beschreven welk type zorg u over een langere periode ontvangt en hoe deze zorg wordt verleend, inclusief wat u zelf doet. Niet iedereen heeft een zorgplan. Graag antwoorden over uw ervaring met de zorg en behandeling van uw huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum.
Q_P3CEQ7a	Hebt u een zorgplan waarin al uw behoeften op het gebied van gezondheid en welzijn zijn opgenomen?
1	Ja
2	Nee
3	Weet ik niet
Q_P3CEQ7b	Is dit zorgplan voor u beschikbaar?
1	Ja
2	Nee
3	Weet ik niet
P3CEQ7c	In hoeverre is het zorgplan bruikbaar voor u om aan uw gezondheid en welzijn te kunnen werken?
1	Helemaal niet
2	Tot op zekere hoogte
3	Grotendeels
4	Volledig
5	Weet ik niet
P3CEQ7d	In hoeverre denkt u dat alle professionals die bij uw zorg betrokken zijn hetzelfde zorgplan volgen?
1	Helemaal niet
2	Tot op zekere hoogte
3	Grotendeels
4	Volledig
5	Weet ik niet
Q_P3CEQ8	Krijgt u voldoende ondersteuning van uw zorgverleners om aan uw gezondheid en welzijn te kunnen werken?
1	Ik heb geen ondersteuning nodig
2	Ik heb geen ondersteuning gekregen
3	Ik krijg soms genoeg ondersteuning
4	Ik krijg vaak genoeg ondersteuning
5	Ik krijg altijd genoeg ondersteuning
6	Niet relevant
7	Weet ik niet

Question	Dutch (Netherlands) Text
P3CEQ9	In hoeverre krijgt u bruikbare informatie op het moment dat u die nodig hebt om te kunnen werken aan uw gezondheid en welzijn?
1	Ik krijg geen informatie
2	Ik krijg soms genoeg informatie
3	Ik krijg vaak genoeg informatie
4	Ik krijg altijd genoeg informatie
5	Ik krijg te veel informatie
6	Niet relevant
7	Weet ik niet
Q_P3CEQ11b	Betrekken uw zorgverleners uw familie, vrienden en/of verzorgers zo veel als u wilt bij beslissingen over uw zorg?
1	Nee, zeker niet
2	Nee, niet echt
3	Ja, tot op zekere hoogte
4	Ja, zeker
5	Ik wil niet dat mijn familie, vrienden of mantelzorgers erbij worden betrokken
6	Mijn familie, vrienden of mantelzorgers willen er niet bij betrokken worden
7	Niet van toepassing
Q_MEDCWF1605	Hoeveel verschillende medicijnen op recept van een arts of verpleegkundige gebruikt u regelmatig of langdurig?
1	Geen medicijnen
2	1-2 medicijnen
3	3-4 medicijnen
4	5-9 medicijnen
5	10 of meer medicijnen
Q_MEDCWF71110	Heeft een zorgverlener in de afgelopen 12 maanden alle medicijnen die u inneemt weleens met u doorgenomen?
1	Ja
2	Nee
3	Weet ik niet
INFOPGXi	De volgende vragen gaan over uw ervaringen in de <u>afgelopen 12 maanden</u> met de huisartspraktijk of het gezondheidscentrum waarbij u bent ingeschreven.
Q_P3CEQ4	Is het weleens voorgekomen dat u informatie moest herhalen die in uw zorgdossier had moeten staan?
1	Ja, zeker
2	Ja, tot op zekere hoogte
3	Nee, niet echt
4	Nee, zeker niet
5	Weet ik niet

Question	Dutch (Netherlands) Text
Q_PREOS3	Soms ervaren patiënten een situatie die zou hebben geleid of heeft geleid tot onnodige schade voor henzelf. Bijvoorbeeld, het niet krijgen van een afspraak wanneer dat nodig is; het krijgen van een verkeerde of vertraagde diagnose of behandeling; of het ondervinden van problemen met de communicatie tussen zorgverleners. Hoe vaak denkt u dat u een dergelijke situatie heeft ervaren in uw huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum?
1	Altijd
2	Vaak
3	Soms
4	Zelden
5	Nooit
6	Niet van toepassing
Q_PREOS1	Hoe vaak had u het gevoel dat de zorgverleners van uw huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum u aanmoedigden om eventuele zorgen over uw gezondheidszorg te bespreken?
1	Altijd
2	Vaak
3	Soms
4	Zelden
5	Nooit
6	Niet van toepassing
Q_OECDACC3	Hoe vaak is het voorgekomen dat u geen hulp zocht voor een gezondheidsprobleem vanwege problemen met vervoer naar uw huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum?
1	Altijd
2	Vaak
3	Soms
4	Zelden
5	Nooit
6	Niet van toepassing
Q_OECDACC46	Hoe vaak is het voorgekomen dat u vanwege de kosten geen hulp zocht voor een gezondheidsprobleem of een voorgeschreven medicijn niet gebruikte?
1	Altijd
2	Vaak
3	Soms
4	Zelden
5	Nooit
6	Niet van toepassing
INFOPG5	De volgende vragen gaan over de online diensten die uw huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum patiënten zoals u mogelijk aanbiedt, zoals een website, app, of videoconsulten.

Question	Dutch (Netherlands) Text
Q_GPPS4	Hoe gemakkelijk kunt u op de website van uw huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum informatie vinden of toegang krijgen tot bepaalde diensten?
1	Erg gemakkelijk
2	Vrij gemakkelijk
3	Niet erg gemakkelijk
4	Helemaal niet gemakkelijk
5	Heb ik niet geprobeerd
6	Mijn huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum heeft geen website
7	Weet ik niet
Q_GPPS5	Welke onlinediensten biedt uw huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum aan, voor zover u weet? Selecteer alle opties die van toepassing zijn.
1	Online afspraken maken
2	Online herhaalrecepten aanvragen
3	Online mijn medisch dossier bekijken
4	Videoconsulten
5	Geen van deze opties
6	Weet ik niet
Q_GPPS6	Welke van de volgende onlinediensten van uw huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum hebt u gebruikt? Selecteer alle opties die van toepassing zijn.
1	Online afspraken maken
2	Online herhaalrecepten aanvragen
3	Online mijn medisch dossier bekijken
4	Videoconsulten
5	Geen van deze opties
Q_CWF119	Hoe beoordeelt u over het geheel genomen de medische zorg die u in het afgelopen jaar hebt ontvangen van uw huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum?
1	Uitstekend
2	Zeer goed
3	Goed
4	Redelijk
5	Slecht
6	Ik heb in het afgelopen jaar geen medische zorg ontvangen
7	Weet ik niet
INFOPG6	Andere gezondheidsdiensten De volgende vragen gaan over andere gezondheidsdiensten die u in de afgelopen 12 maanden hebt gebruikt.
Q_EMERG	Bent u in de afgelopen 12 maanden naar de spoedeisende hulp van een ziekenhuis geweest voor uw eigen medische zorg?
1	Nee
2	Ja, één keer
3	Ja, twee keer
4	Ja, drie keer of meer
5	Weet ik niet

Question	Dutch (Netherlands) Text
Q_CWF2016HOSP	Bent u de afgelopen 12 maanden een nacht of langer opgenomen geweest in het ziekenhuis?
1	Nee
2	Ja, één keer
3	Ja, twee keer
4	Ja, drie keer of meer
5	Weet ik niet
INFOPG7	Uw laatste consult/afpraak De volgende vragen gaan over de laatste keer dat u een afspraak had voor uzelf bij uw huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum, met een huisarts, verpleegkundige, of andere zorgverlener. Dit kan uw vaste huisarts zijn geweest of een andere zorgverlener, en het kan een telefonische afspraak zijn geweest of een afspraak in de praktijk of het centrum.
Q_PURPOS	Uw laatste consult/afpraak Wat was het hoofddoel van deze afspraak?
1	Eerste afspraak voor een nieuw probleem
2	Vervolgafpraak voor een nieuw probleem
3	Routinematige zorg voor een langdurig probleem
4	Niet-routinematige zorg voor een langdurig probleem
5	Algemene preventieve zorg
6	Weet ik niet
Q_OECDACC7a	Uw laatste consult/afpraak Met wie had u deze afspraak? Als dit meer dan één zorgverlener was, kies dan degene die u die dag het langst hebt gesproken. Selecteer één antwoordoptie.
1	Een huisarts
2	Een specialist
3	Een verpleegkundige
4	Een verpleegkundig specialist
5	Een paramedicus, zoals een fysiotherapeut, diëtist of podotherapeut
6	Een andere zorgverlener
7	Weet ik niet
Q_OECDACC7b	Uw laatste consult/afpraak Waar werkte deze zorgverlener?
1	Een huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum
2	Een polikliniek van een ziekenhuis
3	Anders
4	Weet ik niet
5	Niet van toepassing

Question	Dutch (Netherlands) Text
Q_OECDACC7c	Uw laatste consult/afpraak Welke van de volgende opties beschrijft het type afspraak dat u had het beste?
1	Persoonlijk consult in de praktijk
2	Telefonisch consult
3	Videoconsult
4	Huisbezoek
5	Anders
6	Weet ik niet
GPPSACCESS	Uw laatste consult/afpraak Hoe lang na de eerste poging om de afspraak te maken, vond de afspraak plaats?
1	Op dezelfde dag
2	Op de volgende dag
3	Een paar dagen tot een week later
4	Meer dan een week tot een maand later
5	Meer dan een maand later
6	Kan ik mij niet herinneren
Q_OECDACC9	Uw laatste consult/afpraak Was de tijd die u moest wachten een probleem voor u?
1	Ja
2	Nee
3	Weet ik niet
Q_OECDACC8	Uw laatste consult/afpraak Had deze zorgverlener genoeg tijd voor u?
1	Ja, zeker
2	Ja, tot op zekere hoogte
3	Nee, niet echt
4	Nee, zeker niet
5	Weet ik niet
Q_OECDEXP2	Uw laatste consult/afpraak Legde deze zorgverlener alles op een begrijpelijke manier uit?
1	Ja, zeker
2	Ja, tot op zekere hoogte
3	Nee, niet echt
4	Nee, zeker niet
5	Weet ik niet

Question	Dutch (Netherlands) Text
Q_GPPSTRUST	Uw laatste consult/afspraak Had u vertrouwen in de zorgverlener met wie u een afspraak had?
1	Ja, zeker
2	Ja, tot op zekere hoogte
3	Nee, niet echt
4	Nee, zeker niet
5	Weet ik niet
Q_OECDEXP5	Uw laatste consult/afspraak Hoe zou u over het geheel genomen de kwaliteit van dit consult beoordelen?
1	Uitstekend
2	Zeer goed
3	Goed
4	Redelijk
5	Slecht
6	Weet ik niet
INFOPGXii	De volgende vragen gaan over of u positief bent getest op COVID-19 en de symptomen die u mogelijk heeft ervaren.
Q_COVID1	Bent u ooit positief getest op COVID-19 (met een sneltest, zelftest of laboratoriumtest) of is u door een arts of andere zorgverlener verteld dat u COVID-19 heeft of had?
1	Ja
2	Nee
3	Weet ik niet
Q_COVID2	Hebt u symptomen gehad die 2 maanden of langer duurden en die u niet had voordat u het coronavirus of COVID-19 kreeg? <i>Mogelijke langdurige symptomen zijn: lusteloosheid of vermoeidheid, moeite met denken, concentratieproblemen, vergeetachtigheid of geheugenproblemen (ook wel 'hersennmist' genoemd), moeite met ademen of kortademigheid, gewrichts- of spierpijn, snel kloppend of bonzend hart (ook wel hartkloppingen genoemd), pijn op de borst, duizeligheid bij het staan, menstruatieveranderingen, veranderingen in smaak/geur, of onvermogen om te sporten.</i>
1	Ja, de symptomen duurden tussen de 2-3 maanden
2	Ja, de symptomen duurden tussen de 3-6 maanden
3	Ja, de symptomen duurden tussen 6 maanden - 1 jaar
4	Ja, de symptomen duurden minstens 1 jaar
5	Nee
6	Weet ik niet
Q_COVID3	Heeft u nog steeds deze langdurige symptomen?
1	Ja
2	Nee
3	Weet ik niet
Q_COVID4	Verminderen deze langdurige symptomen uw vermogen om dagelijkse activiteiten uit te voeren in vergelijking met de tijd voordat u COVID-19 had?
1	Ja, heel erg
2	Ja, een beetje
3	Helemaal niet
4	Weet ik niet

Question	Dutch (Netherlands) Text
ABOUT_YOU	Over uzelf Ten slotte willen we u een paar vragen stellen over uzelf. Deze informatie is belangrijk, want zo komen we te weten of verschillende groepen mensen verschillende ervaringen hebben met de kwaliteit van dienstverlening.
Q_WB151_kg	Hoeveel weegt u?
1	_kg
2	Weet ik niet
3	Zeg ik liever niet
Q_WB152_cm	Hoe lang bent u?
1	_cm
2	Weet ik niet
3	Zeg ik liever niet
Q_ISCED	Wat is het hoogste opleidingsniveau dat u hebt bereikt?
1	Basisschool niet afgemaakt
2	Alleen basisschool afgemaakt
3	LBO, VBO, LEAO, LTS ambachtsschool, huishoudschool, LHNO, VMBO (niveaus 1-3; basisberoepsgericht, kaderberoepsgericht, gemengd) afgemaakt
4	MULO, ULO, MAVO, VMBO (niveau 4; theoretische leerweg); HAVO jaar 3-4; VWO jaar 3-5 afgemaakt
5	KMBO, leerlingwezen, MBO niveau 1, MEAO, MTS afgemaakt (duur < 2 jaar)
6	HAVO, MMS, MSVM afgemaakt
7	VWO, HBS, atheneum, gymnasium afgemaakt
8	MBO niveau 2 en 3 afgemaakt (duur 2-3 jaar)
9	Leerlingwezen, MBO, MEAO, MTS (duur 4 jaar)
10	MBO-plus voor havisten
11	propedeuse WO, OU-certificaat
12	korte HBO-opleiding einddiploma (2 of 3 jaar), kweekschool, conservatorium, MO-acten
13	Bachelor HBO afgemaakt
14	Bachelor universiteit afgemaakt
15	HBO: Master's degree, tweede fase opleidingen; Post HBO-opleidingen, pre-master onderwijs voor HBO
16	WO/universiteit: Master's degree, tweede fase opleidingen; ingenieur, meester, doctorandus
17	Doctoraat / gepromoveerd
Q_SEX	Welke van de volgende opties beschrijft u het beste?
1	Vrouw
2	Man
3	Non-binair
4	Andere
5	Zeg ik liever niet
Q_OECDLGB	Deze vraag gaat over uw seksuele geaardheid. Identificeert u zich als:
1	Heteroseksueel (aangetrokken tot het andere geslacht)
2	Homoseksueel (homo of lesbisch: aangetrokken tot hetzelfde geslacht)
3	Biseksueel (aangetrokken tot beide geslachten)
4	Anders
5	Zeg ik liever niet

Question	Dutch (Netherlands) Text
Q_OECDLIT5a	Welke van deze termen beschrijft uw huidige werksituatie het beste?
1	Zelfstandige (u werkt voor uzelf)
2	In dienstverband (u werkt voor iemand anders)
3	Werkzoekend
4	Huisvrouw/huisman
5	Niet in staat te werken door ziekte of slechte gezondheid
6	Gepensioneerd
7	Student
8	Niet werkend en niet werkzoekend
9	Leerling/stagiair(e)
10	Anders
11	Weet ik niet
Q_OECDLIT7	In welke van deze categorieën valt het netto-inkomen van uw huishouden meestal?
1	Tot €2375,- per maand
2	€2375,- tot €3958,- per maand
3	€3958,- of meer per maand
4	Weet ik niet
5	Zeg ik liever niet
Q_MONMED	Hebt u <u>de afgelopen 12 maanden</u> problemen gehad met het betalen van zorgrekeningen of kon u deze helemaal niet betalen?
1	Ja
2	Nee
3	Niet van toepassing
Q_MON	Hoe vaak was u <u>in de afgelopen 12 maanden</u> bezorgd of gestrest over de volgende dingen?
MONMEAL	Of u genoeg geld had om gezonde voeding te kopen
1	Altijd
2	Meestal
3	Soms
4	Zelden
5	Nooit
MONRENT	Of u genoeg geld had om de huur of hypotheek te betalen
1	Altijd
2	Meestal
3	Soms
4	Zelden
5	Nooit
MONBILLS	Of u genoeg geld had om andere maandelijkse rekeningen te betalen, zoals de energie- en telefoonrekening
1	Altijd
2	Meestal
3	Soms
4	Zelden
5	Nooit
MEDHIMS6	Bent u geboren in Nederland?
1	Ja
2	Nee (vermeld het land waar u geboren bent)

Question	Dutch (Netherlands) Text
MEDHIMS7	Bent u staatsburger van Nederland?
1	Ja
2	Nee (vermeld het land waar u staatsburger van bent)
Q_OECDLITii	Welke van deze opties beschrijft het type gebied waar u woont het beste?
1	Grote stad
2	Middelgrote plaats, dorp of stad
3	Landelijk gebied
4	Weet ik niet
OECDLIT2a	Hoeveel kinderen <u>onder de 18 jaar</u> wonen er in uw huishouden?
OECDLIT2b	Hoeveel personen van <u>18 jaar en ouder</u> wonen er in uw huishouden? Uzelf niet meegerekend
WHODIS	Als u hulp nodig hebt, hoe gemakkelijk kunt u dan hulp krijgen van de volgende mensen?
Question	Dutch (Netherlands) Text
WHODIS1	Een naast familielid (inclusief uw partner)?
1	Erg gemakkelijk
2	Gemakkelijk
3	Niet gemakkelijk en niet moeilijk
4	Moeilijk
5	Erg moeilijk
6	Niet van toepassing
WHODIS2	Vrienden, buren en collega's?
1	Erg gemakkelijk
2	Gemakkelijk
3	Niet gemakkelijk en niet moeilijk
4	Moeilijk
5	Erg moeilijk
6	Niet van toepassing
WHOWB11	Hebt u fysieke zorg of ondersteuning nodig, zoals hulp bij het eten, aankleden, wassen, zich verplaatsen in huis, of hulp buitenshuis, zoals bij vervoer?
1	Ja
2	Nee
Q_WHOWB12	Hebt u emotionele zorg of ondersteuning nodig, zoals troost, advies of therapie?
1	Ja
2	Nee
Q_WHOWB13	Hebt u ondersteuning nodig bij uw zorg, zoals het toedienen van medicijnen, verwisselen van verband of het maken van afspraken met zorgverleners (zoals de huisarts, tandarts, fysiotherapeut, maatschappelijk werker of wijkverpleegkundige)?
1	Ja
2	Nee
Q_AGSCTRUST	In hoeverre bent u het ermee eens of oneens dat u op de gezondheidszorg kunt vertrouwen?
1	Zeer mee oneens
2	Mee oneens
3	Niet mee eens en niet mee oneens
4	Mee eens
5	Zeer mee eens

Question	Dutch (Netherlands) Text
Q_GPPS48m	Wie heeft/hebben deze vragenlijst grotendeels ingevuld?
1	De persoon die was uitgenodigd om de enquête in te vullen
2	Een vriend/vriendin of familielid van degene die was uitgenodigd om de enquête in te vullen
3	Degene die was uitgenodigd om de enquête in te vullen, samen met een vriend/vriendin of familielid
4	Degene die was uitgenodigd om de enquête in te vullen, met hulp van een zorg- of hulpverlener
EndOfInterviewText	Hartelijk dank voor uw tijd. Als u meer wilt weten over de resultaten van deze enquête, kunt u een e-mail sturen naar EmailAddress om uw interesse aan te geven.

Bijlage B Vragenlijst huisartsenpraktijken

Question Name	Dutch (Netherlands) Text
INTRO	Bedankt voor uw hulp bij dit belangrijke onderzoek. Deze enquête wordt uitgevoerd door het Nivel, als onderdeel van een internationale enquête onder leiding van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO). De enquête is bedoeld om meer inzicht te krijgen in hoe uw praktijk omgaat met patiënten met chronische aandoeningen. De enquête wordt ook in andere OESO-landen uitgevoerd en wordt gebruikt om verschillende zorgsystemen met elkaar te vergelijken. Door deel te nemen aan deze enquête draagt u bij aan de versterking van de gezondheidszorg, zodat die beter kan inspelen op de behoeften van mensen met chronische aandoeningen. De enquête is opgezet om te worden ingevuld door huisartsen, verpleegkundigen of andere paramedici (zoals fysiotherapeuten) of praktijkmanagers. De vragenlijst moet worden ingevuld door personen die het meest bekend zijn met de manier waarop de praktijk is georganiseerd en functioneert. <u>Alle vragen verwijzen naar de praktijk waarin u werkt en naar de huidige situatie.</u> Het gebruik van de term "uw praktijk" verwijst naar de huisartsenpraktijk, het gezondheidscentrum of andere faciliteit waarin u werkt. De antwoorden moeten zoveel mogelijk de opvattingen en het handelen van het hele eerstelijns medische team weerspiegelen. Het beantwoorden van de vragen kost ongeveer 10 tot 15 minuten. Uw deelname is vrijwillig en uw antwoorden worden volledig vertrouwelijk behandeld. Hebt u vragen over de vragenlijst, stuur dan een e-mail naar EmailAddress
CONSENT	Stemt u toe met deelname aan de enquête?
1	Ja
2	Nee
LOCATION	Allereerst willen we u enkele vragen stellen over de praktijk waar u werkt.
	Waar is de praktijk waar u werkt gevestigd?
1	Grote stad
2	Middelgrote plaats, dorp of stad
3	Landelijk gebied
4	Weet ik niet

Question Name	Dutch (Netherlands) Text
PRACTICETYPE	Om wat voor soort praktijk gaat het?
1	Solopraktijk (een praktijk die wordt gerund door één arts of zorgprofessional)
2	Groepspraktijk met eigen patiënten (twee of meer artsen of zorgprofessionals met gedeelde huisvesting maar geen gezamenlijk patiëntenbestand)
3	Groepspraktijk met gezamenlijke patiënten (twee of meer artsen of zorgprofessionals met een gezamenlijk patiëntenbestand)
4	Multidisciplinaire groepspraktijk (een praktijk die wordt gerund door twee of meer artsen of zorgprofessionals met verschillende specialismen)
5	Anders
6	Weet ik niet
SERVICES	Biedt de praktijk waarin u werkt patiëntenvoorzieningen zonder afspraak?
1	Ja
2	Nee
3	Weet ik niet
SERVICES_OPTIONS	Voor welke patiënten zijn deze patiëntenvoorzieningen zonder afspraak beschikbaar? Selecteer alle opties die van toepassing zijn.
1	Patiënten met dringende medische problemen die bij de praktijk staan ingeschreven
2	Patiënten met niet-dringende medische problemen die bij de praktijk staan ingeschreven
3	Patiënten met dringende medische problemen, die niet ingeschreven staan bij de praktijk
4	Patiënten met niet-dringende medische problemen, die niet ingeschreven staan bij de praktijk
CLOSED_OPTIONS	Welke van de volgende opties voor huisartsenzorg zijn er buiten de reguliere openingstijden beschikbaar voor uw patiënten? Gelieve opties voor huisartsenzorg die buiten uw praktijk worden uitgevoerd, zoals diensten van de huisartsenpost, buiten beschouwing te laten. Selecteer alle opties die van toepassing zijn.
1	Praktijkbezoek voor of na de reguliere openingstijden van de praktijk (ten minste eenmaal per week)
2	Praktijkbezoek in het weekend
3	Direct contact met een arts of verpleegkundige via opties op afstand (bijv. telefoon, online chat/berichten)
4	Een boodschap achterlaten op een antwoordapparaat, een e-mail sturen of een onlineformulier invullen, waarna de patiënt kort daarna door een arts of verpleegkundige wordt teruggebeld
5	Andere
6	Geen van deze opties
7	Weet ik niet

Question Name	Dutch (Netherlands) Text
HOMEVISITS	Legt minimaal één arts of andere zorgprofessional uit de praktijk huisbezoeken af?
1	Ja
2	Nee
3	Weet ik niet
ROLE_STAFF	Welke taken hebben de medewerkers (anders dan huisartsen) die zich in uw praktijk bezighouden met chronische zorg?
1	Voorlichting en advies geven (bijv. over roken, voeding of lichaamsbeweging)
2	Behandeling van chronische aandoeningen (bijv. diabetescontrole, wondzorg of bloeddrukmeting)
3	Andere taken, zoals
4	We hebben geen aanvullend personeel (anders dan artsen) in ons medisch team
5	Weet ik niet
ONLINE	Biedt uw praktijk patiënten de mogelijkheid van consulten via telefoon, video of andere onlinetechnologie? Selecteer alle opties die van toepassing zijn.
1	Telefonische consulten
2	Videoconsulten
3	Andere consulten op afstand (bijv. via e-mail, SMS, berichten via patiëntenplatforms)
4	Geen van deze opties
5	Weet ik niet
TIME	Hoeveel tijd reserveert uw praktijk voor de volgende activiteiten (uitgevoerd door huisartsen)?
	Consulten voor een nieuwe patiënt
1	5 minuten of minder
2	6-10 minuten
3	11-15 minuten
4	16-20 minuten
5	21-30 minuten
6	Meer dan 30 minuten
7	Niet vooraf gespecificeerd
8	Weet ik niet
9	Niet van toepassing
	Reguliere en vervolgconsulten
1	5 minuten of minder
2	6-10 minuten
3	11-15 minuten
4	16-20 minuten
5	21-30 minuten
6	Meer dan 30 minuten
7	Niet vooraf gespecificeerd
8	Weet ik niet
9	Niet van toepassing

Question Name	Dutch (Netherlands) Text
	Spoedconsulten
1	5 minuten of minder
2	6-10 minuten
3	11-15 minuten
4	16-20 minuten
5	21-30 minuten
6	Meer dan 30 minuten
7	Niet vooraf gespecificeerd
8	Weet ik niet
9	Niet van toepassing
	Huisbezoeken (exclusief reistijd)
1	5 minuten of minder
2	6-10 minuten
3	11-15 minuten
4	16-20 minuten
5	21-30 minuten
6	Meer dan 30 minuten
7	Niet vooraf gespecificeerd
8	Weet ik niet
9	Niet van toepassing
	Telefonische consulten
1	5 minuten of minder
2	6-10 minuten
3	11-15 minuten
4	16-20 minuten
5	21-30 minuten
6	Meer dan 30 minuten
7	Niet vooraf gespecificeerd
8	Weet ik niet
9	Niet van toepassing
	Videoconsulten
1	5 minuten of minder
2	6-10 minuten
3	11-15 minuten
4	16-20 minuten
5	21-30 minuten
6	Meer dan 30 minuten
7	Niet vooraf gespecificeerd
8	Weet ik niet
9	Niet van toepassing

Question Name	Dutch (Netherlands) Text
	Andere consulten op afstand (bijv. via e-mail, SMS, berichten via patiëntenplatforms)
1	5 minuten of minder
2	6-10 minuten
3	11-15 minuten
4	16-20 minuten
5	21-30 minuten
6	Meer dan 30 minuten
7	Niet vooraf gespecificeerd
8	Weet ik niet
9	Niet van toepassing
FUNDING_MODEL	Hoe worden huisartsen in uw praktijk betaald? Selecteer alle opties die van toepassing zijn.
1	Bekostiging per zorgactiviteit <i>Bekostiging per zorgactiviteit is een vorm van vergoeding waarbij elke afzonderlijke medische activiteit wordt geëvalueerd en vergoed, in tegenstelling tot een vast tarief per geval of een vergoeding voor complexe behandelingen.</i>
2	Vergoedingen per sessie <i>Vergoedingen per sessie zijn betalingsmodellen waarbij een betaling is gekoppeld aan een therapeutische of adviserende sessie van een beperkte tijdsduur (dit model wordt vaak toegepast in de geestelijke gezondheidszorg of de revalidatiezorg).</i>
3	Vast salaris <i>Een vast salaris is een vast bedrag of een vaste vergoeding waar belastingen en sociale premies direct vanaf worden getrokken voordat de persoon deze ontvangt.</i>
4	Prestatiebeloning <i>Een prestatiebeloning in de gezondheidszorg is een betalingsmodel waarbij positieve of negatieve financiële prikkels worden gekoppeld aan prestaties van leveranciers met betrekking tot meetbare resultaten, best practices of de tevredenheid/ervaringen van de patiënt.</i>
5	Vergoeding per capita <i>Vergoeding per capita is een betalingsmodel voor medische activiteiten, waarbij de zorgverlener een vast bedrag per patiënt of verzekerde of per behandeling ontvangt voor geleverde diensten gedurende een bepaalde periode.</i>
6	Anders
7	Weet ik niet

Question Name	Dutch (Netherlands) Text
ADD_PAYMENTS	Ontvangt uw praktijk in de volgende situaties een aanvullende vergoeding? Selecteer alle opties die van toepassing zijn.
1	Behalen van doelen voor screening en preventie
2	Behalen van doelen voor doorverwijzing van patiënten
3	Kansarme patiënten hebben in uw praktijk (bijv. mensen zonder sociaal vangnet en/of die financieel kwetsbaar zijn)
4	Werken in een specifiek gebied (platteland of achterstandswijk)
5	Behalen van andere doelen met betrekking tot kostenbeheersing
6	Bereikte resultaten in het klinische of zorgproces of het realiseren van uitkomstindicatoren
7	Behandeling van patiënten met bepaalde chronische aandoeningen (bijv. diabetes, COPD) via integrale bekostiging (bundled payment)
8	Behandeling van patiënten met bepaalde chronische aandoeningen (bijv. diabetes, COPD) niet via integrale bekostiging (bundled payment)
9	Anders
10	Geen van deze opties
11	Weet ik niet
FORMAT_RECORDS	De volgende vragen gaan over de organisatie van zorg in uw praktijk. In welke vorm worden medische dossiers bijgehouden in uw praktijk? Selecteer alle opties die van toepassing zijn. <i>Het medisch dossier is een dossier waarin de medische gegevens van de patiënt worden vastgelegd (bijv. de medische voorgeschiedenis, ontvangen zorg of behandelingen, uitslagen van onderzoek, diagnoses en gebruikte medicijnen).</i>
1	Medische dossiers worden elektronisch bijgehouden
2	Medische dossiers worden op papier bijgehouden
3	Weet ik niet
KEPT_RECORDS	Voor welk type patiënten worden medische dossiers bijgehouden in uw praktijk? Selecteer alle opties die van toepassing zijn.
1	Medische dossiers worden bijgehouden voor patiënten die niet regelmatig komen
2	Medische dossiers worden bijgehouden voor patiënten die regelmatig komen
3	Medische dossiers van patiënten die bij de praktijk staan ingeschreven worden bijgehouden
4	Van alle patiënten wordt het medisch dossier bijgehouden
5	Weet ik niet

Question Name	Dutch (Netherlands) Text
INFO_RECORDS	Welke informatie legt uw praktijk doorgaans vast in het medisch dossier? Selecteer alle opties die van toepassing zijn.
1	Hulpvraag van de patiënt
2	Medische familiegeschiedenis
3	Leefsituatie (alleen, partner, gezin)
4	Werk situatie
5	Etniciteit
6	Rookgewoonte
7	Middelengebruik (alcohol en/of drugs)
8	Gewicht en lengte
9	Klinische parameters (zoals bloeddruk)
10	Uitslagen van onderzoek
11	Diagnose
12	Voorgeschreven medicatie
13	Andere informatie
14	Weet ik niet
AVAIL_RECORDS	Zijn medische dossiers beschikbaar wanneer patiënten op consult komen?
1	Ja, altijd
2	Ja, soms
3	Nee
4	Weet ik niet
PREV_RECORDS	Als nieuwe patiënten zich bij uw praktijk inschrijven, ontvangt u dan hun medische dossiers van hun vorige praktijk? Selecteer alle opties die van toepassing zijn.
1	Ja, ze zijn elektronisch toegankelijk zonder ze direct op te hoeven vragen
2	Ja, wanneer wij ze opvragen bij de vorige praktijk
3	Ja, wanneer de patiënt het meebrengt
4	Nee
5	Weet ik niet

Question Name	Dutch (Netherlands) Text
COMPUTER_PROCESS	Kunt u de volgende informatie over de patiënten in uw praktijk genereren met behulp van een geautomatiseerd systeem (bijv. een Huisarts Informatie Systeem (HIS))? Selecteer alle opties die van toepassing zijn. <i>Huisartseninformatiesysteem (HIS) is een computergebaseerd systeem dat is ontworpen voor het verzamelen, opslaan, gebruiken en beschikbaar stellen van medische informatie voor het zorgverleningsproces.</i>
1	Lijst van patiënten per diagnose
2	Lijst van patiënten bij wie tests (hadden) moeten worden afgenomen of die preventieve zorg (hadden) moeten krijgen (bijv. de grieprik)
3	Lijst van alle patiënten die een bepaald medicijn gebruiken dat is voorgeschreven in uw praktijk
4	Lijst van alle patiënten die een bepaald medicijn gebruiken dat is voorgeschreven buiten uw praktijk
5	Lijst van alle laboratoriumuitslagen van een individuele patiënt aangevraagd door uw praktijk
6	Lijst van alle laboratoriumuitslagen van een individuele patiënt aangevraagd buiten uw praktijk
7	Een medische samenvatting van elk consult
8	Geen van deze informatie kan via een geautomatiseerd systeem worden gegenereerd
9	Weet ik niet
COMPUTER_ROUTINE	Welke taken worden in uw praktijk gewoonlijk uitgevoerd via een geautomatiseerd systeem (bijv. een huisartseninformatiesysteem (HIS)) <i>Huisartseninformatiesysteem (HIS) is een computergebaseerd systeem dat is ontworpen voor het verzamelen, opslaan, gebruiken en beschikbaar stellen van medische informatie voor het zorgverleningsproces.</i>
1	Afspraken maken
2	Patiënten ontvangen een herinnering als het tijd is voor terugkerende preventieve zorg of nazorg (bijv. een grieprik of geglyceerd hemoglobine voor patiënten met diabetes)
3	Aanvragen voor laboratoriumonderzoeken worden gevolgd tot de praktijk de uitslagen heeft ontvangen
4	Zorgverleners krijgen een melding als ze laboratoriumuitslagen aan patiënten moeten doorgeven wanneer de praktijk deze heeft ontvangen
5	Zorgverleners krijgen een herinnering als het tijd is voor op richtlijnen gebaseerde interventies en/of screenings
6	Geen van deze opties
7	Weet ik niet
INFO_EXCHANGE	Kunt u in uw praktijk elektronisch de volgende informatie uitwisselen met zorgverleners buiten de praktijk? Selecteer alle opties die van toepassing zijn.
1	Medische samenvattingen van patiënten
2	Laboratoriumuitslagen en uitslagen van diagnostische tests
3	Elektronische patiëntendossiers
4	Geen van deze informatie kan worden uitgewisseld met zorgverleners buiten de praktijk
5	Weet ik niet

Question Name	Dutch (Netherlands) Text
REVIEW_DATA	Kijkt uw praktijk naar indicatoren over de volgende zorgaspecten van uw patiënten? Selecteer alle opties die van toepassing zijn.
1	Klinische resultaten (bijv. het percentage mensen met een goede diabetes- of astmacontrole)
2	Patiënttevredenheid of patiëntenervaringen met zorg, verzameld via enquêtes
3	Ziekenhuisopnames van patiënten of bezoek aan de spoedeisende hulp
4	Percentage patiënten dat aanbevolen preventieve zorg heeft ontvangen (bijv. immunisatie, fecaal occult bloedtest, cervicale screeningstest enz.)
5	Therapietrouw met betrekking tot voorgeschreven medicijnen
6	Geen van deze informatie wordt bekeken
7	Weet ik niet
FOLLOW_UP	De volgende vragen gaan over chronische-zorgmanagement en de nazorg van patiënten in uw praktijk. Verleent u zorg in uw praktijk (bijv. reguliere afspraken, onderzoeken en evaluaties) voor een van de volgende chronische aandoeningen? Selecteer alle opties die van toepassing zijn.
1	Hart- en vaatziekten
2	Diabetes (type 1 of 2)
3	Artritis of andere musculoskeletale aandoeningen
4	Luchtwegaandoeningen (bijv. astma of COPD)
5	Ziekte van Alzheimer of andere oorzaak van dementie
6	Psychische aandoeningen (bijv. depressie, angststoornis, bipolaire stoornis, schizofrenie)
7	Neurologische aandoeningen (bijv. epilepsie of migraine)
8	Chronische nieraandoening
9	Chronische leveraandoening
10	Kanker
11	Andere
COORDINATE_CARE	In hoeverre is uw praktijk voorbereid op het managen van de zorg met andere zorgverleners (incl. sociaal domein) voor de volgende groepen patiënten?
	Patiënten met een of meer chronische aandoeningen
1	Goed voorbereid
2	Enigszins voorbereid
3	Niet voorbereid
4	Weet ik niet
5	Niet van toepassing
	Patiënten met ernstige psychische gezondheidsproblemen, zoals depressie, bipolaire stoornis of schizofrenie
1	Goed voorbereid
2	Enigszins voorbereid
3	Niet voorbereid
4	Weet ik niet
5	Niet van toepassing

Question Name	Dutch (Netherlands) Text
	Patiënten met verslavingsproblemen/middelenmisbruik
1	Goed voorbereid
2	Enigszins voorbereid
3	Niet voorbereid
4	Weet ik niet
5	Niet van toepassing
	Patiënten die palliatieve zorg nodig hebben
1	Goed voorbereid
2	Enigszins voorbereid
3	Niet voorbereid
4	Weet ik niet
5	Niet van toepassing
	Patiënten voor wie de langdurige zorg moet worden gecoördineerd (bijv. thuiszorg door een verpleegkundige of verzorgende)
1	Goed voorbereid
2	Enigszins voorbereid
3	Niet voorbereid
4	Weet ik niet
5	Niet van toepassing
	Patiënten voor wie de maatschappelijke voorzieningen moeten worden gecoördineerd (bijv. huisvesting, maaltijden en vervoer)
1	Goed voorbereid
2	Enigszins voorbereid
3	Niet voorbereid
4	Weet ik niet
5	Niet van toepassing
	Patiënten die vertaling in een andere taal nodig hebben tijdens consulten
1	Goed voorbereid
2	Enigszins voorbereid
3	Niet voorbereid
4	Weet ik niet
5	Niet van toepassing
MANAGEMENT	Wie is verantwoordelijk voor de coördinatie van de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen in uw praktijk? Selecteer alle opties die van toepassing zijn. <i>Zorgcoördinatie is een patiëntgerichte benadering om de zorg van een patiënt door meerdere zorgverleners en specialisten af te stemmen en hen te helpen effectief en efficiënt door het gezondheidszorgsysteem te navigeren.</i>
1	Zorgcoördinatie wordt verzorgd door een zorgprofessional in het praktijkteam
2	Zorgcoördinatie wordt verzorgd door een zorgprofessional buiten de praktijk
3	Zorgcoördinatie wordt verzorgd door een gespecialiseerde externe partij
4	Zorgcoördinatie wordt op een andere manier verzorgd
5	Zorgcoördinatie wordt door geen enkele partij verzorgd
6	Weet ik niet

Question Name	Dutch (Netherlands) Text
CARE_PLANS_PATIENTS	Worden in uw praktijk routinematig zorgplannen ontwikkeld voor een van de volgende patiëntengroepen? Selecteer alle opties die van toepassing zijn. <i>Het zorgplan is een overeenkomst tussen de patiënt en zorgprofessionals waarin wordt beschreven welk type zorg de patiënt krijgt en hoe de zorg wordt verleend over een langere periode van tijd (schriftelijk document).</i>
1	Patiënten met allerlei chronische aandoeningen
2	Patiënten met specifieke chronische aandoeningen
3	Patiënten met specifieke behoeften (bijv. patiënten met voedingsbehoeften of complexe zorgbehoeften)
4	Andere patiënten
5	Zorgplannen worden niet routinematig ontwikkeld
6	Weet ik niet
CARE_PLANS_USE	U gaf aan dat in uw praktijk zorgplannen routinematig worden ontwikkeld voor de volgende patiëntengroepen: In hoeverre worden zorgplannen gebruikt (d.w.z. besproken, overeengekomen, bijgewerkt) tijdens afspraken met deze patiëntengroepen? <i>Het zorgplan is een overeenkomst tussen de patiënt en zorgprofessionals waarin wordt beschreven welk type zorg de patiënt krijgt en hoe de zorg wordt verleend over een langere periode van tijd (schriftelijk document).</i>
1	Deze worden bij al deze patiënten gebruikt, minstens eens per jaar
2	Deze worden bij al deze patiënten gebruikt, maar minder dan eens per jaar
3	Deze worden bij sommige van deze patiënten gebruikt, minstens eens per jaar
4	Deze worden bij sommige van deze patiënten gebruikt, maar minder dan eens per jaar
5	Deze worden niet gebruikt tijdens afspraken met patiënten
6	Weet ik niet
CARE_PLANS_DEVELOPED	Welke van de volgende personen zijn doorgaans betrokken bij de ontwikkeling van zorgplannen voor patiënten? Selecteer alle opties die van toepassing zijn. <i>Het zorgplan is een overeenkomst tussen de patiënt en zorgprofessionals waarin wordt beschreven welk type zorg de patiënt krijgt en hoe de zorg wordt verleend over een langere periode van tijd (schriftelijk document).</i>
1	Patiënten
2	Verzorgers en/of familieleden van de patiënt
3	Zorgverleners die in uw praktijk werken
4	Zorgverleners die buiten uw praktijk werken
5	Iemand anders
6	Weet ik niet

Question Name	Dutch (Netherlands) Text
CARE_PLANS_INCLUDED	Welke van de volgende onderdelen zijn doorgaans opgenomen in de zorgplannen voor patiënten die in uw praktijk worden ontwikkeld? Selecteer alle opties die van toepassing zijn. <i>Het zorgplan is een overeenkomst tussen de patiënt en zorgprofessionals waarin wordt beschreven welk type zorg de patiënt krijgt en hoe de zorg wordt verleend over een langere periode van tijd (schriftelijk document).</i>
1	Samenvatting van de medische geschiedenis van de patiënt
2	Diagnoses van de patiënt
3	Medicatie van de patiënt
4	Klinische doelen (bijv. het bewaken, controleren of verlagen van de bloeddruk)
5	Persoonlijke doelen van de patiënt (bijv. op reis gaan of hobby's onderhouden)
6	Zelfmanagement doelen (bijv. lichaamsbeweging verbeteren/versterken)
7	Contactgegevens van verzorgers en/of familieleden
8	Documentatie van andere betrokken zorgverleners
9	Geplande bezoeken met andere zorgverleners (ook buiten uw praktijk)
10	Andere onderdelen
11	Weet ik niet
CARE_PLANS_SHARED	Worden in uw praktijk zorgplannen gedeeld met de volgende personen (elektronisch of op papier)? Selecteer alle opties die van toepassing zijn. <i>Het zorgplan is een overeenkomst tussen de patiënt en zorgprofessionals waarin wordt beschreven welk type zorg de patiënt krijgt en hoe de zorg wordt verleend over een langere periode van tijd (schriftelijk document).</i>
1	Patiënten
2	Verzorgers en/of familieleden van de patiënt
3	Zorgverleners die in uw praktijk werken
4	Zorgverleners die buiten uw praktijk werken
5	Iemand anders
6	Weet ik niet

Question Name	Dutch (Netherlands) Text
SELF_MANAGEMENT	Welke van de volgende uitspraken beschrijven hoe zelfmanagementondersteuning wordt geboden in uw praktijk aan patiënten met chronische aandoeningen? Selecteer alle opties die van toepassing zijn. <i>Zelfmanagementondersteuning omvat een portfolio van technieken en tools die patiënten helpen een actievere rol te spelen in de regie rondom hun aandoening, waaronder zelfzorgmonitoring van levensstijlverandering, communicatie met zorgverleners, omgaan met de gevolgen van een chronische aandoening in het dagelijks leven, enz.</i>
1	Zelfmanagementondersteuning wordt geboden door mondelinge informatie tijdens of na het consult
2	Zelfmanagementondersteuning wordt geboden via het verspreiden van informatie (folders, boekjes, internet/online informatie)
3	Zelfmanagementondersteuning wordt geboden door patiënten door te verwijzen naar een zelfmanagementcursus of -coach
4	Zelfmanagementondersteuning wordt geboden door samen met leden van het praktijkteam duidelijke doelen te stellen en actieplannen op te stellen
5	Zelfmanagementondersteuning wordt geboden door leden van het praktijkteam die getraind zijn in patiënt empowerment en methoden om problemen op te lossen
6	De praktijk biedt geen zelfmanagementondersteuning op een van deze manieren
7	Weet ik niet
GOALS	Hoe vaak worden de zelfmanagementdoelen van uw patiënten met chronische aandoeningen vastgelegd in hun medisch dossier?
1	Altijd
2	Vaak
3	Soms
4	Zelden
5	Nooit
6	Weet ik niet
WRITTEN	Hoe vaak krijgen uw patiënten met chronische aandoeningen schriftelijke instructies (elektronisch of op papier) over hoe zij thuis hun zorg kunnen managen bijv. instructies om symptomen onder controle te houden, om verergering van symptomen te voorkomen of om hun aandoening thuis te monitoren? Opmerking: Voorgeschreven medicijnen buiten beschouwing laten.
1	Altijd
2	Vaak
3	Soms
4	Zelden
5	Nooit
6	Weet ik niet

Question Name	Dutch (Netherlands) Text
REFERRAL	In hoeverre schrijft u in uw praktijk verwijsbrieven (met informatie over de voorlopige diagnose en eventuele onderzoeksuitslagen) als patiënten worden doorverwezen naar een medisch specialist?
	Digitale verwijsbrieven
1	Altijd
2	Vaak
3	Soms
4	Zelden
5	Nooit
6	Weet ik niet
	Verwijsbrieven op papier
1	Altijd
2	Vaak
3	Soms
4	Zelden
5	Nooit
6	Weet ik niet
SPECIALIST	Hoe vaak ontvangt uw praktijk na de vervolgspraak bij een specialist tijdige informatie van deze specialist op de volgende manieren?
	Digitale verwijsbrieven
1	Altijd
2	Vaak
3	Soms
4	Zelden
5	Nooit
6	Weet ik niet
7	Niet van toepassing
	Verwijsbrieven op papier
1	Altijd
2	Vaak
3	Soms
4	Zelden
5	Nooit
6	Weet ik niet
7	Niet van toepassing

Question Name	Dutch (Netherlands) Text
ABOUT_YOU	Ten slotte willen we u een paar vragen stellen over uzelf.
PROFESSION	Wat is uw professionele achtergrond?
1	Zelfstandig gevestigde huisarts
2	HIDHA (huisarts in dienst van een huisarts)
3	HID (huisarts in een ander dienstverband, bijv. in dienst bij een gezondheidscentrum)
4	Basisarts
5	Doktersassistent
6	Verpleegkundig Specialist AGZ/GGZ
7	Physician Assistant
8	POH (somatiek / ouderenzorg / jeugd) / Praktijkverpleegkundige
9	POH GGZ / SPV /Praktijkverpleegkundige GGZ / GGZ-medewerker
10	Praktijkmanager
11	Anders
EndOfInterviewText	Hartelijk dank voor uw tijd. Als u meer wilt weten over de resultaten van deze enquête, kunt u een e-mail sturen naar EmailAddress om uw interesse aan te geven.

Bijlage C Gerapporteerde schalen

Tabel C.1 Vragen behorende bij de PROMIS-physical schaal

Vraag	Antwoordopties
Hoe zou u over het algemeen uw lichamelijke gezondheid beoordelen?	Uitstekend Heel goed Goed Redelijk Slecht
In hoeverre bent u in staat om uw dagelijkse lichamelijke activiteiten uit te voeren, zoals lopen, trappen opgaan, boodschappen dragen of een stoel verplaatsen?	Volledig Grotendeels Redelijk Een beetje Helemaal niet
Voor de afgelopen 7 dagen: Hoe zou u gemiddeld uw pijn beoordelen?	0 (geen pijn) – 10 (ergst denkbare pijn)
Voor de afgelopen 7 dagen: Hoe zou u gemiddeld uw vermoeidheid beoordelen?	Geen Licht Matig Hevig Zeer hevig

Tabel C.2 Vragen behorende bij de P3CEQ person-centredness schaal

Vraag	Antwoordopties
Bespreekt u met de zorgverleners die bij uw zorg betrokken zijn wat u het belangrijkste vindt in het werken aan uw gezondheid en welzijn?	Ja, zeker Ja, tot op zekere hoogte Nee, niet echt Nee, zeker niet Weet ik niet
Wordt u voldoende betrokken bij beslissingen over uw zorg?	Ja, zeker Ja, tot op zekere hoogte Nee, niet echt Nee, zeker niet Weet ik niet
Is er aandacht voor u als persoon en niet alleen voor uw ziekte of aandoening?	Ja, zeker Ja, tot op zekere hoogte Nee, niet echt Nee, zeker niet Weet ik niet

Tabel C.2 Vragen behorende bij de P3CEQ person-centredness schaal - Vervolg

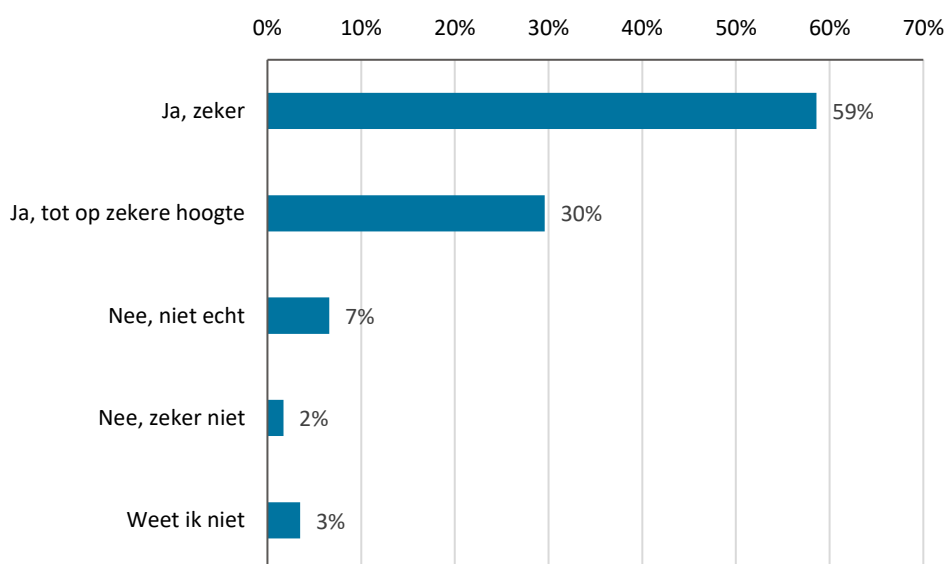
Vraag	Antwoordopties
Is het weleens voorgekomen dat u informatie moest herhalen die in uw zorgdossier had moeten staan?	Ja, zeker Ja, tot op zekere hoogte Nee, niet echt Nee, zeker niet Weet ik niet
Is uw gezondheidszorg georganiseerd op een manier die voor u werkt?	Ja, zeker Ja, tot op zekere hoogte Nee, niet echt Nee, zeker niet Weet ik niet
Krijgt u voldoende ondersteuning van uw zorgverleners om aan uw gezondheid en welzijn te kunnen werken?	Ik heb geen ondersteuning nodig Ik heb geen ondersteuning gekregen Ik krijg soms genoeg ondersteuning Ik krijg vaak genoeg ondersteuning Ik krijg altijd genoeg ondersteuning Niet relevant Weet ik niet
In hoeverre krijgt u bruikbare informatie op het moment dat u die nodig hebt om te kunnen werken aan uw gezondheid en welzijn?	Ik krijg geen informatie Ik krijg soms genoeg informatie Ik krijg vaak genoeg informatie Ik krijg altijd genoeg informatie Ik krijg te veel informatie Niet relevant Weet ik niet
Hoe zeker bent u ervan dat u zelf aan uw gezondheid en welzijn kunt werken?	Heel zeker Zeker Enigszins zeker Helemaal niet zeker

Tabel C.3 Vragen behorende bij de P3CEQ care coordination schaal

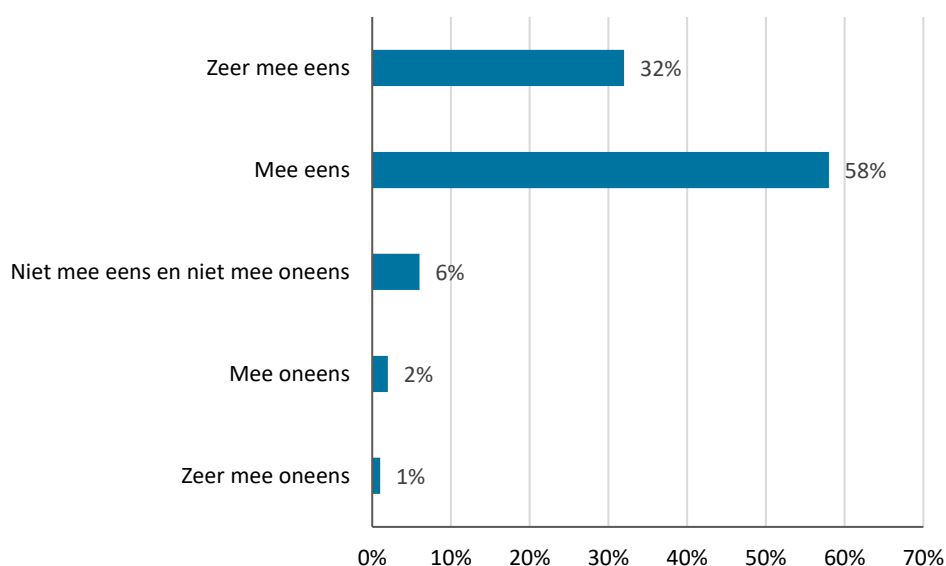
Vraag	Antwoordopties
Hebt u één aanspreekpunt vanuit de zorg(organisatie), dat verantwoordelijk is voor het regelen van de zorg en ondersteuning die u ontvangt?	Ja Nee Ik ontvang niet van meer dan één zorgorganisatie zorg Weet ik niet
Volgende vragen alleen beantwoord als de vorige vraag met 'ja' beantwoord werd	
Is uw gezondheidszorg georganiseerd op een manier die voor u werkt?	Ja, zeker Ja, tot op zekere hoogte Nee, niet echt Nee, zeker niet Weet ik niet
Hebt u een zorgplan waarin al uw behoeften op het gebied van gezondheid en welzijn zijn opgenomen?	Ja Nee Weet ik niet
Volgende vragen alleen beantwoord als de vorige vraag met 'ja' beantwoord werd	
Is dit zorgplan voor u beschikbaar?	Ja Nee Weet ik niet
In hoeverre is het zorgplan bruikbaar voor u om aan uw gezondheid en welzijn te kunnen werken?	Helemaal niet Tot op zekere hoogte Grotendeels Volledig Weet ik niet
In hoeverre denkt u dat alle professionals die bij uw zorg betrokken zijn hetzelfde zorgplan volgen?	Helemaal niet Tot op zekere hoogte Grotendeels Volledig Weet ik niet
Krijgt u voldoende ondersteuning van uw zorgverleners om aan uw gezondheid en welzijn te kunnen werken?	Ik heb geen ondersteuning nodig Ik heb geen ondersteuning gekregen Ik krijg soms genoeg ondersteuning Ik krijg vaak genoeg ondersteuning Ik krijg altijd genoeg ondersteuning Niet relevant Weet ik niet
In hoeverre krijgt u bruikbare informatie op het moment dat u die nodig hebt om te kunnen werken aan uw gezondheid en welzijn?	Ik krijg geen informatie Ik krijg soms genoeg informatie Ik krijg vaak genoeg informatie Ik krijg altijd genoeg informatie Ik krijg te veel informatie Niet relevant Weet ik niet

Bijlage D Descriptieve resultaten behorende bij hoofdstuk 6

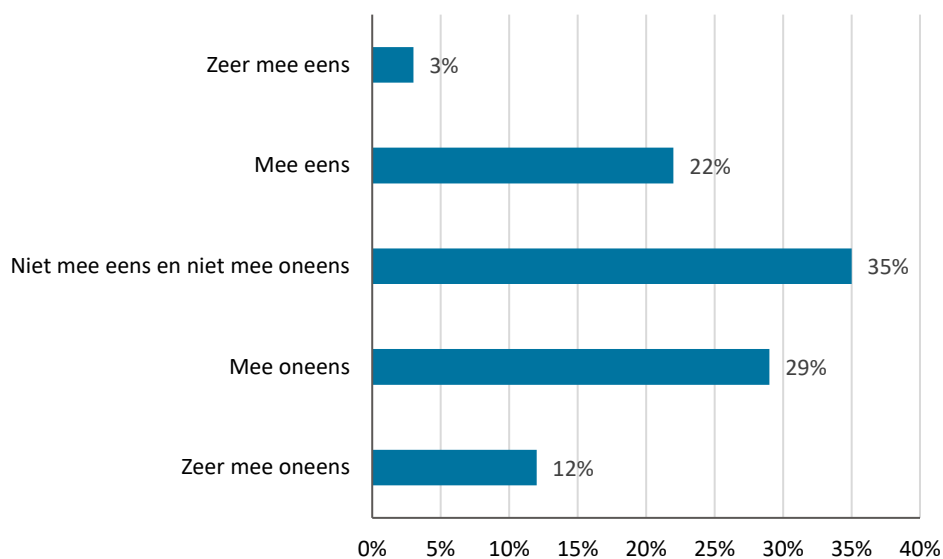
Figuur D.1 Antwoorden van respondenten met één of meer chronische aandoeningen op de vraag: 'Is er aandacht voor u als persoon en niet alleen voor uw ziekte of aandoening?' (n=3.638, vragenlijst voor patiënten)



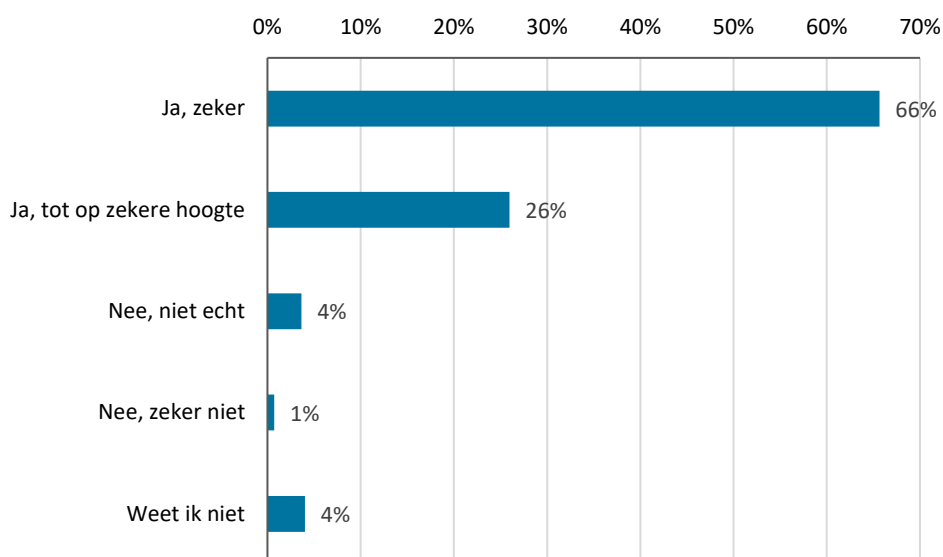
Figuur D.2 Antwoorden van respondenten met één of meer chronische aandoeningen op de vraag: 'Ik vind het belangrijk om geïnformeerd te zijn over gezondheidsproblemen' (n=3.700, vragenlijst voor patiënten)



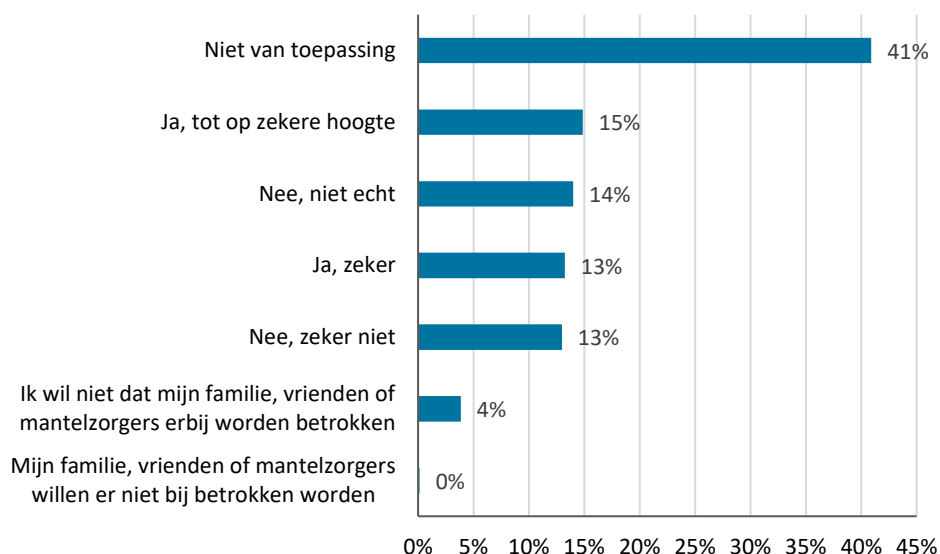
Figuur D.3 Antwoorden van respondenten met één of meer chronische aandoeningen op de vraag: 'Ik laat het aan zorgverleners over om de juiste keuzes te maken over mijn gezondheid.' (n=3.693, vragenlijst voor patiënten)



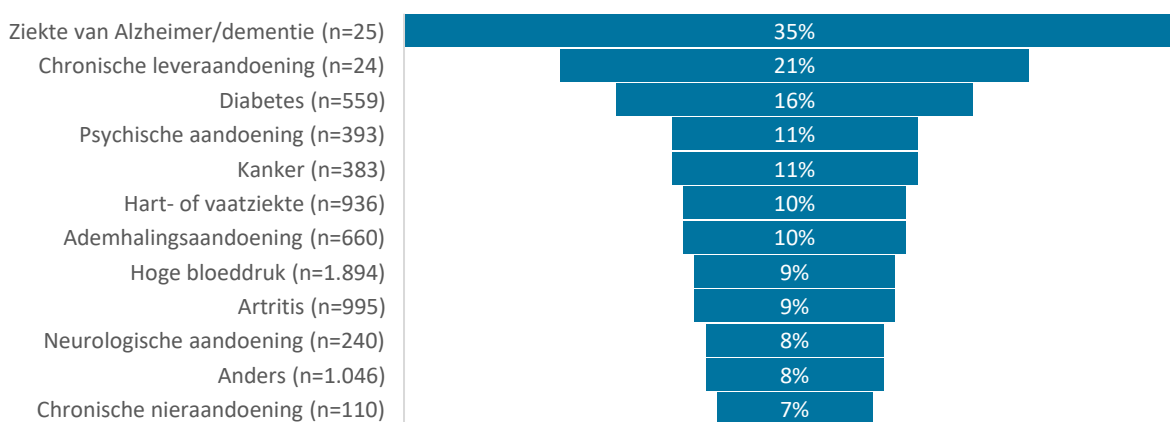
Figuur D.4 Antwoorden van respondenten met één of meer chronische aandoeningen op de vraag: 'Wordt u voldoende betrokken bij beslissingen over uw zorg?' (n=3.628, vragenlijst voor patiënten)



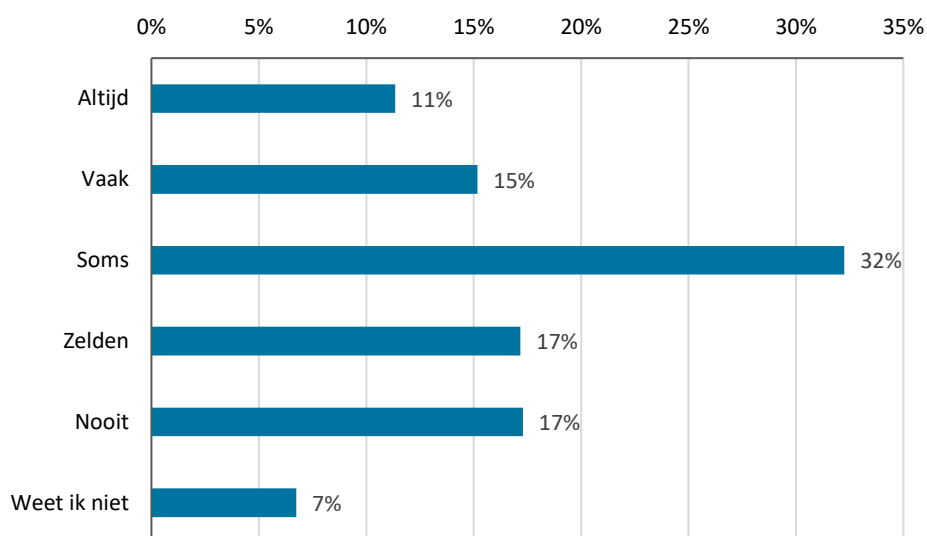
Figuur D.5 Antwoorden van respondenten met één of meer chronische aandoeningen op de vraag: 'Betrekken uw zorgverleners uw familie, vrienden en/of verzorgers zo veel als u wilt bij beslissingen over uw zorg?' (n=3.607, vragenlijst voor patiënten)



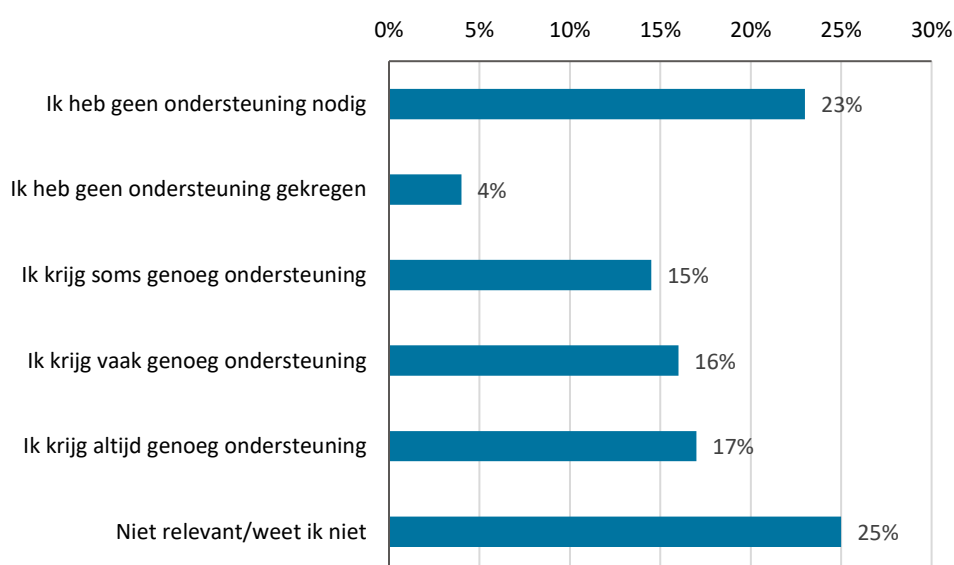
Figuur D.6 Patiënten die 'ja' antwoordden op de vraag 'heeft u een zorgplan waarin al uw behoeften op het gebied van gezondheid en welzijn zijn opgenomen?' per gerapporteerde chronische aandoening (n=319, vragenlijst voor patiënten). Voor de meesten van hen is dit zorgplan ook beschikbaar (83%, n=265)



Figuur D.7 Antwoorden van respondenten met één of meer chronische aandoeningen op de vraag: 'Hoe vaak bespreekt een zorgverlener specifieke gezondheidsdoelen met u?' (n=3.603, vragenlijst voor patiënten)



Figuur D.8 Antwoorden van respondenten met één of meer chronische aandoeningen op de vraag: 'Krijgt u voldoende ondersteuning van uw zorgverleners om aan uw gezondheid en welzijn te kunnen werken?' (n=3.613, vragenlijst voor patiënten)



Figuur D.9 Antwoorden van respondenten met één of meer chronische aandoeningen op de vraag: 'Heeft een zorgverlener in de afgelopen 12 maanden alle medicijnen die u inneemt weleens met u doorgenomen?' (n=3.162, vragenlijst voor patiënten)

