

PATIENT-REPORTED INDICATOR SURVEYS (PARIS): INZICHTEN VAN BELGIË

Gefocust op mensen met chronische aandoeningen

D. ANNAERT • R. EKELSON • S. BENSEMMANE • A. VAN VYVE • R. DE SCHREYE



WIE WE ZIJN

Sciensano, dat zijn meer dan 950 medewerkers die zich elke dag opnieuw inzetten voor de gezondheid. Zoals uit onze naam blijkt, vormen wetenschap en gezondheid de kern van ons bestaan. De kracht van Sciensano ligt in de holistische en multidisciplinaire benadering van gezondheid. Onze aandacht gaat daarbij uit naar het nauwe en onlosmakelijke verband tussen de gezondheid van mensen en die van dieren, en hun omgeving (het “One health” concept). Daarom combineren we meerdere invalshoeken in ons onderzoek om op een unieke manier bij te dragen aan ieders gezondheid. Sciensano kan hiervoor verder bouwen op de meer dan 100 jaar wetenschappelijke expertise.

Sciensano

Epidemiologie en Volksgezondheid - Gezondheidszorgonderzoek

Juni 2025 • Brussel • België
Intern referentienummer: D/2025.14.440/16

D. Annaert¹
•
R. Ekelson¹
•
S. Bensemmane¹
•
A. Van Vyve²
•
R. De Schreye¹

1 Sciensano, Epidemiologie en Volksgezondheid, Gezondheidszorgonderzoek, Brussel

2 Association du Diabète, Brussels

Contactpersoon: Dagmar Annaert • T + 32 2/642.58.19 • dagmar.annaert@sciensano.be

Met de financiële steun van



Partners



Gelieve te citeren als: D. Annaert, R. Ekelson, S. Bensemmane, A. Van Vyve, R. De Schreye. Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS): Inzichten van België. Gefocust op mensen met chronische aandoeningen. Brussel, België: Sciensano. 2025, juni. Intern referentienummer: D/2025.14.440/16.

ALGEMEEN OVERZICHT

Het PaRIS-project (Patient-Reported Indicator Surveys), geleid door de OESO, verzamelt patiëntgerichte uitkomsten en ervaringen van mensen van 45 jaar en ouder met chronische aandoeningen. Het is de eerste internationale enquête in zijn soort, met indicatoren uit 19 landen. België voerde zijn hoofdonderzoek uit tussen maart 2023 en januari 2024. In totaal werden 4687 patiëntvragenlijsten geanalyseerd, wat resulteerde in een participatiegraad van 33,4% voor België. De vragenlijsten werden online (59,7%) en op papier (40,3%) ingevuld. De bevindingen richten zich op respondenten met minstens één chronische aandoening (n = 3503).

Door patiënten gerapporteerde gezondheidsuitkomsten (PROMs):

- Bijna driekwart (72,2%) van de respondenten rapporteerde een goede algemene gezondheid. Naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam, daalde de gezondheidsperceptie – vooral bij mensen met een lager opleidings- of inkomensniveau.
- Meer dan zeven op de tien (71,9%) respondenten rapporteerden een positief welzijn. Dit was hoger bij mensen zonder chronische aandoeningen en daalde bij toenemende aandoeningen, vooral bij vrouwen en mensen met een lager inkomen.
- Iets meer dan twee derde (69,7%) van de steekproef gaf aan een goede fysieke gezondheid te hebben. Deze daalde bij een toename van chronische aandoeningen, waarbij vrouwen iets lagere scores rapporteerden. Een hoger opleidings- en inkomensniveau hing samen met een betere fysieke gezondheid, ongeacht het aantal aandoeningen.
- Meer dan vier op de vijf (82,7%) respondenten rapporteerden een goede mentale gezondheid. Hogere opleiding en inkomen waren gekoppeld aan betere uitkomsten, maar de mentale gezondheid daalde met het aantal chronische aandoeningen, vooral bij vrouwen.
- Een goed sociaal functioneren werd gerapporteerd door 85,9% van de respondenten. Dit daalde naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam, vooral bij vrouwen en mensen met een lager opleidings- of inkomensniveau. Hoger opgeleiden en mensen met een hoger inkomen rapporteerden juist beter sociaal functioneren, zeker bij twee of meer chronische aandoeningen.

Door patiënten gerapporteerde ervaringen (PREMs):

- Meer dan 95% van de respondenten rapporteerde een goede kwaliteit van medische zorg te ervaren, met minimale verschillen tussen groepen op basis van chronische aandoeningen of sociaal-demografische kenmerken. Dit percentage is een van de hoogste onder de deelnemende landen en significant hoger dan het OESO-gemiddelde van 87% (op basis van één vergelijkend interval).
- Bijna twee derde (63,1%) voelde zich zelfverzekerd in het beheren van hun eigen gezondheid, al nam dit vertrouwen af bij een toenemend aantal chronische aandoeningen.
- Zeven op de tien (69,5%) waren het mee eens of volledig mee eens met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is. Hoewel het algehele vertrouwen hoog was, waren er kleine verschillen: mannen en mensen met een hoger opleidings- of inkomensniveau rapporteerden over het algemeen meer vertrouwen.
- Iets meer dan twee derde (67,7%) rapporteerde een goede ervaren zorgcoördinatie. Er was een kleine maar consistente toename in de gerapporteerde zorgcoördinatie zichtbaar naarmate de leeftijd toenam. Persoonsgerichte zorg werd zeer goed beoordeeld: 92,7% gaf aan vertrouwen te hebben in de persoonlijke aard van hun zorg, ongeacht het aantal chronische aandoeningen – een significant hoger percentage dan het OESO-gemiddelde van 85% (op basis van één vergelijkend interval).

Algemene gezondheidsuitkomsten en ervaringen

- Algemene gezondheid, welzijn en fysieke gezondheid waren nauw verbonden met PREMs. Verbeteringen in PREMs, met name in ervaren kwaliteit van zorg en persoonsgerichte zorg, gingen gepaard met aanzienlijke verbeteringen in deze gezondheidsuitkomsten.
- Patiënten met hoge bloeddruk rapporteerden doorgaans betere uitkomsten en ervaringen, terwijl patiënten met Alzheimer/dementie en depressie het slechtst scoorden op de belangrijkste indicatoren.
- Digitale gezondheidsvaardigheden blijven een punt van zorg. Slechts 8% van de patiënten met chronische aandoeningen voelde zich zeker bij het gebruik van online gezondheidsinformatie. Digitale hulpmiddelen van huisartsen werden zelden gebruikt: slechts vier patiënten meldden een videoconsult, en slechts 58,3% vonden de website gemakkelijk bruikbaar – vooral bij mensen met een lagere opleiding.
- De algehele gezondheidsuitkomsten waren vergelijkbaar tussen patiënten met en zonder zorgplan, al rapporteerden patiënten zonder zorgplan een betere algemene gezondheid en fysieke gezondheid. Patiënten met zorgplannen ervoeren een hogere mate van persoonsgerichte zorg, wat wijst op een meer individuele en holistische zorgervaring.
- Financiële problemen hingen samen met slechtere fysieke en mentale gezondheid, lager welzijn en minder vertrouwen in het gezondheidzorgsysteem. Ondanks dit suggereren hoge beoordelingen van ervaren kwaliteit en persoonsgerichte zorg dat zorgdiensten effectief inspelen op de behoeften van financieel kwetsbare groepen.

Inzichten in de eerstelijnszorg

- Alle deelnemende eerstelijnspraktijken konden elektronische medische dossiers uitwisselen, die ook consequent beschikbaar waren tijdens consultaties.
- Ondersteuning voor zelfmanagement werd voornamelijk mondeling geboden (85,5%), met extra informatie via folders, online materialen en doelgerichte initiatieven.
- Minder dan de helft (47,5%) van de praktijken was goed voorbereid op effectieve zorgcoördinatie. België bleef ook achter in de betrokkenheid van niet-artsen bij de chronische zorg: bij patiënten met twee of meer chronische aandoeningen lag de betrokkenheid op 46,3%, ver onder het OESO-gemiddelde van 83%.

INHOUDSOPGAVE

| | |
|---|------------|
| ALGEMEEN OVERZICHT | 4 |
| AFKORTINGEN | 9 |
| INLEIDING | 11 |
| METHODOLOGIE | 15 |
| 1. Dataverzameling | 15 |
| 1.1. Deelname en representativiteit van huisartsen | 15 |
| 1.2. Patiëntendeelname en representativiteit | 15 |
| 2. Data management | 17 |
| 2.1. Data analyse..... | 17 |
| 2.2. van vragenlijst naar variabelen | 18 |
| RESULTATEN | 23 |
| 1. PaRIS patiëntenvragenlijst (PaRIS-PQ) | 23 |
| 1.1. Socio-demografische factoren | 23 |
| 1.2. PaRIS10 sleutel indicatoren..... | 25 |
| 1.3. Heatmaps PaRIS10-indicatoren | 47 |
| 1.4. (Digitale) gezondheidsgeletterdheid | 51 |
| 1.5. Digitale hulpmiddelen..... | 53 |
| 1.6. Zorgplannen..... | 54 |
| 1.7. Financiële moeilijkheden..... | 56 |
| 2. PaRIS vragenlijst voor eerstelijnszorg (PaRIS-PCPQ) | 59 |
| 2.1. Praktijkkenmerken | 59 |
| 2.2. Praktijkorganisatie | 60 |
| 2.3. Management van chronische zorg..... | 61 |
| 3. Variatie op praktijk- en patiëntniveau | 63 |
| 4. België in een internationale context | 64 |
| DISCUSSIE | 67 |
| CONCLUSION | 71 |
| REFERENTIES | 72 |
| LIJST VAN TABELLEN | 75 |
| LIJST VAN FIGUREN | 76 |
| ADDENDUM | 81 |
| A1. Herschalen van standaardisatievariabelen | 81 |
| A2. Paradata van de enquête | 82 |
| A3. Huisartsenrapport | 83 |
| A4. PaRIS10-indicatoren | 90 |
| DANKWOORD | 102 |

AFKORTINGEN

| | |
|----------------|--|
| GP | Huisarts |
| OECD | Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling |
| P3CEQ | Person-Centred Coordinated Care Experience Questionnaire |
| PaRIS | Patient-Reported Indicator Surveys |
| PR | Participation rate |
| PREMs | Patient-Reported Experience Measures |
| PROMIS® | Patient-Reported Outcomes Measurement Information System |
| PROMs | Patient-Reported Outcome Measures |
| TTP | Trusted third party |
| WHO | Wereldgezondheidsorganisatie |
| PaRIS10 | 10 sleutelindicatoren van patiëntuitkomsten en -ervaringen |

INLEIDING

De gezondheidszorgsystemen wereldwijd evolueren snel om een antwoord te bieden op de uitdagingen die de vergrijzing, de stijgende percentages chronische ziekten en de toenemende behoefte aan patiëntgerichte zorgbenaderingen met zich meebrengen¹. Chronische aandoeningen zoals diabetes, hart- en vaatziekten en luchtwegaandoeningen komen steeds vaker voor, waardoor er behoefte is aan gecoördineerde, langdurige zorg die zowel op korte als lange termijn de kwaliteit van leven kan verbeteren²⁻⁴. Deze trends zetten de gezondheidszorginfrastructuur in OESO-landen, waaronder België, onder grote druk. België besteedt momenteel 10,9% van zijn bbp aan gezondheidszorg, een cijfer dat naar verwachting zal stijgen als gevolg van de vergrijzing van de bevolking en de toenemende prevalentie van chronische ziekten¹.

Ondanks uitgebreide gegevens over gezondheidszorgkosten, het gebruik hiervan en algemene gezondheidsresultaten zoals mortaliteit en morbiditeit, blijft er een cruciale leemte bestaan: gegevens die het perspectief van de patiënten op hun zorgervaring weergeven. Deze kloof kan worden opgevuld door Patient-Reported Outcome Measures (PROMS) en Patient-Reported Experience Measures (PREMs), die inzicht bieden in de kwaliteit en effectiviteit van de zorg zoals die door de patiënten zelf wordt ervaren. Het gebruik van deze maatregelen blijft echter beperkt¹.

Om dit gebrek aan data aan te pakken, geeft het initiatief Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) van de OESO meer aandacht aan de stem van patiënten door zich te richten op hun ervaringen en de resultaten die voor hen het belangrijkste zijn. PaRIS is de eerste geharmoniseerde internationale enquête die zich richt op gebruikers van eerstelijnszorg van 45 jaar en ouder met chronische aandoeningen. Voorbijgaand aan traditionele, aandoeningsspecifieke maatstaven, benadrukt PaRIS hoe de kwaliteit van de zorg het dagelijks leven en het welzijn van patiënten beïnvloedt, vooral voor mensen met complexe, voortdurende gezondheidsbehoeften⁵. Voor België levert PaRIS waardevolle vergelijkende gegevens op, waardoor het land de responsiviteit van zijn gezondheidszorgsysteem kan evalueren en verbeterpunten kan identificeren op het gebied van patiëntgerichte zorg.

In dit rapport worden de tien belangrijkste indicatoren van het PaRIS10-dashboard gebruikt om de prestaties van de Belgische gezondheidszorg te beoordelen vanuit een patiëntgericht perspectief. Deze indicatoren bieden een gestructureerd kader voor het evalueren van patiëntervaringen en -resultaten, en geven een uitgebreid beeld van aspecten van de zorg die een directe invloed hebben op de levenskwaliteit. Deze indicatoren zijn ontwikkeld in samenwerking met patiënten, eerstelijnszorgverleners en deskundigen, en zullen in het hele rapport als benchmarks dienen om de prestaties van België te belichten en verbeterpunten te identificeren.

Het PaRIS10-dashboard omvat vijf door patiënten gerapporteerde uitkomstmaten (PROMS) die essentiële aspecten van de gezondheid weergeven:

- **Lichamelijke gezondheid** – Evalueert functionele vaardigheden, pijnniveaus en vermoeidheid.
- **Geestelijke gezondheid** – Beoordeelt de levenskwaliteit, het emotionele welzijn en de sociale tevredenheid.
- **Sociaal functioneren** – Meet de betrokkenheid bij gebruikelijke sociale rollen en activiteiten.
- **Welzijn** – Geeft een beeld van de stemming, vitaliteit en voldoening in het leven.
- **Algemene gezondheid** – Biedt een algemene zelfbeoordeling van de gezondheidstoestand.

Daarnaast bieden vijf door patiënten gerapporteerde ervaringsmetingen (PREMs) inzicht in cruciale interacties met gezondheidszorgdiensten:

- **Vertrouwen in zelfmanagement** – Meet het vermogen van patiënten om zelfstandig hun gezondheid te beheren.

- **Ervaren zorgcoördinatie** – Geeft de continuïteit en coördinatie van de zorg tussen zorgverleners weer.
- **Persoonsgerichte zorg** – Beoordeelt in hoeverre de zorg aansluit bij de behoeften en voorkeuren van de patiënt.
- **Ervaren kwaliteit van de zorg** – Beoordeelt de algehele kwaliteit van de ontvangen zorg vanuit het perspectief van de patiënt.
- **Vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem** – Geeft het niveau van vertrouwen aan dat patiënten in het gezondheidszorgsysteem hebben.

Door de gezondheidszorg in België aan de hand van deze indicatoren te onderzoeken, zal het rapport gebruikmaken van de bevindingen van PaRIS om een genuanceerde beoordeling te geven van de kwaliteit van de eerstelijnszorg vanuit het perspectief van de patiënt, waarbij de nadruk ligt op sterke punten en mogelijkheden voor gerichte verbeteringen worden blootgelegd.

In België legt de toenemende prevalentie van chronische aandoeningen een aanzienlijke druk op zowel patiënten als zorgverleners, wat kan leiden tot gefragmenteerde zorg en inconsistenties in de behandeling^{6,7}. De unieke structuur van het Belgische gezondheidszorgsysteem, waarbij de verantwoordelijkheden worden gedeeld tussen federale en regionale autoriteiten, vormt een extra uitdaging voor het waarborgen van gecoördineerde zorg⁸. Patiënten krijgen vaak advies van meerdere zorgverleners, vaak met beperkte continuïteit of communicatie⁵. Deze versnippering onderstreept de noodzaak van een samenhangende, patiëntgerichte benadering van de gezondheidszorg, waarbij de behandeling wordt afgestemd op de behoeften en doelstellingen van de patiënt om de tevredenheid, therapietrouw en gezondheidsresultaten te verbeteren^{9,10}.

Hoewel er verschillende regionale initiatieven zijn genomen, zoals het Vlaamse beleid inzake zorgcoördinatie en de patiëntenvoorlichtingsprogramma's van de Federatie Wallonië-Brussel, zou een nationale strategie de ongelijkheden verder kunnen verminderen en de kwaliteit van de zorg voor patiënten met meerdere chronische aandoeningen kunnen verbeteren¹¹. Het interfederaal plan voor geïntegreerde zorg van België werd in 2023 formeel goedgekeurd door alle Belgische gezondheidsautoriteiten. Dit plan belichaamt een collectieve verbintenis en visie om geïntegreerde zorg in het hele land te bevorderen. Het primaire doel is het bevorderen van naadloze samenwerking en coördinatie tussen verschillende zorgverleners in diverse zorgomgevingen, en verder het stroomlijnen van de samenwerking tussen regio's, waardoor geïntegreerde en goed gecoördineerde zorg wordt verbeterd. Door aansluiting bij dit initiatief kan het nationaal geïntegreerd beleid, onderbouwd door PaRIS-inzichten, consistente ondersteuning bieden in alle regio's, wat zou leiden tot betere resultaten voor patiënten en een veerkrachtiger gezondheidszorgsysteem.

De PaRIS-gegevens, verzameld via de PaRIS10-indicatoren, bieden waardevolle inzichten in belangrijke aspecten van patiëntgerichte gezondheidszorg, waaronder zelfmanagementvertrouwen, zorgcoördinatie en vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem. In dit rapport worden deze indicatoren geanalyseerd om het Belgische gezondheidszorglandschap te beoordelen en verbeterpunten te identificeren. Door gebruik te maken van de bevindingen van PaRIS kan België zijn gezondheidszorgsysteem verbeteren om het inclusiever, beter gecoördineerd en responsiever te maken. Deze gegevens vormen de basis voor gerichte interventies, zoals de integratie van digitale gezondheidstools, de verbetering van de zorgcoördinatie en het bevorderen van de betrokkenheid van patiënten, waardoor de ervaring van de patiënt een kernmaatstaf voor de kwaliteit van de gezondheidszorg wordt¹². België kan baat hebben bij beleid dat de ervaring van de patiënt als kernmaatstaf voor de kwaliteit en het succes van de gezondheidszorg vooropstelt, waardoor een systeem ontstaat dat niet alleen ziekten behandelt, maar ook de individuele doelstellingen van patiënten waardeert en ondersteunt.

Nu België te maken heeft met de dubbele druk van een vergrijzende bevolking en stijgende percentages chronische ziekten, biedt het PaRIS-initiatief een uitgelezen kans om patiëntgerichte zorg te versterken. Met behulp van de inzichten van PaRIS kan België evolueren naar een samenhangend en effectief

INLEIDING

gezondheidszorgsysteem dat de kwaliteit van de zorg verbetert, de coördinatie versterkt en betere gezondheidsresultaten en welzijn voor alle Belgen bevordert.

METHODOLOGIE

1. Dataverzameling

Het hoofdonderzoek (Main Survey) van het PaRIS-project werd uitgevoerd in België tussen **maart 2023 en januari 2024**. Meer details over de ontwikkeling van de PaRIS-patiëntenvragenlijst ([PaRIS-PQ](#)) en de PaRIS-vragenlijst voor eerstelijnszorg ([PaRIS-PCPQ](#)) en de inhoud ervan zijn te vinden via de bijgevoegde hyperlinks.

1.1. DEELNAME EN REPRESENTATIVITEIT VAN HUISARTSEN

Het register van huisartsen van het INAMI/RIZIV is de meest volledige bron van steekproeven en werd daarom gebruikt om alle actieve huisartsen in België uit te nodigen. Actieve huisartsen werden gedefinieerd als huisartsen die minimaal 500 zorgdiensten per jaar verlenen (laatste gegevens van 31/12/2021). Van de 11.734 actieve huisartsen die per e-mail werden uitgenodigd, vulden 115 hun gegevens in. Van de 115 geïnteresseerde huisartsen vulden 82 de PaRIS-vragenlijst voor eerstelijnszorg in. Daarvan bevestigden 71 hun deelname door de gegevensbeschermings-overeenkomst voor het gebruik van de contactgegevens van hun patiënten te ondertekenen. Van degenen die ermee instemden om een patiënten steekproef te trekken en te delen, hebben 55 hun patiënten steekproef aan de vertrouwde derde partij (TTP) (Symeta) verstrekt en hebben 4 besloten om deel te nemen zonder de contactgegevens van hun patiënten met de TTP te delen. In totaal hebben dus 59 huisartsen een patiënten steekproef verstrekt. Elke deelnemende huisarts ontving een gepersonaliseerd huisartsrapport. Een voorbeeld in het Nederlands is opgenomen in het addendum. Het rapport bevat demografische informatie over de deelnemende patiënten, samen met inzichten in levensstijl en gezondheidsgedrag. Het bevat ook door patiënten gerapporteerde uitkomstmaten (PROMs) en door patiënten gerapporteerde ervaringsmaten (PREMs).

Ondanks de lage deelname van huisartsen (<1%) was er een goede regionale vertegenwoordiging: 6 praktijken voor Brussel, 33 praktijken voor Vlaanderen en 20 praktijken voor Wallonië, wat een goede afspiegeling is van de nationale spreiding van huisartsen in België. Verder was bijna de helft van de deelnemende huisartsen (29 huisartsen) werkzaam in een multidisciplinaire praktijk. Een aanzienlijk deel (21 huisartsen) van alle deelnemers gaf aan in een groepspraktijk te werken, waarbij de meesten (20 huisartsen) hun patiënten deelden en slechts één zonder patiënten te delen. Ten slotte gaven 9 van de respondenten aan dat ze in een solopraktijk werken. Deze verdeling weerspiegelt de verscheidenheid aan praktijkmodellen in België, hoewel solopraktijken ondervertegenwoordigd lijken te zijn.

1.2. PATIËNTEDEELNAME EN REPRESENTATIVITEIT

De patiëntensteekproef werd door deze deelnemende huisartsen uit het elektronisch medisch dossier getrokken op basis van de in aanmerking komende criteria (45 jaar of ouder zijn en ten minste één consultatie hebben gehad in de afgelopen 6 maanden). Op basis van deze criteria selecteerden de huisartsen willekeurig 260 patiënten, die vervolgens naar de TTP werden gestuurd.

In totaal werden 14.603 patiënten uitgenodigd (in sommige gevallen werden minder dan 260 patiënten uitgenodigd). De gemiddelde leeftijd van de uitgenodigde patiënten was 63 jaar, met een minimumgemiddelde van 55 en een maximumgemiddelde van 71 tussen de praktijken. De leeftijdsverdeling van de uitgenodigde patiënten kwam overeen met deze van de Belgische bevolking van 45 jaar en ouder. Voor vijf praktijken waren hierover geen gegevens beschikbaar. De geslachtsverdeling van de uitgenodigde patiënten was 54,0% vrouwen en 46,0% mannen en komt vrijwel overeen met de geslachtsverdeling van de bevolking ouder dan 45 jaar in België. In totaal werden

4687 antwoorden op de patiënten enquête verzameld, wat neerkomt op een participatiegraad (PR) van 31,8%. Na uitsluiting van 705 onjuiste adressen bedraagt de gecorrigeerde PR 33,4%. De participatiegraad varieerde aanzienlijk tussen de praktijken, van 5,8% tot 66,8%. Merk op dat 110 van de totale patiëntendossiers na de deadline van de OESO werden ontvangen en dat deze uitsluitend in ons nationale rapport zullen worden opgenomen. Daarom zijn kleine verschillen in de resultaten met het OESO-rapport mogelijk. Meer details over de paradata zijn te vinden in het addendum.

Er werden opmerkelijke verschillen waargenomen tussen verschillende soorten praktijken. Solopraktijken behaalden een PR van 33,3% (negen praktijken), terwijl groepspraktijken met eigen patiënten 31,5% behaalden (slechts één praktijk) en praktijken met gedeelde patiënten 38,8% (20 praktijken). Multidisciplinaire groepspraktijken vertoonden een lagere PR, met een gemiddelde van ongeveer 24,4% (29 praktijken). Er waren ook regionale verschillen waarneembaar. Vlaanderen noteerde de hoogste PR met 38,3% (33 praktijken), gevolgd door Wallonië met 24,8% (20 praktijken) en Brussel met 14,5% (6 praktijken).

2. Data management

2.1. DATA ANALYSE

Eerst werd een beschrijvende statistische analyse uitgevoerd om de kenmerken van de deelnemende patiënten, de belangrijkste uitkomstvariabelen en de paradata van de vragenlijst samen te vatten en om een overzicht te geven van de PaRIS-vragenlijst voor eerstelijnszorg.

Vervolgens werden multilevelmodellen opgesteld om onze resultaten te berekenen en te analyseren, die waren gebaseerd op de **hiërarchische structuur** van de gegevens. Aangezien de patiënten waren gegroepeerd binnen huisartsenpraktijken, werd een tweeledige opzet gehanteerd, waarbij huisartsenpraktijken het eerste niveau vormden en de patiënten binnen deze clusters waren genest. Deze aanpak houdt rekening met de afhankelijkheid tussen patiënten binnen dezelfde huisartsenpraktijk, waardoor een nauwkeurige schatting van de variantie en clusteringeffecten wordt gegarandeerd.

Wanneer de afhankelijke variabele continu was, werden lineaire **gemengde-effectmodellen** opgesteld. Voor dichotome afhankelijke variabelen werden binomiale gegeneraliseerde lineaire gemengde-effectmodellen gebruikt. Leeftijd en geslacht werden in alle modellen opgenomen als standaardisatievariabelen, samen met indicatoren voor ontbrekende gegevens voor deze variabelen. Een significant effect van de indicatoren voor ontbrekende gegevens gaf aan dat het ontbreken van specifieke patiëntkenmerken systematisch was in plaats van willekeurig (OECD flagship report PaRIS¹³; Chapter 7, Box 7.6). Er werden geen willekeurige hellingen in deze modellen opgenomen. Voor details over de modelspecificaties, zie vergelijking 2 in hoofdstuk 7, paragraaf 7.7.7 van het OECD flagship report PaRIS¹³.

Om de representativiteit van de resultaten te optimaliseren, werden de **standaardisatievariabelen** (leeftijd en geslacht) in de modellen opnieuw geschaald om ze in overeenstemming te brengen met de Belgische bevolking van 2023 (45+), op basis van gegevens uit STATBEL. Er werd een reeks van zes opnieuw geschaalde variabelen (twee voor geslacht en vier voor leeftijd) gecreëerd, die voor elke patiëntobservatie samen nul opleverden. Meer details over de structuur en hun waarde zijn te vinden in Tabel A1. Meer details over deze procedure zijn te vinden in het OESO-rapport (hoofdstuk 7, kader 7.6¹⁴). Deze modellen maakten ook de berekening mogelijk van de intraclass correlatiecoëfficiënt (ICC), die het aandeel van de variatie op het niveau van de huisartsenpraktijk weergeeft. De ICC hielp bij het opsporen van clustering van patiëntgegevens op praktijkniveau en bepaalde in hoeverre de variatie kon worden verklaard door factoren op het niveau van de zorgverlener en de patiënt. De schattingen waren niet gecorrigeerd voor case-mix.

Ontbrekende gegevens werden ingedeeld in: antwoorden die patiënten hebben overgeslagen, die werden behandeld als (volledig) willekeurig ontbrekend, en antwoorden die werden weggelaten vanwege voorwaardelijke logica (bijvoorbeeld wanneer een vraag niet werd gesteld op basis van eerdere antwoorden, zoals het beantwoorden van 'nee' op een gerelateerde vraag), geclassificeerd als niet-willekeurig ontbrekend. Het aandeel ontbrekende gegevens was minimaal en de impact ervan op de resultaten werd als verwaarloosbaar beschouwd. Als gevolg hiervan werden geen imputaties uitgevoerd en werden ontbrekende waarden uitgesloten van analyses waar dat nodig was voor de afhankelijke variabelen, maar niet voor de standaardisatievariabelen, aangezien voor deze laatste ontbrekende indicatoren werden opgenomen, zoals hierboven besproken.

De betrouwbaarheid van schalen werd beoordeeld met behulp van Cronbach's alfa om de interne consistentie te evalueren.

Alle statistische analyses werden uitgevoerd met R versie 4.4.1¹⁵ en hoger.

2.2. VAN VRAGENLIJST NAAR VARIABELEN

2.2.1. Creëren van nieuwe variabelen

De ruwe gegevens die werden verzameld uit de items in de PaRIS-patiëntenvragenlijst (PaRIS-PQ) werden omgezet in variabelen door middel van categorisering, telling, of het combineren van items. Daarnaast werden schalen opgesteld op basis van instrumentrichtlijnen. Voor de PaRIS-vragenlijst voor eerstelijnszorg (PaRIS-PCPQ) werden echter geen schalen gebruikt.

Patiënten werd gevraagd om aan te geven welke en hoeveel chronische aandoeningen zij hadden. Dit deden ze door te kiezen uit een vooraf opgestelde lijst, waarbij ze meerdere aandoeningen konden selecteren en desgewenst ook andere, niet-vermelde aandoeningen konden toevoegen. Op basis van hun antwoorden werden twee nieuwe variabelen gecreëerd. De eerste variabele varieerde van 0 tot 11, waarbij alleen de vermelde chronische aandoeningen werden geteld en de categorie 'overige' werd uitgesloten. De tweede variabele varieerde van 0 tot 12, inclusief de categorie 'overige'. Deze telgegevens werden verder onderverdeeld in drie aanvullende variabelen. De eerste categoriseerde de tellingen in: 'geen chronische aandoeningen', 'één chronische aandoening', 'twee chronische aandoeningen', 'drie chronische aandoeningen', 'vier chronische aandoeningen' en 'vijf of meer chronische aandoeningen'. De tweede variabele verdeelde de tellingen in twee categorieën: 'geen chronische aandoeningen' en 'één of meer chronische aandoeningen'. De derde variabele categoriseerde de tellingen in: 'geen chronische aandoeningen', 'één chronische aandoening', 'twee of meer chronische aandoeningen'.

Voor de variabele leeftijd konden patiënten kiezen uit de volgende opties: '44 jaar en jonger' (niet in aanmerking komend voor de enquête en bijgevolg uitgesloten) tot en met '85 jaar en ouder', of 'Geen voorkeur'. In totaal waren er 11 antwoordopties. De optie 'Zeg ik liever niet', die door slechts twee respondenten werd geselecteerd, werd behandeld als ontbrekende waardes. De overige leeftijdsantwoorden werden vervolgens ingedeeld in vier leeftijdsgroepen, in overeenstemming met het OESO flagship rapport¹³: 45-54 jaar, 55-64 jaar, 65-74 jaar en 75 jaar en ouder. Dit proces resulteerde in twee leeftijdsvariabelen: één met negen categorieën en één met vier categorieën.

Het hoogst bereikte opleidingsniveau werd onderverdeeld in twee variabelen. De eerste variabele groepeerde opleidingsniveaus in 'geen opleiding', 'basisonderwijs', 'lager secundair onderwijs', 'hoger secundair onderwijs' en 'hoger onderwijs'. De tweede variabele combineerde deze in bredere categorieën: 'geen opleiding - lager secundair onderwijs', 'hoger secundair onderwijs' en 'hoger onderwijs'.

Patiënten werden ook gevraagd hun gewicht (kg) en lengte (cm) op te geven. Deze gegevens werden vervolgens gebruikt om de Body Mass Index (BMI) te berekenen. De BMI werd gecategoriseerd volgens de WHO-classificatie voor volwassenen (in overeenstemming met het OESO flagship report¹³). Daarnaast werd er ook een andere variabele gecreëerd door de categorieën 'Obesitas klasse I, II en III' te combineren tot één enkele categorie 'Obesitas'.

2.2.2. Constructie van schalen

In vragenlijsten worden schalen gebruikt om complexe concepten te meten die niet met één enkele vraag kunnen worden bevat. Elke vraag draagt bij aan het begrip van het bredere concept, bijvoorbeeld PROMIS Global Lichamelijke gezondheid. Door deze antwoorden te combineren, met behulp van instrumentrichtlijnen, bieden schalen een betere maatstaf voor het onderliggende idee. Er worden schalen gepresenteerd voor PROMS en PREMs.

2.2.2.1. Patient-reported outcome measures (PROMs)

De PROMIS¹⁶ Global Physical Health schaal omvat vier items over de algemene lichamelijke gezondheid, lichamelijke functie, pijn en vermoeidheid. Elk item werd opnieuw gecodeerd om een score van 1 tot 5 weer te geven. Deze scores werden vervolgens opgeteld, wat resulteerde in een schaal van 4 tot 20. Om deze ruwe scores te standaardiseren, werden ze volgens de richtlijnen omgezet in T-

scores. Deze hebben een gemiddelde van 50 en een standaardafwijking (SD) van 10, waarbij een score van 50 het gemiddelde voor de algemene bevolking van de VS vertegenwoordigt. Een T-score van 60 op deze schaal geeft dus aan dat de persoon één standaardafwijking boven het gemiddelde ligt, wat wijst op een betere gezondheid in vergelijking met de algemene bevolking. T-scorebereik van 16,2-67,7. Een hogere score duidt op een betere lichamelijke gezondheid.¹⁷ Cronbach's Alpha, een maatstaf voor de interne consistentie of betrouwbaarheid van een schaal, was 0,795.

Op een gelijkaardige manier omvat de PROMIS¹⁶ Global Mental Health schaal vier items die de kwaliteit van leven, geestelijke gezondheid, tevredenheid met sociale activiteiten en emotionele problemen beoordelen. Deze schaal varieert na hercodering ook van 4 tot 20. Deze scores zijn gestandaardiseerd aan de hand van vergelijkbare richtlijnen en de interpretatie is analoog aan die van de Global Lichamelijke gezondheid-schaal. T-scorebereik van 21,2-67,6. Hogere scores duiden op een betere mentale gezondheid.¹⁷ Cronbach's Alpha was 0,821.

Ten slotte is de WHO-5 Wellbeing Index een schaal die het welzijn van mensen meet. Deze bestaat uit vijf items, die elk worden beoordeeld op een 6-punts Likertschaal, variërend van 'Nooit' (0) tot 'Altijd' (5). Deze ruwe scores werden opgeteld en vervolgens vermenigvuldigd met vier, wat resulteerde in een schaal van 0 tot 100. Hogere scores duiden op een beter welzijn van de patiënt.¹⁸ Cronbach's Alpha was 0,901.

2.2.2.2. Patient-reported experience measures (PREMs)

De Person-Centred Coordinated Care Experience Questionnaire (P3CEQ)^{19,20} bestaat uit twee onderdelen: een schaal voor ervaren zorgcoördinatie en een schaal voor persoonsgerichtheid. De zorgcoördinatieschaal bestaat uit vijf items die gericht zijn op geïntegreerde zorg, één vast contactpersoon, zorgplanning (bestaat, beschikbaarheid, bruikbaarheid en opvolging), ondersteuning bij zelfmanagement en informatie voor zelfmanagement.²⁰ Na hercodering varieerden de scores voor elk van deze vragen van 0 tot 3, Likert-type of dichotome schalen (0,3). Om ervoor te zorgen dat de items voor zorgplanning geen onevenredige invloed hadden op de totale score, werd het gemiddelde genomen van deze vier items. De uiteindelijke score voor zorgcoördinatie werd vervolgens berekend door deze vijf items bij elkaar op te tellen, wat resulteerde in een schaal van 0 tot 15. Hogere scores duiden op een betere coördinatie van de zorg. Cronbach's alfa was 0,558.

Het tweede onderdeel van de P3CEQ, namelijk persoonsgerichtheid, bestaat uit acht items die zich richten op het bespreken van wat belangrijk is, betrokkenheid bij beslissingen, de persoon als geheel beschouwen, informatie herhalen, zorg samenbrengen, ondersteuning bij zelfmanagement, informatie voor zelfmanagement en vertrouwen in zelfmanagement.²⁰ Na hercodering varieerden de scores voor elk van deze vragen van 0 tot 3. Deze acht items werden opgeteld, wat resulteerde in een schaal van 0 tot 24. Een hogere score staat voor een betere persoonsgerichtheid. Cronbach's alfa was 0,700.

Bovendien werd een totale schaalscore voor de P3CEQ berekend door alle items van beide componenten bij elkaar op te tellen, wat resulteerde in een bereik van 0 tot 30, waarmee zowel zorgcoördinatie als persoonsgerichtheid werden gemeten. Cronbach's alfa was 0,639.

Voor zorgcoördinatie en de totale P3CEQ-score werd een alternatieve versie berekend op basis van informatie van de OESO. Zij stelden dat voor het item 'één vast contactpersoon' het concept van zorgcoördinatie geen zin heeft wanneer een patiënt 'Ik ontvang geen zorg van meer dan één dienst' selecteert. Daarom werden in deze gevallen alle vragen over zorgcoördinatie (gezamenlijke zorg, één contactpersoon, zorg in het algemeen, ondersteuning bij zelfmanagement en informatie voor zelfmanagement) voor deze alternatieve versies van de schalen ingesteld op 'vraag niet gesteld'. De alternatieve schaal voor ervaren zorgcoördinatie wordt gebruikt in de daaropvolgende analyses. Cronbach's alfa was 0,568 voor zorgcoördinatie en 0,650 voor de totale schaal.

De schaal voor vertrouwen in zelfmanagement combineert vijf items. Vier items zijn aangepast uit de Medicare Patient Engagement Questions, namelijk vertrouwen om thuis instructies op te volgen, vertrouwen om gewoontes of levensstijl te veranderen, vertrouwen om de behoefte aan medische zorg te kunnen identificeren en vertrouwen om bijwerkingen van medicatie te kunnen identificeren²¹. Het laatste item komt uit de P3CEQ-vragenlijst, vertrouwen in zelfmanagement. Na hercodering werden deze items gemiddeld, wat resulteerde in een score van 0 tot 3. Een hogere score duidt op een groter vertrouwen in zelfmanagement. Deze schaal beoordeelt dus het vertrouwen van patiënten in zelfmanagement, waarbij het laatste vertrouwensitem in onze enquête, dat meer betrekking heeft op digitale zelfredzaamheid, buiten beschouwing wordt gelaten. Cronbach's alfa was 0,762.

In de enquête werd ook een categorie respondenten met financiële moeilijkheden geïdentificeerd, gedefinieerd als degenen die 'altijd' of 'meestal' antwoordden op ten minste één van de volgende vragen: "Hoe vaak was u in de afgelopen 12 maanden bezorgd of gestrest over de volgende zaken? 1) Of u genoeg geld had om gezonde maaltijden te kopen? 2) Of u genoeg geld had om uw huur of hypotheek te betalen? 3) Of u genoeg geld had om andere maandelijkse rekeningen te betalen, zoals elektriciteit, verwarming en uw telefoon?". Deze vragen zijn aangepast uit de Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults van 2017²². Een hogere score duidt op grotere financiële moeilijkheden. Cronbach's alfa was 0,924.

Ten slotte werd een schaal ontwikkeld door items uit de 10-item Porter Novelli schaal²³ te groeperen met behulp van factoranalyse. Aan de hand van onze gegevens werden drie factoren/groepen geïdentificeerd, die overeenkomen met de resultaten van het OESO-rapport¹³, waarin gegevens van alle deelnemende landen werden gebruikt. Deze groepen zijn 'Actieve betrokkenheid/patiëntenactivatie', 'Samenwerken met zorgprofessional(s)' en 'Gezondheidsgeletterdheid'. Tabel 1 hieronder geeft de overeenkomstige factoren weer. De score voor elke groep werd berekend door het gemiddelde te nemen van de overeenkomstige items, met scores variërend van 1 tot 5. Voor de eerste twee factoren duiden hogere scores op een betere betrokkenheid en patiëntenactivatie, respectievelijk een betere samenwerking met zorgprofessionals (gezamenlijke besluitvorming). Voor de derde factor duidt een lagere score op betere gezondheidsgeletterdheid; daarom werden de scores omgekeerd, zodat hogere waarden duiden op betere gezondheidsgeletterdheid. Cronbach's alfa was 0,740 voor 'Actieve betrokkenheid/patiëntenactivatie', 0,624 voor 'Samenwerken met zorgprofessional(s)' en 0,789 voor 'Gezondheidsgeletterdheid'.

Tabel 1 • Porter Novelli schaalgroepering op basis van factoranalyse, PaRIS Enquête, België

| 10-item Porter Novelli | Groep |
|--|--|
| Ik vertrouw op zorgprofessionals om mij alles te vertellen wat ik moet weten om mijn gezondheid te beheren | Samenwerken met zorgprofessional(s) |
| De meeste gezondheidsproblemen zijn te complex voor mij om te begrijpen | Gezondheidsgeletterdheid |
| Ik probeer actief ziekten en aandoeningen te voorkomen | Actieve betrokkenheid/ Patiëntenactivatie |
| Ik laat het aan zorgprofessionals over om de juiste beslissingen over mijn gezondheid te nemen | Samenwerken met zorgprofessional(s) |
| Ik vind het belangrijk om op de hoogte te zijn van gezondheidskwesties | Actieve betrokkenheid/ Patiëntenactivatie |
| Ik moet op de hoogte zijn van gezondheidskwesties, zodat ik mezelf en mijn gezin gezond kan houden | Actieve betrokkenheid/ Patiëntenactivatie |
| Ik heb moeite om veel van de gezondheidsinformatie die ik lees te begrijpen | Gezondheidsgeletterdheid |
| Mijn zorgprofessionals en ik werken samen om mijn gezondheid te beheren | Samenwerken met zorgprofessional(s) |
| Als ik iets lees of hoor dat relevant is voor mijn gezondheidszorg, bespreek ik dat met mijn zorgverleners | Samenwerken met zorgprofessional(s) |

Ik probeer mijn persoonlijke gezondheidsrisico's te begrijpen

Actieve betrokkenheid/
Patiëntenactivatie

RESULTATEN

1. PaRIS patiëntenvragenlijst (PaRIS-PQ)

1.1. SOCIO-DEMOGRAFISCHE FACTOREN

De socio-demografische factoren van de respondenten van de patiëntenenquête worden hieronder weergegeven in Tabel 2. Zoals eerder opgemerkt, werd 59,7% van de enquêtes online ingevuld, terwijl 40,3% op papier werd ingediend. Wanneer we hiermee rekening houden en de socio-demografische factoren onderzoeken, komen er verschillen naar voren, die worden weergegeven in Tabel 3. De beschikbaarheid van papieren formulieren bleek essentieel voor het verzamelen van gegevens, met name onder oudere personen, personen met een lager opleidingsniveau en respondenten uit lagere inkomensgroepen.

Tabel 2 • Socio-demografische factoren van de respondenten, PaRIS Enquête, België

| | Aantal respondenten (n) | Kolom percentage (%) |
|---|-------------------------|----------------------|
| Geslacht (6.2% ontbrekende data) | | |
| Vrouw | 2420 | 51,6 |
| Man | 1940 | 41,4 |
| Anders | 11 | 0,2 |
| Zeg ik liever niet | 26 | 0,6 |
| Leeftijdscategorieën (jaren) (0.5% ontbrekende data) | | |
| 45-54 | 1110 | 23,7 |
| 55-64 | 1515 | 32,3 |
| 65-74 | 1379 | 29,4 |
| 75 + | 661 | 14,1 |
| Hoogst behaald opleidingsniveau (4.1% ontbrekende data) | | |
| Geen opleiding, basisonderwijs of lager secundair onderwijs | 1227 | 26,2 |
| Hoger secundair onderwijs | 1305 | 27,8 |
| Hoger onderwijs | 1965 | 41,9 |
| Netto-inkomen van het huishouden (4.9% ontbrekende data) | | |
| Tot €1700 per maand | 785 | 16,7 |
| Tussen €1700 en €2700 per maand | 1322 | 28,2 |
| €2700 of meer per maand | 1594 | 34,0 |
| Zeg ik liever niet | 615 | 13,1 |
| Weet ik niet | 140 | 3,0 |
| Woongebied (4.1% ontbrekende data) | | |
| Stad | 990 | 21,1 |
| Dorp of buitenwijk | 1100 | 23,5 |
| Landelijk gebied | 2354 | 50,2 |
| Weet ik niet | 51 | 1,1 |

Tabel 3 • Wijze van voltooiing (online of op papier) met socio-demografische factoren (kolom %(n)). Ontbrekende waarden werden uitgesloten. PaRIS Enquête, België.

| | Online enquête | Papieren enquête |
|---|----------------|------------------|
| Geslacht | | |
| Vrouw | 52,7% (1394) | 59,2% (1026) |
| Man | 46,6% (1233) | 40,8% (707) |
| Anders | 0,2% (4) | 0,4% (7) |
| Zeg ik liever niet | 1,0% (26) | 0,0% (0) |
| Leeftijdscategorieën (jaren) | | |
| 45-54 | 24,9% (825) | 16,4% (285) |
| 55-64 | 28,8% (954) | 32,2% (561) |
| 65-74 | 22,5% (745) | 36,4% (634) |
| 75+ | 8,2% (273) | 22,3% (388) |
| Hoogst behaald opleidingsniveau | | |
| Geen opleiding, basisonderwijs of lager secundair onderwijs | 19,3% (506) | 41,4% (721) |
| Hoger secundair onderwijs | 29,2% (766) | 30,9% (539) |
| Hoger onderwijs | 52,8% (1385) | 27,7% (580) |
| Netto-inkomen van het huishouden | | |
| Tot €1700 per maand | 12,9% (340) | 25,5% (445) |
| Tussen €1700 en €2700 per maand | 28,5% (752) | 32,7% (570) |
| €2700 of meer per maand | 43,9% (1159) | 25,0% (435) |
| Zeg ik liever niet | 12,2% (322) | 16,8% (293) |
| Weet ik niet | 2,8% (73) | 3,8% (67) |
| Woongebied | | |
| Stad | 21,4% (568) | 24,3% (422) |
| Dorp of buitenwijk | 25,1% (667) | 24,9% (433) |
| Landelijk gebied | 52,7% (1398) | 55,0% (956) |
| Weet ik niet | 0,8% (21) | 1,7% (30) |

1.2. PARIS10 SLEUTEL INDICATOREN

De PaRIS10-indicatoren maken gebruik van Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) en Patient-Reported Experience Measures (PREMs) om verschillende aspecten van gezondheid en zorg vanuit het perspectief van de patiënt te evalueren. Deze indicatoren meten lichamelijke gezondheid, geestelijke gezondheid, sociaal welzijn, algemene gezondheid en ervaringen van patiënten. Ze worden beschreven in Tabel 4. De gegevens zijn opgesplitst naar aantal chronische aandoeningen (geen, één, twee of meer) en belangrijke socio-demografische factoren zoals geslacht, leeftijdscategorie, opleidingsniveau of inkomensniveau (Figuren 1-40). De resultaten werden als statistisch significant beschouwd wanneer de 95%-betrouwbaarheidsintervallen elkaar niet overlaptten.

In het addendum worden vergelijkbare figuren gepresenteerd, waarbij personen met hoge bloeddruk, een veelvoorkomende en vaak asymptomatische aandoening die van invloed kan zijn op verschillen in uitkomsten tussen andere groepen chronische ziekten, buiten beschouwing zijn gelaten (Figuren A1-A40). Ook deze resultaten werden als statistisch significant beschouwd wanneer de 95%-betrouwbaarheidsintervallen elkaar niet overlaptten.

Tabel 4 • PaRIS10-indicatoren maken gebruik van Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) en Patient-Reported Experience Measures (PREMs)

| Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) | |
|--|--|
| Algemene gezondheid | - Deze indicator is gebaseerd op de vraag: <i>“Zou u in het algemeen zeggen dat uw gezondheid uitstekend, zeer goed, goed, redelijk of slecht is?”</i> , een item uit de PROMIS ¹⁶ Global schaal. Deze wordt berekend als het percentage patiënten dat aangaf een ‘goede’, ‘zeer goede’ of ‘uitstekende’ algemene gezondheid te hebben (in vergelijking met ‘redelijk’ of ‘slecht’). |
| Welzijn | - De WHO-5 Welzijnsindex, meer details in de methodologie , varieert van 0 tot 100, waarbij een hogere score wijst op een beter welzijn van de patiënt. - Het percentage patiënten dat positieve resultaten rapporteert, wordt gedefinieerd als een score ≥ 50 , wat vaak wordt gebruikt als drempelwaarde voor een laag risico op klinische depressie. |
| Lichamelijke gezondheid | - De indicator voor lichamelijke gezondheid (met behulp van de PROMIS Global schaal), zoals beschreven in de methodologie , is een T-score-maatstaf, waarbij 50 het gemiddelde vertegenwoordigt en 10 de standaardafwijking van de PROMIS referentiepopulatie. Een hogere score duidt op een betere lichamelijke gezondheid. De T-score varieert van 16,2 tot 67,7. - Het percentage patiënten dat positieve resultaten rapporteert, wordt gedefinieerd als een score van 42 of hoger en wordt beschouwd als een indicatie van een goede lichamelijke gezondheid. |
| Mentale gezondheid | - De indicator voor mentale gezondheid (gebaseerd op de PROMIS Global-schaal), zoals beschreven in de methodologie , is een T-score, waarbij 50 het gemiddelde vertegenwoordigt en 10 de standaardafwijking van de PROMIS-referentiepopulatie. Een hogere score duidt op een betere mentale gezondheid. De T-score varieert van 21,2 tot 67,6. - Het percentage patiënten dat positieve resultaten rapporteert, wordt gedefinieerd als een score van 40 of hoger en wordt beschouwd als een indicatie van een goede mentale gezondheid. |
| Sociaal functioneren | - Deze indicator is gebaseerd op de vraag: <i>“Geef in het algemeen aan hoe goed u uw gebruikelijke sociale activiteiten en rollen uitvoert. [verder gespecificeerd in de vragenlijst]”</i> , een item uit de PROMIS Global schaal. Deze wordt berekend als het percentage patiënten dat aangaf ‘goed’, ‘zeer goed’ of ‘uitstekend’ sociaal functioneren te hebben (in vergelijking met ‘redelijk’ of ‘slecht’). |
| Patient-Reported Experience Measures (PREMs) | |
| Ervaren kwaliteit van zorg | - Deze indicator is gebaseerd op de vraag: <i>“Als u alle aspecten van de zorg die u hebt ontvangen in ogenschouw neemt, hoe beoordeelt u dan in het algemeen de medische zorg die u in de afgelopen 12 maanden van uw</i> |

| | |
|---|---|
| | <p><i>eerstelijnsgezondheidscentrum hebt ontvangen?</i>". Deze wordt berekend als het percentage patiënten dat aangaf 'goed', 'zeer goed' of 'uitstekend' te zijn bevonden over de kwaliteit van de medische zorg in de afgelopen 12 maanden (in vergelijking met 'redelijk', 'slecht' of 'ik weet het niet').</p> |
| Vertrouwen in zelfmanagement | <p>- Deze indicator is gebaseerd op de vraag: <i>"Hoeveel vertrouwen heeft u in uw vermogen om uw eigen gezondheid en welzijn te beheren?"</i>. Deze wordt berekend als het percentage patiënten dat aangaf 'vertrouwen' of 'veel vertrouwen' te hebben (in vergelijking met 'enigszins vertrouwen' of 'helemaal geen vertrouwen').</p> |
| Vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem | <p>- Deze indicator is gebaseerd op de vraag: <i>"In hoeverre bent u het eens of oneens met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem te vertrouwen is?"</i>. Deze wordt berekend als het percentage patiënten dat het "mee eens" of "helemaal mee eens" is (in vergelijking met degenen die "niet mee eens of oneens", "oneens", "heel erg oneens" zijn).</p> |
| Ervaren zorgcoördinatie | <p>- De indicator voor ervaren zorgcoördinatie, zoals beschreven in de <u>methodologie</u>, varieert van 0 tot 15. Hogere scores duiden op een betere coördinatie van de zorg.</p> <p>- Een positieve ervaring/uitkomst wordt gedefinieerd als de score $\geq 7,5$ was en dit percentage wordt berekend.</p> |
| Persoonsgerichte zorg | <p>- De indicator voor persoonsgerichte zorg, zoals beschreven in de <u>methodologie</u>, varieert van 0 tot 24. Hogere scores wijzen op een betere persoonsgerichtheid, d.w.z. zorg die in hoge mate is aangepast aan individuele behoeften.</p> <p>- Een positieve ervaring/uitkomst wordt gedefinieerd wanneer de score ≥ 12 was en dit percentage wordt berekend.</p> |

1.2.1. Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)

1.2.1.1. Algemene gezondheid

Deze indicator is gebaseerd op de vraag: *“Zou u in het algemeen zeggen dat uw gezondheid uitstekend, zeer goed, goed, redelijk of slecht is?”*. Het percentage patiënten dat ‘goed’, ‘zeer goed’ of ‘uitstekend’ antwoordde op de vraag naar hun algemene gezondheid (in vergelijking met ‘redelijk’ of ‘slecht’) werd berekend. Deze antwoorden worden gebruikt om het percentage patiënten te evalueren en weer te geven dat hun gezondheid als positief beschouwt, wat een algemene maatstaf is voor iemands gezondheid. Onder alle respondenten met ten minste één chronische aandoening was dit percentage 72,2% (95% CI: 68,0% - 76,1%). Per chronische aandoening waren de percentages 95,8% (95% CI: 94,0% - 97,1%) voor degenen zonder chronische aandoeningen, 85,3% (95% CI: 82,0% - 88,0%) voor degenen met één aandoening en 62,6% (95% CI: 57,7% - 67,4%) voor degenen met twee of meer chronische aandoeningen. Hieronder wordt een verdere stratificatie naar belangrijke socio-demografische factoren gepresenteerd.

Wat betreft **geslacht** (Figuur 1) rapporteerden zowel mannen als vrouwen een hoge mate van algemene gezondheid wanneer ze geen chronische aandoeningen hadden (95,6% voor vrouwen, 96,4% voor mannen). De gezondheidsperceptie nam echter af naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam, en deze trend was het meest uitgesproken bij vrouwen, die een lagere positieve algemene gezondheid rapporteerden (60,8%) in vergelijking met mannen (65,9%) wanneer ze te maken hadden met twee of meer chronische aandoeningen (niet significant).

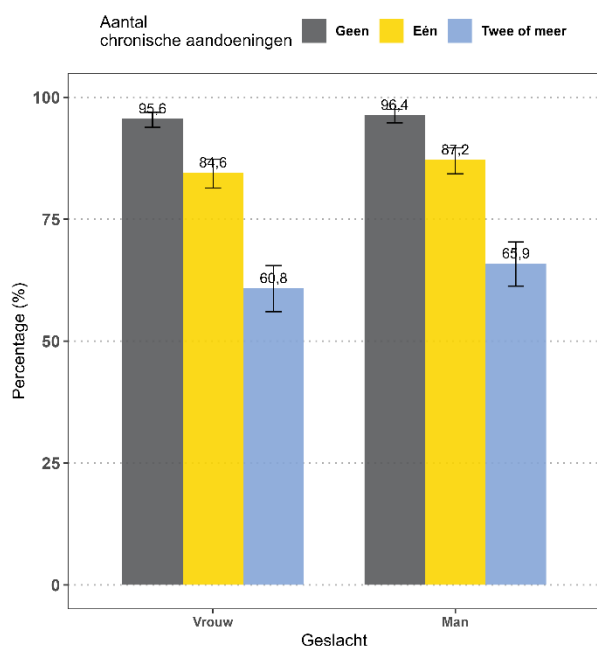
Bij stratificatie van de gegevens per **leeftijdsgroep** (Figuur 2) kon voor alle leeftijdsgroepen een hoge mate van positieve gezondheid (meer dan 95%) worden waargenomen bij personen zonder chronische aandoeningen. Zoals eerder gezien nam de positieve gezondheidsperceptie echter af naarmate er meer chronische aandoeningen aanwezig waren. Interessant genoeg werd de laagste mate van algemene gezondheid niet gevonden in de oudste leeftijdsgroep (75+), waar 60,7% een positieve gezondheid rapporteerde bij twee of meer chronische aandoeningen. In plaats daarvan werd de laagste positieve gezondheidsperceptie waargenomen bij deelnemers in de leeftijd van 45-54 jaar, waar slechts 57,5% aangaf een (zeer) goede of uitstekende algemene gezondheid te hebben bij het omgaan met twee of meer chronische aandoeningen.

Figuur 3 toont de resultaten in termen van **opleidingsniveau**. Respondenten met een hoger opleidingsniveau rapporteerden over het algemeen een betere gezondheid in alle categorieën van chronische aandoeningen, vooral wanneer respondenten twee of meer chronische aandoeningen rapporteerden (71,4% tegenover 54,9% voor respectievelijk hoogopgeleiden en laagopgeleiden of ongeschoolden). Degenen met een hogere opleiding en zonder chronische aandoeningen rapporteerden de hoogste positieve gezondheid (96,9%).

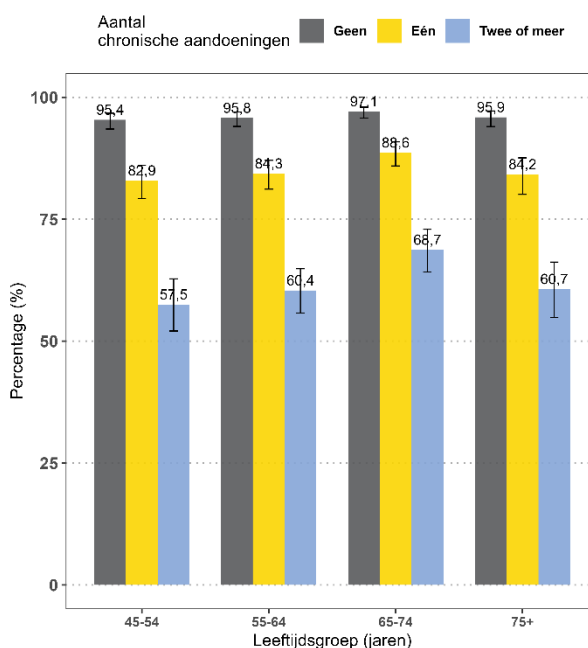
Inkomensgroepen hadden ook een invloed op de gepercipieerde gezondheid (Figuur 4). Hogere inkomensgroepen rapporteerden betere gezondheidsresultaten voor alle niveaus van chronische aandoeningen. Respondenten met een hoog inkomen zonder chronische aandoeningen hadden doorgaans de hoogste positieve gezondheid (97,2%). Er was een significante daling in de gezondheidsperceptie te zien bij respondenten met twee of meer chronische aandoeningen, het meest uitgesproken in het lage inkomensniveau (53,2%) in vergelijking met het hoge inkomensniveau (73,0%).

Samenvattend nam de positieve algemene gezondheid af naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam in alle demografische groepen. Bij personen met twee of meer chronische aandoeningen rapporteerden mensen met een hogere opleiding en een hoger inkomen echter een betere gezondheidsbeleving. Dit benadrukt de socio-economische en educatieve verschillen in gezondheidsbeleving onder personen met chronische gezondheidsproblemen.

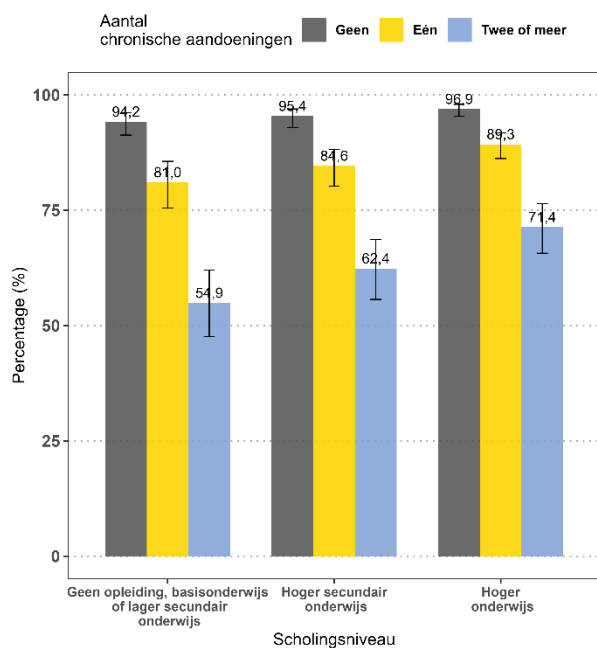
Figuur 1 • Percentage respondent(en) dat (zeer) goed of uitstekend rapporteert voor algemene gezondheid (%) per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4660)



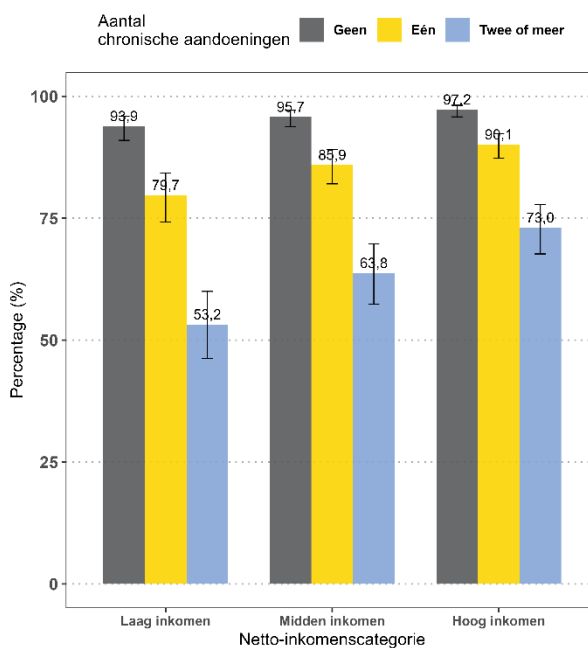
Figuur 2 • Percentage respondent(en) dat (zeer) goed of uitstekend rapporteert voor algemene gezondheid (%) per leeftijdsgroep en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4660)



Figuur 3 • Percentage respondent(en) dat (zeer) goed of uitstekend rapporteert voor algemene gezondheid (%) per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4660)



Figuur 4 • Percentage respondent(en) dat (zeer) goed of uitstekend rapporteert voor Algemene gezondheid (%) per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4660)



Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa.

1.2.1.2. Welzijn

De WHO-5 Wellbeing Index (bestaande uit 5 vragen), zoals beschreven in de methodologie, varieert van 0 tot 100, waarbij een hogere score wijst op een beter welzijn van de patiënt. Een score lager dan 50 wordt vaak gebruikt als grenswaarde voor iemand die risico loopt op een klinische depressie. Een score van 60 of hoger geeft aan dat de persoon zich over het algemeen meer dan de helft van de tijd positief voelde over zijn of haar welzijn. Van alle respondenten met ten minste één chronische aandoening was de gemiddelde score 59,9 (95% CI: 57,9 – 61,9), waarbij meer dan zeven op de tien (71,9%) een score van 50 of hoger rapporteerden en zes op de tien (62,2%) een score van 60 of hoger. Per chronische aandoening was de gemiddelde score 67,3 (95% CI: 65,2 – 69,4) voor patiënten zonder chronische aandoeningen, 65,0 (95% CI: 62,9 – 67,0) voor patiënten met één chronische aandoening en 56,2 (95% CI: 54,2 – 58,1) voor patiënten met twee of meer chronische aandoeningen. Verdere stratificatie per belangrijke sociaal-demografische factor wordt weergegeven in figuren 5-8.

Bij stratificatie van de gegevens per **geslacht** (Figuur 5) rapporteerden zowel mannen (70,0) als vrouwen (65,5) een hoog welzijnsniveau wanneer ze geen chronische aandoeningen hadden, met een iets beter welzijn voor mannen. Niettemin nam het ervaren welzijn af naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam. Deze trend was het meest opvallend bij vrouwen, die een score van 54,1 rapporteerden bij twee of meer chronische aandoeningen, vergeleken met 58,7 bij hun mannelijke tegenhangers.

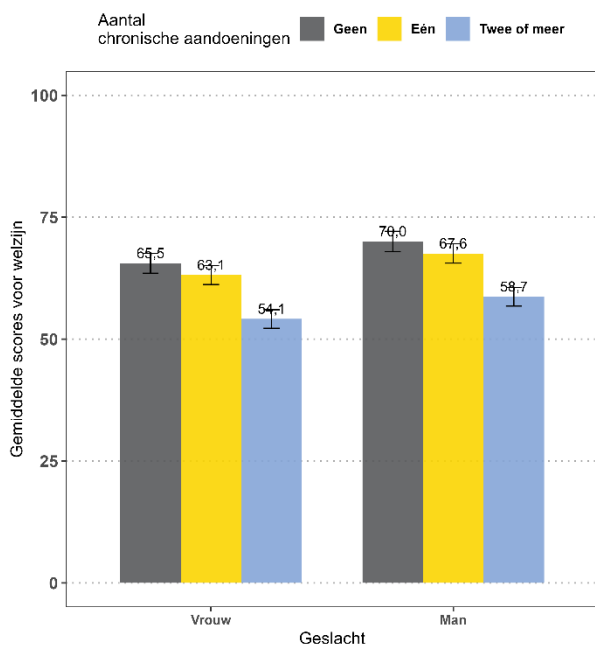
Figuur 6 toont de resultaten gestratificeerd per **leeftijdsgroep**. Personen zonder chronische aandoeningen rapporteerden een hoger niveau van ervaren welzijn, en dit gold voor alle leeftijdsgroepen. Dit ervaren welzijn nam af naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam, en dit gold opnieuw voor alle leeftijdsgroepen. De laagste welzijnsniveaus werden gerapporteerd voor de jongste leeftijdsgroep (45-54) in alle drie de categorieën: 62,7 voor personen zonder chronische aandoeningen, 59,1 voor personen met één chronische aandoening en 49,5 voor personen met twee of meer chronische aandoeningen. Daarentegen vertoonde de leeftijdsgroep 65-74 de hoogste welzijnsniveaus.

Personen met een hoger **opleidingsniveau** (Figuur 7) rapporteerden een beter welzijn in vergelijking met personen zonder opleiding, met alleen basisonderwijs of lager secundair onderwijs en personen met hoger secundair onderwijs. Deze verschillen waren echter klein en niet significant. Het welzijn nam af naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam, en dit gold voor alle opleidingsniveaus.

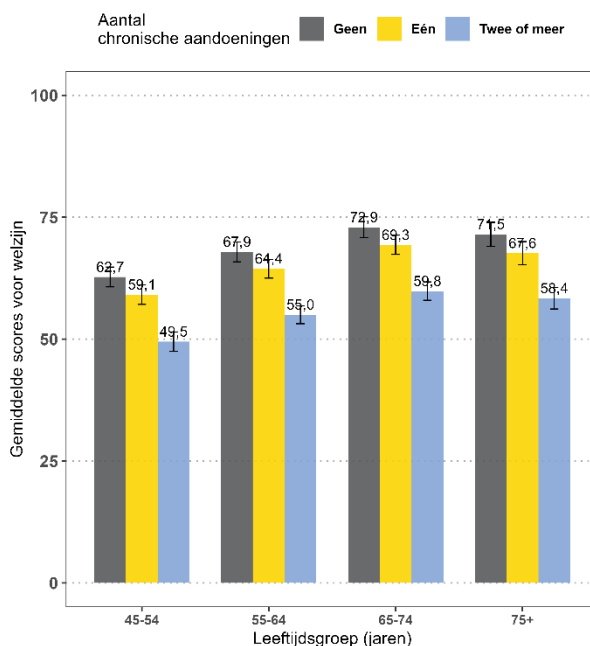
Ook voor **inkomen** (Figuur 8) rapporteerden patiënten met een hoger inkomen een beter welzijn dan patiënten met een gemiddeld of laag inkomen. Deze verschillen waren echter klein. Het welzijn nam af naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam, ongeacht het opleidingsniveau.

Samenvattend was het welzijn over het algemeen hoger bij personen zonder chronische aandoeningen, met slechts kleine verschillen tussen geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en inkomensgroepen. Wanneer een patiënt echter twee of meer chronische aandoeningen had, nam het welzijn doorgaans af, met name bij vrouwen en personen in lagere inkomensgroepen. De leeftijdsgroep van 65-74 jaar rapporteerde doorgaans een beter welzijn, zelfs bij meerdere chronische aandoeningen.

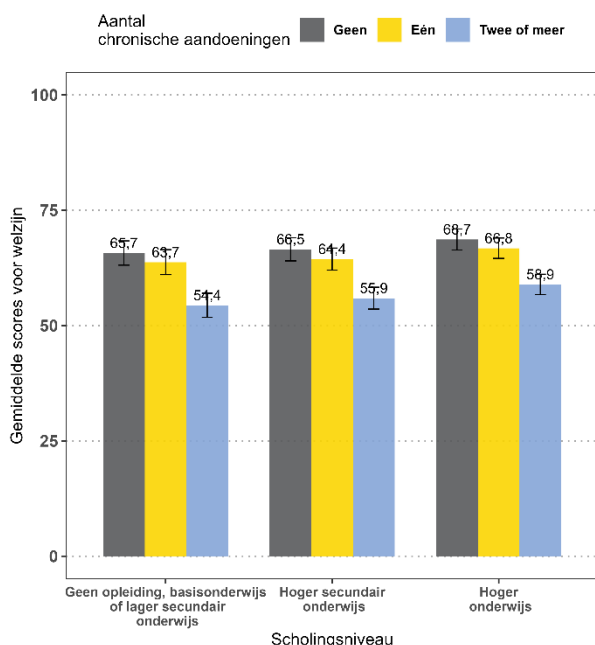
Figuur 5 • Gemiddelde score voor respondenten voor welzijn per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4580)



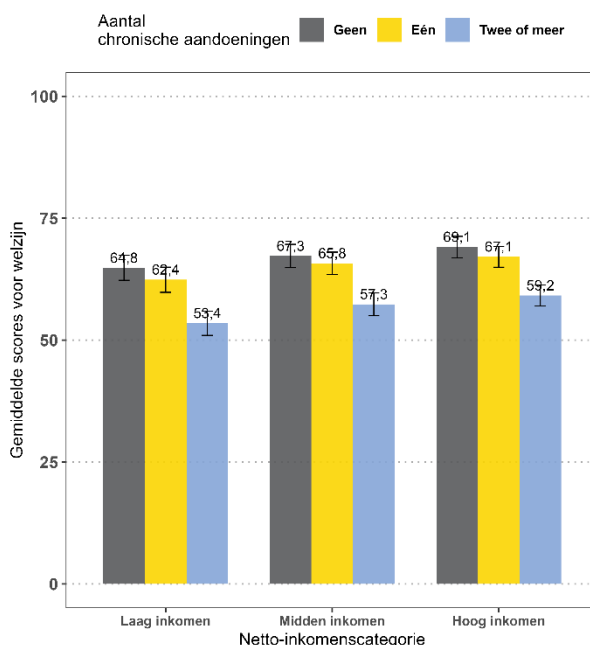
Figuur 6 • Gemiddelde score voor respondenten voor welzijn per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4580)



Figuur 7 • Gemiddelde score voor respondenten voor welzijn per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4580)



Figuur 8 • Gemiddelde score voor respondenten voor welzijn per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4580)



Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa.

1.2.1.3. Lichamelijke gezondheid

De indicator voor lichamelijke gezondheid indicator (bestaande uit vier vragen), zoals beschreven in de methodologie, is een T-score maatstaf, waarbij 50 het gemiddelde vertegenwoordigt en 10 de standaardafwijking van de PROMIS-referentiepopulatie. Een score van 42 of hoger wordt beschouwd als een indicatie van een goede lichamelijke gezondheid. Een hogere score wijst op een betere lichamelijke gezondheid. Onder alle respondenten met ten minste één chronische aandoening was de gemiddelde score voor lichamelijke gezondheid 45,0 (95% CI: 44,2 – 45,7), waarbij meer dan twee derde aangaf een goede lichamelijke gezondheid te hebben (69,7% scoorde ≥ 42). Per chronische aandoening was de gemiddelde score 50,8 (95% CI: 50,0 – 51,6) voor patiënten zonder chronische aandoening, 47,9 (95% CI: 47,2 – 48,7) voor patiënten met één chronische aandoening en 42,8 (95% CI: 42,1 – 43,6) voor patiënten met twee of meer chronische aandoeningen. Verdere stratificatie per belangrijke sociaal-demografische factor wordt weergegeven in figuren 9-12.

Bij onderzoek van de gegevens per **geslacht** (Figuur 9) rapporteerden zowel mannen (52,0) als vrouwen (50,0) een betere lichamelijke gezondheid wanneer ze geen chronische aandoeningen hadden. De waargenomen lichamelijke gezondheid nam echter af naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam. Onder degenen met twee of meer chronische aandoeningen rapporteerden vrouwen een iets lagere gemiddelde lichamelijke gezondheidsscore (42,0) dan mannen (44,0).

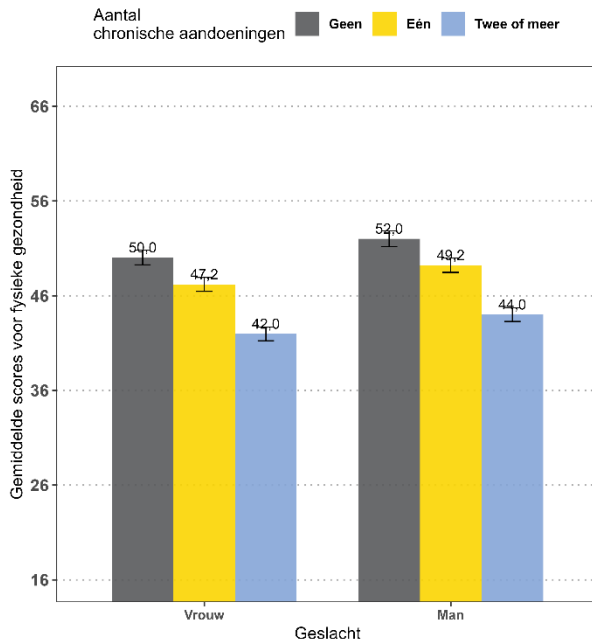
Figuur 10 toont de resultaten gestratificeerd per **leeftijdscategorie**. Ook hier rapporteerden personen zonder chronische aandoeningen in alle leeftijdsgroepen een betere zelf gerapporteerde lichamelijke gezondheid. Deze waargenomen lichamelijke gezondheid nam in elke leeftijdsgroep af met elke extra chronische aandoening. De laagste niveaus van lichamelijke gezondheid werden gerapporteerd in de jongste leeftijdscategorie (45-54) voor beide categorieën chronische aandoeningen: 46,9 voor personen met één aandoening en 41,6 voor personen met twee of meer chronische aandoeningen. De andere leeftijdsgroepen vertoonden vergelijkbare patronen.

Hoger **opleidingsniveau** (Figuur 11) kwam overeen met iets betere scores voor lichamelijke gezondheid, ongeacht of personen geen, één of twee of meer chronische aandoeningen hadden. Niettemin nam de waargenomen lichamelijke gezondheid af naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam in alle opleidingsniveaus, met vergelijkbare trends bij personen zonder opleiding, met een basisopleiding of lager secundair opleidingsniveau en met een hoger secundair opleidingsniveau.

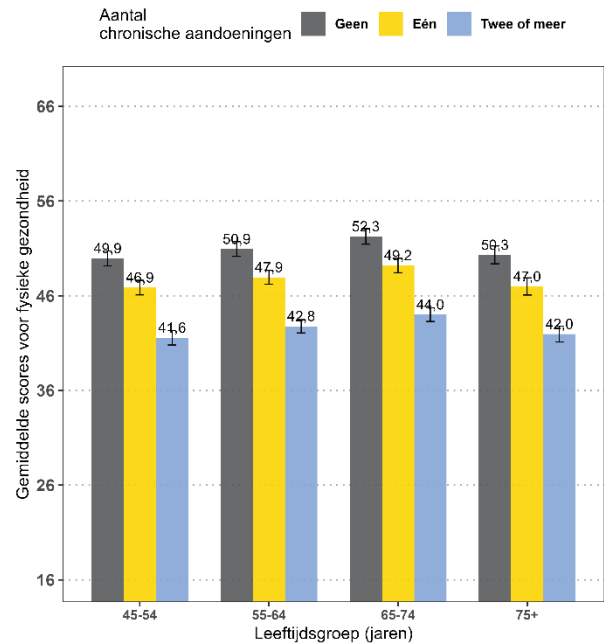
Evenzo ging een hoog **inkomensniveau** (Figuur 12) gepaard met positievere zelf gerapporteerde lichamelijke gezondheidsscores, ongeacht of personen geen, één of twee of meer chronische aandoeningen hadden. Niettemin nam de waargenomen lichamelijke gezondheid af naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam voor alle inkomensniveaus, met vergelijkbare trends bij personen met een laag of gemiddeld inkomen.

Samenvattend nam de lichamelijke gezondheid over het algemeen af naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam, ongeacht geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en inkomensgroep. Vrouwen rapporteerden doorgaans een iets lagere lichamelijke gezondheid naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam. Een hoger opleidingsniveau en een hoger inkomen gingen gepaard met een betere lichamelijke gezondheid, ongeacht het aantal chronische aandoeningen.

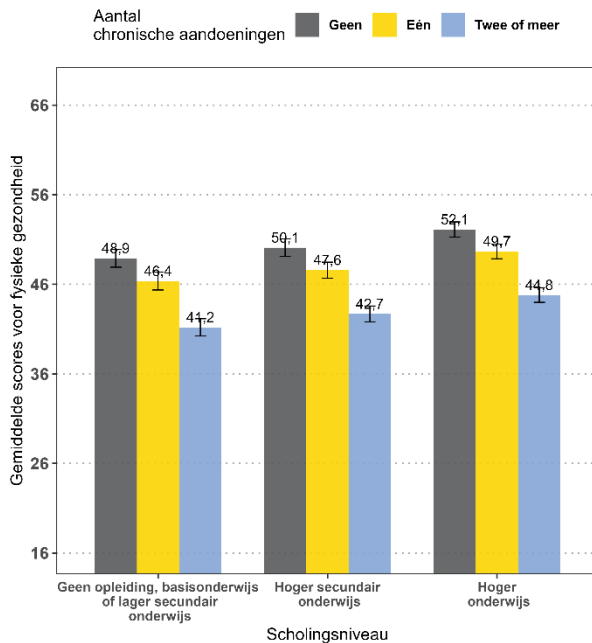
Figuur 9 • Gemiddelde score voor respondenten voor lichamelijke gezondheid per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4604)



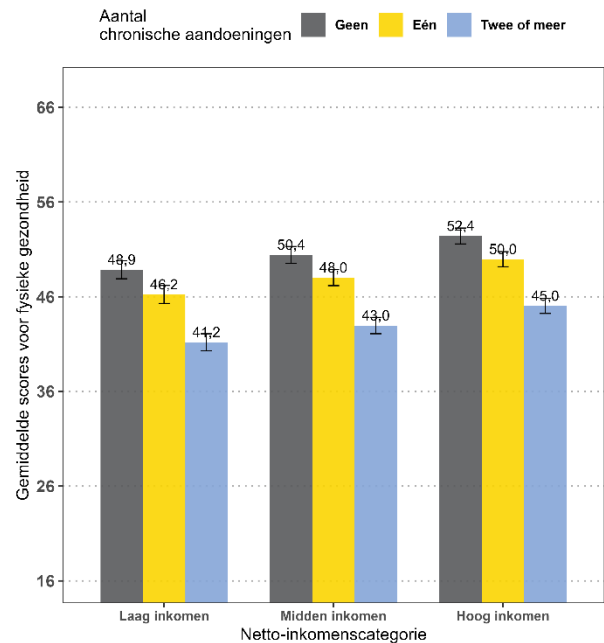
Figuur 10 • Gemiddelde score voor respondenten voor lichamelijke gezondheid per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4604)



Figuur 11 • Gemiddelde score voor respondenten voor lichamelijke gezondheid per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4604)



Figuur 12 • Gemiddelde score voor respondenten voor lichamelijke gezondheid per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4604)



Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa.

1.2.1.4. Mentale gezondheid

De indicator voor mentale gezondheid (gebaseerd op vier vragen), zoals beschreven in de methodologie, is een T-score maatstaf, waarbij 50 het gemiddelde vertegenwoordigt en 10 de standaardafwijking van de PROMIS-referentiepopulatie. Een score van 40 of hoger wordt beschouwd als een indicatie van een goede mentale gezondheid. Een hogere score wijst op een betere mentale gezondheid. Onder alle respondenten met ten minste één chronische aandoening was de gemiddelde score voor mentale gezondheid 46,3 (95% CI: 45,7 – 47,0), waarbij meer dan vier op de vijf een goede mentale gezondheid rapporteerden (82,7% \geq 40). Per chronische aandoening was de gemiddelde score 49,1 (95% CI: 48,4 – 49,8) voor patiënten zonder chronische aandoening, 47,9 (95% CI: 47,2 – 48,6) voor patiënten met één chronische aandoening en 45,1 (95% CI: 44,4 – 45,7) voor patiënten met twee of meer chronische aandoeningen. Verdere stratificatie per belangrijke socio-demografische factor wordt weergegeven in figuren 13-16.

Als we kijken naar **geslacht** verschillen (Figuur 13), rapporteerden zowel mannen (50,2) als vrouwen (48,5) een betere mentale gezondheid wanneer ze geen chronische aandoeningen hadden. Naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam, nam de waargenomen mentale gezondheid echter gestaag af, vooral bij vrouwen.

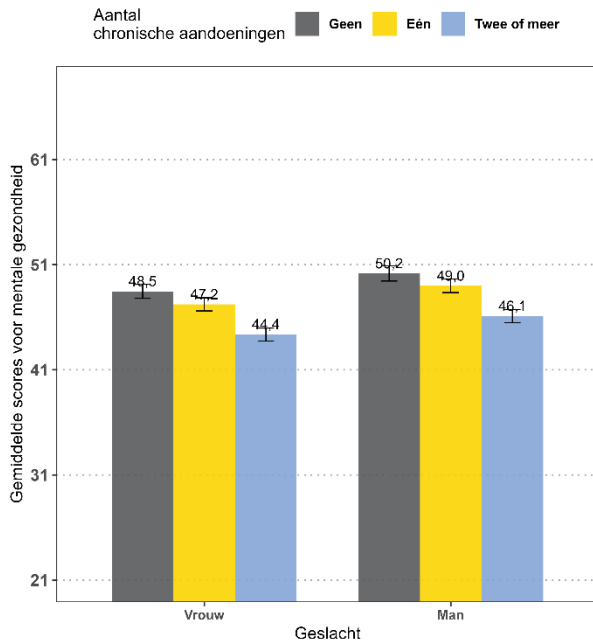
Figuur 14 geeft een stratificatie van de mentale gezondheid per **leeftijdsgroep** en laat zien dat personen zonder chronische aandoeningen over het algemeen hogere scores voor mentale gezondheid rapporteerden in alle leeftijdsgroepen. Naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam, nam de waargenomen mentale gezondheid in alle leeftijdsgroepen af, waarbij het tempo van de afname voor elke groep vergelijkbaar was.

Een hoger **opleidingsniveau** (Figuur 15) ging gepaard met betere scores voor mentale gezondheid, ongeacht het aantal chronische aandoeningen. Echter, bij alle opleidingsniveaus nam de waargenomen mentale gezondheid af naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam. Personen zonder opleiding, met een basisopleiding of een lager secundair opleidingsniveau rapporteerden de laagste gemiddelde scores voor mentale gezondheid bij alle niveaus van chronische aandoeningen.

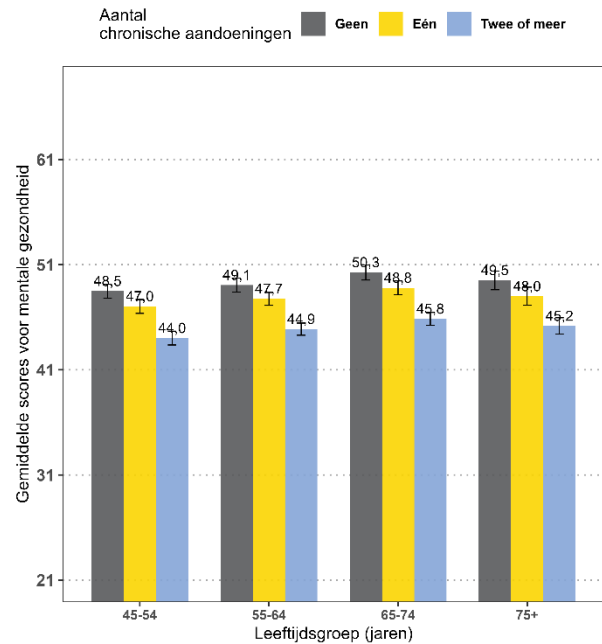
Op dezelfde manier werd een hoger **inkomen** (Figuur 16) in verband gebracht met een betere mentale gezondheid, ongeacht het aantal chronische aandoeningen. In alle inkomensgroepen nam de waargenomen mentale gezondheid af naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam.

Samenvattend kan worden gesteld dat de zelfgerapporteerde mentale gezondheid afnam naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam, wat vooral bij vrouwen opviel. Hoewel een hoger opleidingsniveau en inkomen in verband worden gebracht met betere mentale gezondheidsresultaten, rapporteerden personen met twee of meer chronische aandoeningen in alle groepen consequent een lagere mentale gezondheid.

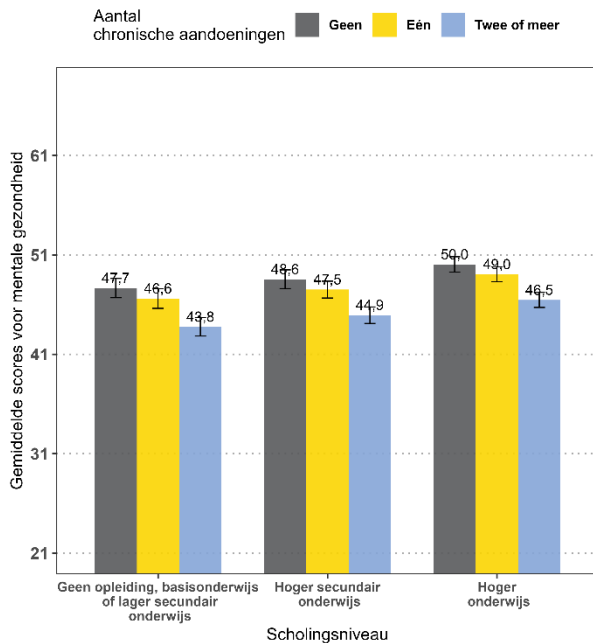
Figuur 13 • Gemiddelde score voor respondenten voor mentale gezondheid per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 3921)



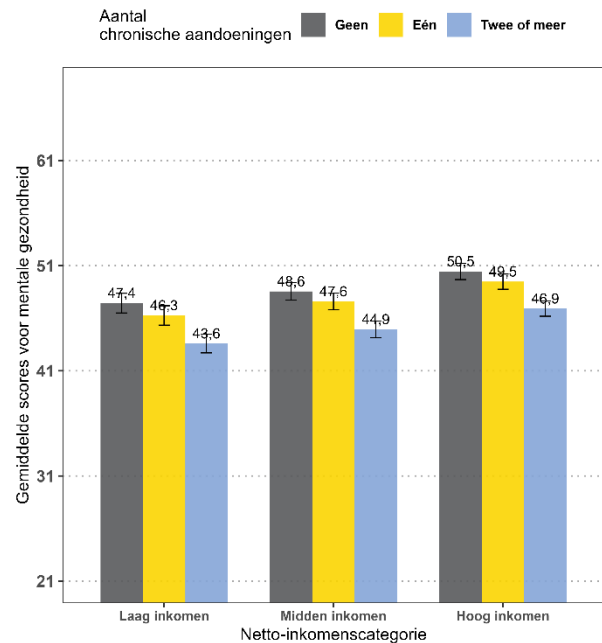
Figuur 14 • Gemiddelde score voor respondenten voor mentale gezondheid per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 3921)



Figuur 15 • Gemiddelde score voor respondenten voor mentale gezondheid per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 3921)



Figuur 16 • Gemiddelde score voor respondenten voor mentale gezondheid per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 3921)



Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa.

1.2.1.5. Sociaal functioneren

Deze indicator is gebaseerd op de vraag: “Geef in het algemeen aan hoe goed u uw gebruikelijke sociale activiteiten en rollen uitvoert. [verder gespecificeerd in de [vragenlijst](#)]”. Het percentage patiënten dat ‘goed’, ‘zeer goed’ of ‘uitstekend’ sociaal functioneren rapporteerde (in vergelijking met ‘redelijk’ of ‘slecht’), werd berekend en weergegeven in Figuren 17-20. Van alle respondenten met ten minste één chronische aandoening rapporteerde 85,9% (95% CI: 82,5% – 88,8%) een goed sociaal functioneren. Per chronische aandoening waren de percentages 94,8% (95% CI: 92,7% – 96,4%) voor degenen zonder chronische aandoeningen, 91,8% (95% CI: 89,3% – 93,8%) voor degenen met één chronische aandoening en 81,5% (95% CI: 77,5% – 85,0%) voor degenen met twee of meer chronische aandoeningen. Een verdere stratificatie per belangrijke socio-demografische factor wordt hieronder weergegeven.

Bij analyse van de verschillen per **geslacht** (Figuur 17) rapporteerden zowel mannen (95,4%) als vrouwen (94,6%) een optimaal sociaal functioneren wanneer ze geen chronische aandoeningen hadden. Het sociaal functioneren nam echter consistent af met elke extra chronische aandoening: 80,8% van de vrouwen behield een goed sociaal functioneren bij twee of meer chronische aandoeningen, tegenover 83,5% van de mannen. Deze verschillen waren echter niet significant.

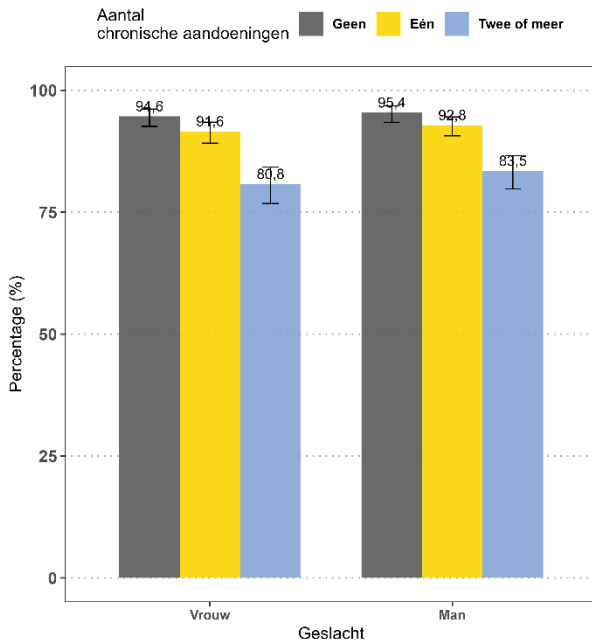
Bij het onderzoeken van **leeftijdsgroepen** (Figuur 18) werden de hoogste scores voor sociaal functioneren gevonden bij personen zonder chronische aandoeningen in de middelste leeftijdsgroepen. De laagste scores voor sociaal functioneren werden consistent waargenomen in elke leeftijdsgroep bij personen met twee of meer chronische aandoeningen, waarbij de jongste leeftijdsgroep de sterkste daling liet zien (van 93,7% naar 76,0%), de laagste score in het algemeen.

Sociaal functioneren lijkt ook verband te houden met **opleidingsniveau** (Figuur 19). Een hoger opleidingsniveau correleerde met betere scores voor sociaal functioneren, vooral bij patiënten met twee of meer chronische aandoeningen. Niettemin ging het sociaal functioneren bij alle opleidingsniveaus achteruit naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam. Degenen met een lager opleidingsniveau, zoals geen opleiding of basis- en lager secundair onderwijs, rapporteerden de laagste scores voor sociaal functioneren in alle categorieën van chronische aandoeningen, vooral in gevallen van twee of meer chronische aandoeningen, waar de scores een dieptepunt van 77,1% bereikten.

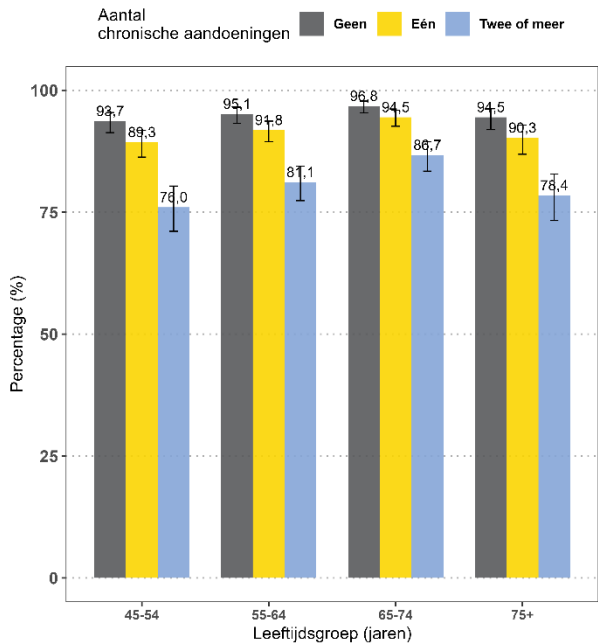
Het **inkomensniveau** had een vergelijkbare invloed op de scores voor sociaal functioneren (Figuur 20): een hoger inkomen ging gepaard met betere scores voor sociaal functioneren, vooral voor patiënten met twee of meer chronische aandoeningen. Naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam, werden de verschillen per inkomensniveau duidelijker. De scores voor sociaal functioneren bleven relatief dicht bij elkaar voor personen zonder en met één chronische aandoening. Voor personen met twee of meer chronische aandoeningen daalde het sociaal functioneren aanzienlijk, vooral voor de laagste inkomensgroep (73,6%).

Over het algemeen nam het sociaal functioneren af naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam, met een iets slechter sociaal functioneren voor jongere personen en personen met een lager inkomen of opleidingsniveau. Een hoger opleidingsniveau en inkomen gingen echter gepaard met een beter sociaal functioneren, vooral bij personen met twee of meer chronische aandoeningen.

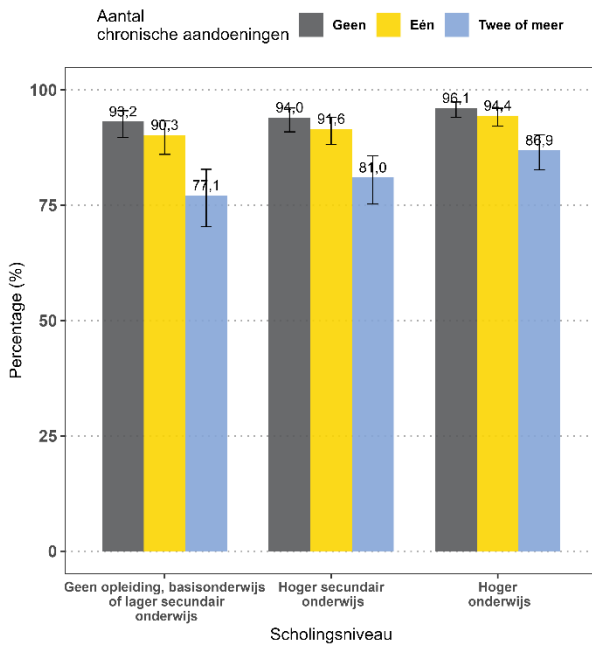
Figuur 17 • Percentage respondent(en) dat aangeeft (zeer) goed of uitstekend te zijn in sociale activiteiten en rollen (%) per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4634)



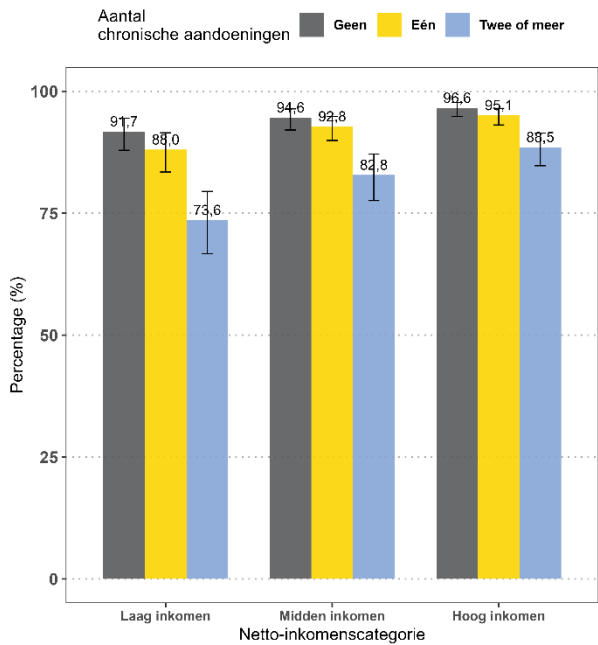
Figuur 18 • Percentage respondent(en) dat aangeeft (zeer) goed of uitstekend te zijn in sociale activiteiten en rollen (%) per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4634)



Figuur 19 • Percentage respondent(en) dat aangeeft (zeer) goed of uitstekend te zijn in sociale activiteiten en rollen (%) per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4634)



Figuur 20 • Percentage respondent(en) dat aangeeft (zeer) goed of uitstekend te zijn in sociale activiteiten en rollen (%) per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4634)



Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa.

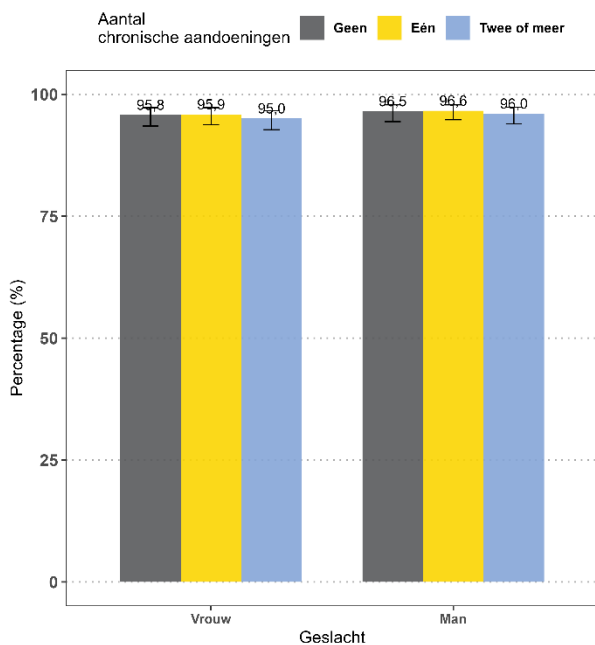
1.2.2. Patient-Reported Experience Measures (PREMs)

1.2.2.1. Ervaren kwaliteit van medische zorg

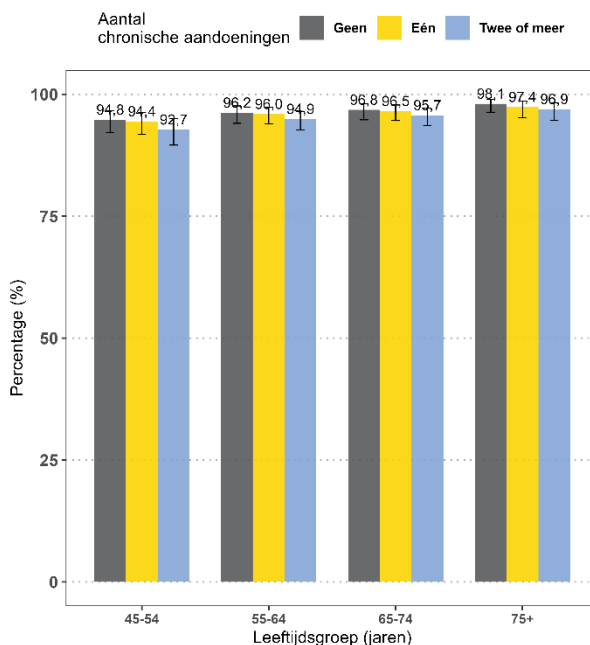
Deze indicator is gebaseerd op de vraag: *“Als u alle aspecten van de zorg die u hebt ontvangen in overweging neemt, hoe beoordeelt u dan in het algemeen de medische zorg die u in de afgelopen 12 maanden van uw eerstelijnsgezondheidscentrum hebt ontvangen?”*. Het percentage patiënten dat aangaf “goed”, “zeer goed” of “uitstekend” te zijn bevonden over de kwaliteit van de medische zorg in de afgelopen 12 maanden (in vergelijking met “redelijk”, ‘slecht’ of “weet niet”) werd berekend. Van alle respondenten met ten minste één chronische aandoening gaf 95,4% (95% CI: 93,1% – 97,0%) aan goede ervaringen te hebben met de medische zorg. Per chronische aandoening waren de percentages 95,8% (95% CI: 93,5% – 97,4%) voor mensen zonder chronische aandoeningen, 95,9% (95% CI: 93,7% – 97,4%) voor mensen met één chronische aandoening en 95,1% (95% CI: 92,6% – 96,8%) voor degenen met twee of meer chronische aandoeningen. Verdere stratificatie per socio-demografische factoren wordt weergegeven in figuren 21-24.

De gegevens suggereerden dat het aantal chronische aandoeningen een verwaarloosbaar effect had op de ervaren kwaliteit van de medische zorg in deze socio-demografische groepen, waarbij weinig variatie werd waargenomen. Dit zou erop kunnen wijzen dat sociaal-demografische factoren en de aanwezigheid van chronische aandoeningen over het algemeen een beperkt effect hadden op de ervaren kwaliteit van zorg. Er was echter één opvallende uitzondering: respondenten in de leeftijd van 45-54 jaar met twee of meer chronische aandoeningen rapporteerden een iets lagere kwaliteit van zorg, namelijk 88,4%, terwijl alle andere subgroepen consistent waarden van 90% of hoger rapporteerden, vaak zelfs 95%.

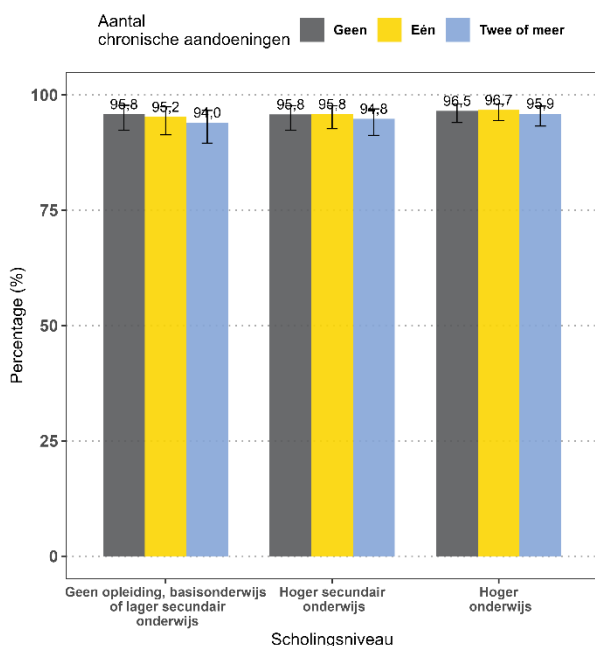
Figuur 21 • Percentage respondentent dat de medische zorg in de afgelopen 12 maanden als (zeer) goed of uitstekend beoordeelt (%) per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4442)



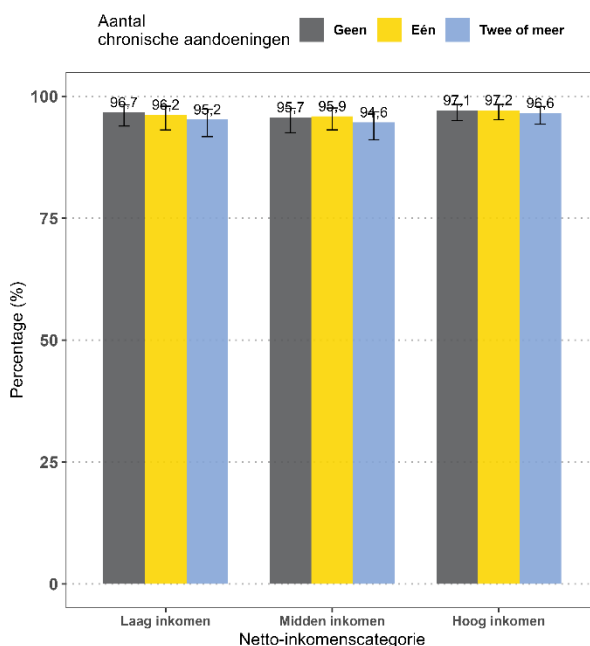
Figuur 22 • Percentage respondentent dat de medische zorg in de afgelopen 12 maanden als (zeer) goed of uitstekend beoordeelt (%) per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4442)



Figuur 23 • Percentage respondentent dat de medische zorg in de afgelopen 12 maanden als (zeer) goed of uitstekend beoordeelt (%) per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4442)



Figuur 24 • Percentage respondentent dat de medische zorg in de afgelopen 12 maanden als (zeer) goed of uitstekend beoordeelt (%) per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4442)



Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa.

1.2.2.2. Vertrouwen in het beheren van de eigen gezondheid en welzijn

Deze indicator is gebaseerd op de vraag: "Hoe zeker bent u dat u uw eigen gezondheid en welzijn kunt beheren?". Het percentage patiënten dat aangaf 'zeker' of 'zeer zeker' te zijn (in vergelijking met 'enigszins zeker' of 'helemaal niet zeker') werd berekend en weergegeven in figuren 25-28. Van alle respondenten met ten minste één chronische aandoening gaf 63,1% (95% CI: 58,0% – 68,1%) aan vertrouwen te hebben in het beheren van hun eigen gezondheid. Per chronische aandoening waren de percentages 70,7% (95% CI: 65,6% – 75,4%) voor degenen zonder chronische aandoeningen, 67,4% (95% CI: 62,3% – 72,1%) voor degenen met één aandoening en 60,0% (95% CI: 54,8% – 65,1%) voor mensen met twee of meer chronische aandoeningen. Een verdere stratificatie per socio-demografische factoren wordt hieronder weergegeven.

Wat betreft **geslacht** (Figuur 25) werden geen verschillen waargenomen tussen mannen en vrouwen, wat suggereert dat deze factor relatief onbelangrijk was bij de behandeling van chronische ziekten. Er werd echter wel een dalende trend waargenomen naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam.

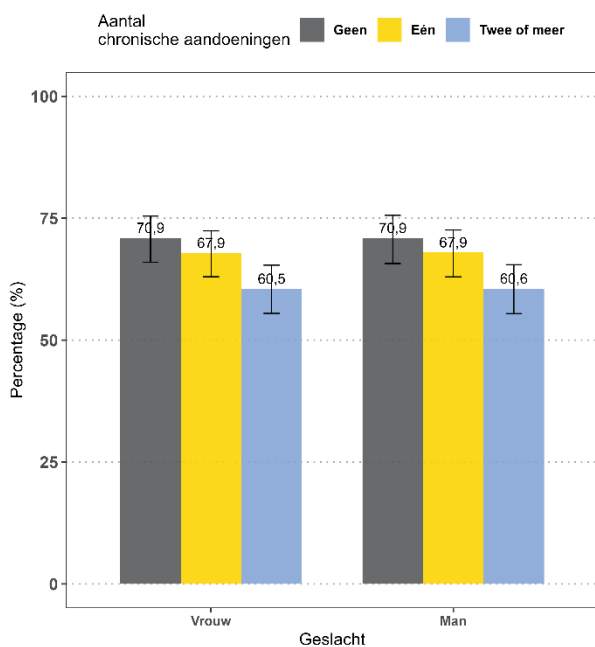
Bij het onderzoeken van de verschillende **leeftijdsgroepen** (Figuur 26) werden de laagste scores voor zelfmanagement gevonden bij de jongste (45-54) en oudste (75+) leeftijdsgroepen in alle drie de categorieën. Daarentegen vertoonden de andere leeftijdsgroepen een hoger vertrouwen in zelfmanagement in deze categorieën. Deze verschillen tussen leeftijdsgroepen waren echter niet significant. Niettemin werd een dalende trend waargenomen naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam.

Ook bij **opleidingsniveau** werd een afname van het vertrouwen waargenomen (Figuur 27). Respondenten met een hoger opleidingsniveau vertoonden over het algemeen meer vertrouwen dan respondenten met een lager opleidingsniveau. Bij personen met twee of meer chronische aandoeningen en een laag opleidingsniveau bedroeg het vertrouwen in zelfmanagement bijvoorbeeld slechts 54,5%. Dit staat in schril contrast met respondenten met een hoger secundair opleidingsniveau en twee of meer chronische aandoeningen, die met 67,5% een groter vertrouwen rapporteerden. Deze waarden waren echter niet significant.

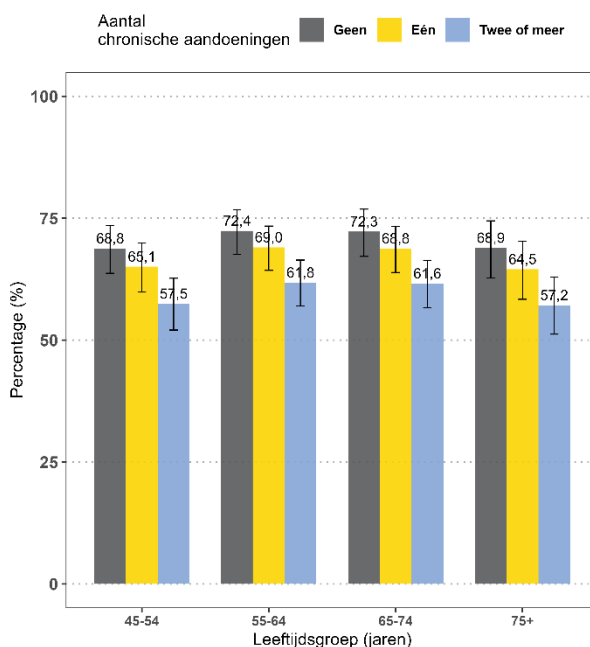
Ook bij **inkomensniveau** (Figuur 28) werd een vergelijkbaar patroon van dalend vertrouwen waargenomen. Respondenten met een hoger inkomensniveau vertoonden over het algemeen meer vertrouwen dan respondenten met een lager inkomensniveau. Dit was vooral duidelijk bij personen met twee of meer chronische aandoeningen: 68,2% van de respondenten met een hoog inkomensniveau gaf aan vertrouwen te hebben, tegenover 57,2% en 56,5% van de respondenten met respectievelijk een gemiddeld en laag inkomensniveau. Deze waarden waren echter niet significant.

Samenvattend nam het vertrouwen in zelfmanagement van de gezondheid af naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam, ongeacht demografische factoren. Hoewel uit de trends bleek dat jongere (45-54) en oudere (75+) personen, evenals personen met een lager opleidingsniveau en inkomensniveau, minder vertrouwen hadden, waren deze verschillen statistisch niet significant.

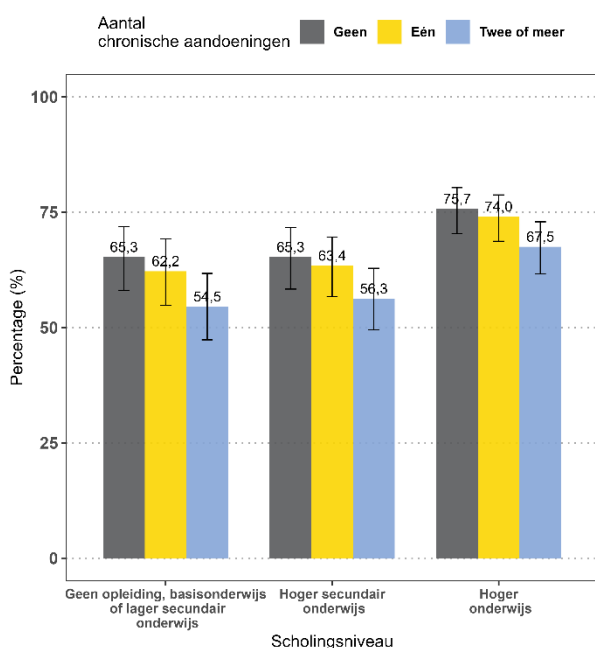
Figuur 25 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) veel vertrouwen te hebben in het beheren van hun eigen gezondheid en welzijn (%) per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4541)



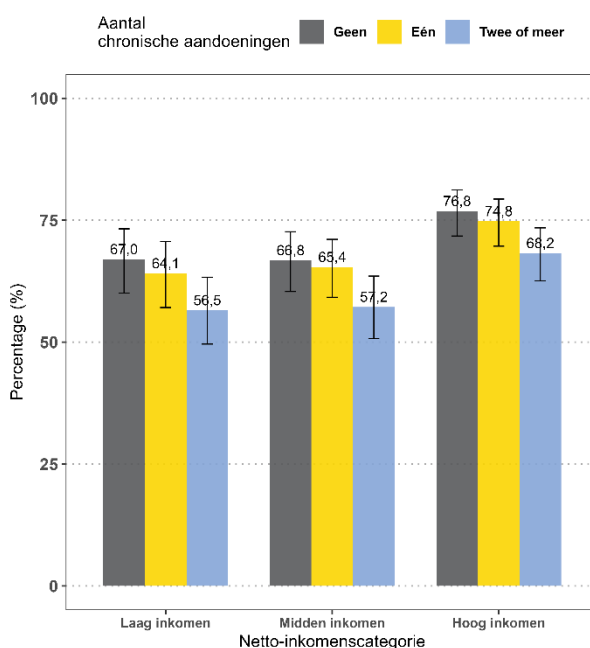
Figuur 26 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) veel vertrouwen te hebben in het beheren van hun eigen gezondheid en welzijn (%) per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4541)



Figuur 27 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) veel vertrouwen te hebben in het beheren van hun eigen gezondheid en welzijn (%) per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4541)



Figuur 28 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) veel vertrouwen te hebben in het beheren van hun eigen gezondheid en welzijn (%) per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4541)



Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa.

1.2.2.3. Vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem

Deze indicator is gebaseerd op de vraag: *“In hoeverre bent u het eens of oneens met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is?”*. Het percentage patiënten dat ‘mee eens’ of ‘zeer mee eens’ is (in vergelijking met degenen die ‘noch mee eens, noch oneens’, ‘oneens’ of ‘zeer oneens’ waren) werd berekend. Van alle respondenten met ten minste één chronische aandoening was 69,5% (95% CI: 65,5% - 73,1%) het eens of zeer eens met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is. Per chronische aandoening waren de percentages 69,7% (95% CI: 65,5% - 73,7%) voor degenen zonder chronische aandoeningen, 71,2% (95% CI: 67,3% - 74,9%) voor degenen met één aandoening en 68,1% (95% CI: 64,2% - 71,9%) voor degenen met twee of meer chronische aandoeningen. Een verdere stratificatie per socio-demografische factoren wordt hieronder weergegeven.

Wat betreft **geslacht** (Figuur 29) gaven mannen consequent aan meer vertrouwen te hebben in het gezondheidszorgsysteem dan vrouwen, ongeacht of ze chronische aandoeningen hadden of niet. Zo gaf 74,5% van de mannen zonder chronische aandoeningen aan vertrouwen te hebben in het systeem, tegenover 66,8% van de vrouwen. Dit patroon gold ook voor patiënten met één chronische aandoening (76,1% voor mannen tegenover 68,6% voor vrouwen) en voor patiënten met twee of meer chronische aandoeningen (73,0% voor mannen tegenover 64,9% voor vrouwen).

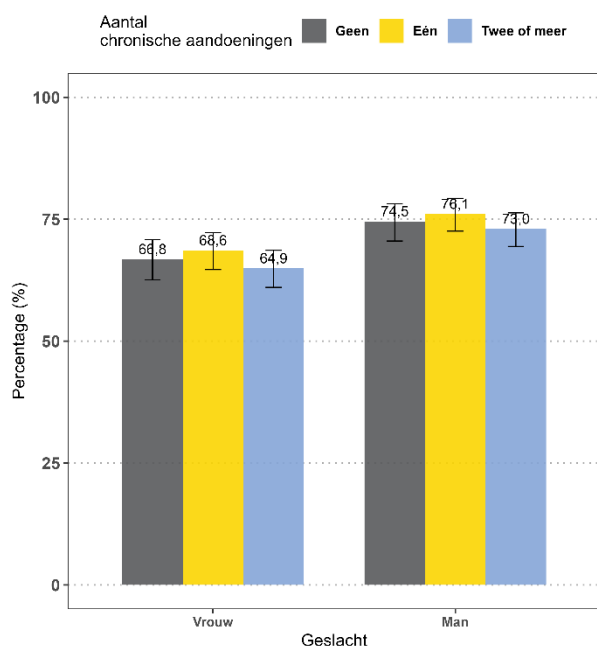
Bij stratificatie van de gegevens per **leeftijdscategorie** (Figuur 30) bleef het vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem relatief stabiel, met enkele kleine variaties tussen leeftijdsgroepen en categorieën chronische aandoeningen.

Kijkende naar **opleidingsniveau** (Figuur 31) kan gesteld worden dat het vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem enige variatie tussen de groepen met chronische aandoeningen, hoewel deze verschillen statistisch niet significant waren. Over het algemeen gaven respondenten met een hoger opleidingsniveau meer vertrouwen aan in alle groepen met chronische aandoeningen. Bijvoorbeeld, bij patiënten met twee of meer chronische aandoeningen gaf 75,7% van de personen met een hoger opleidingsniveau aan vertrouwen te hebben in het systeem, vergeleken met 65,9% van degenen met een hoger secundair opleidingsniveau en 61,5% van degenen met een laag opleidingsniveau.

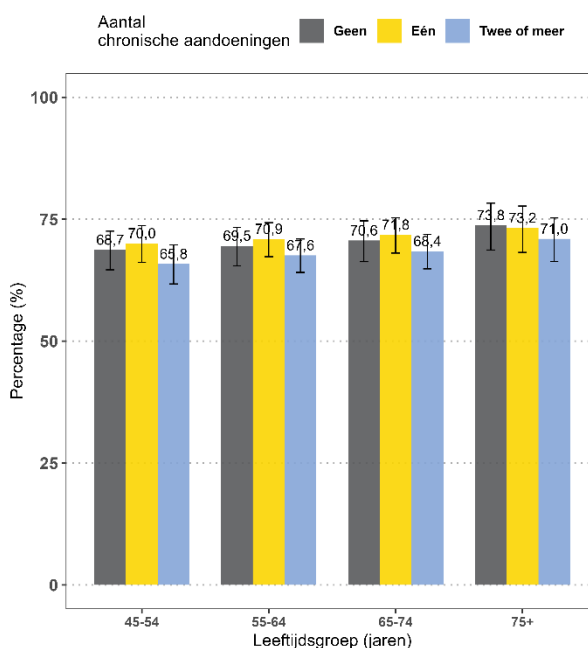
Een vergelijkbare trend werd waargenomen voor alle **inkomensniveaus** (Figuur 32). Respondenten met een hoger inkomensniveau gaven over het algemeen aan meer vertrouwen te hebben in het gezondheidszorgsysteem in alle groepen met chronische aandoeningen. Bijvoorbeeld, bij patiënten met één chronische aandoening gaf 80,2% van de personen met een hoger inkomensniveau aan vertrouwen te hebben, vergeleken met 70,9% van degenen met een gemiddeld inkomensniveau en 64,2% van degenen met een laag inkomensniveau.

Samenvattend varieerde het vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem tussen demografische groepen en het aantal chronische aandoeningen, maar deze verschillen waren klein en niet statistisch significant. Bovendien gaven mannen over het algemeen aan meer vertrouwen te hebben dan vrouwen, en waren een hoger opleidingsniveau en inkomensniveau geassocieerd met meer vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem.

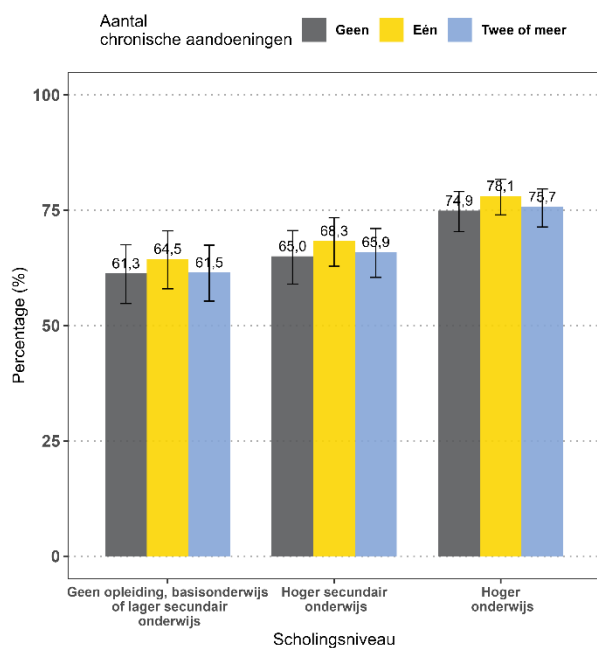
Figuur 29 • Percentage dat het eens of zeer eens is met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is (%) per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4478)



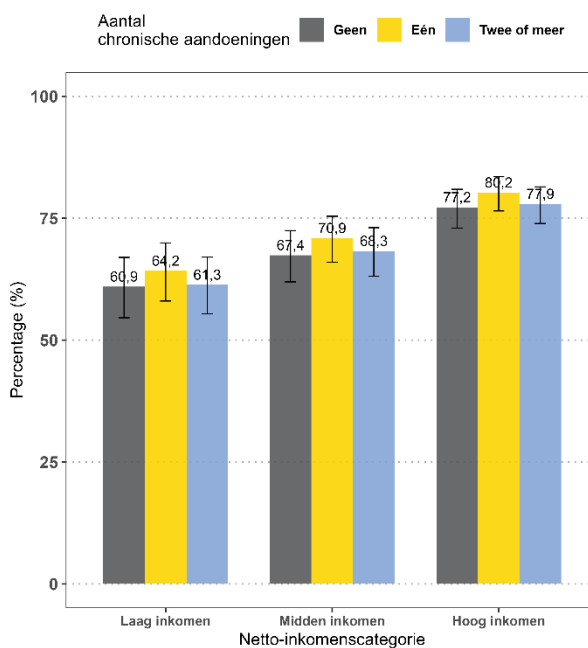
Figuur 30 • Percentage dat het eens of zeer eens is met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is (%) per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4478)



Figuur 31 • Percentage dat het eens of zeer eens is met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is (%) per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4478)



Figuur 32 • Percentage dat het eens of zeer eens is met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is (%) per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4478)



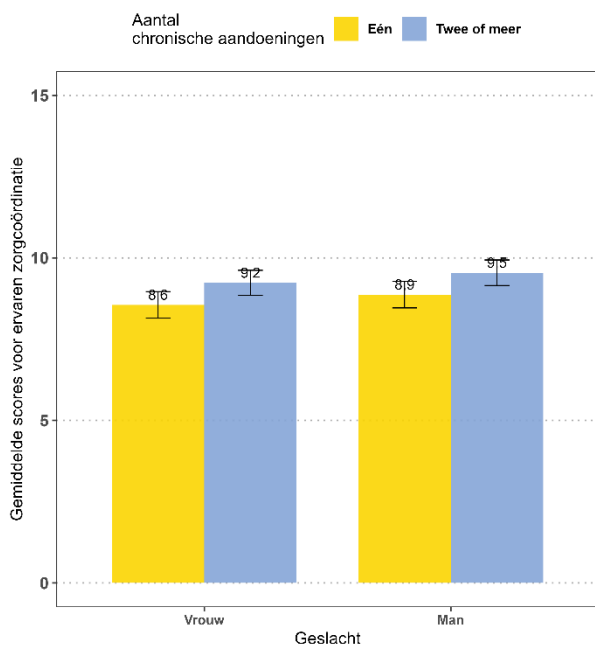
Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa.

1.2.2.4. Ervaren zorgcoördinatie

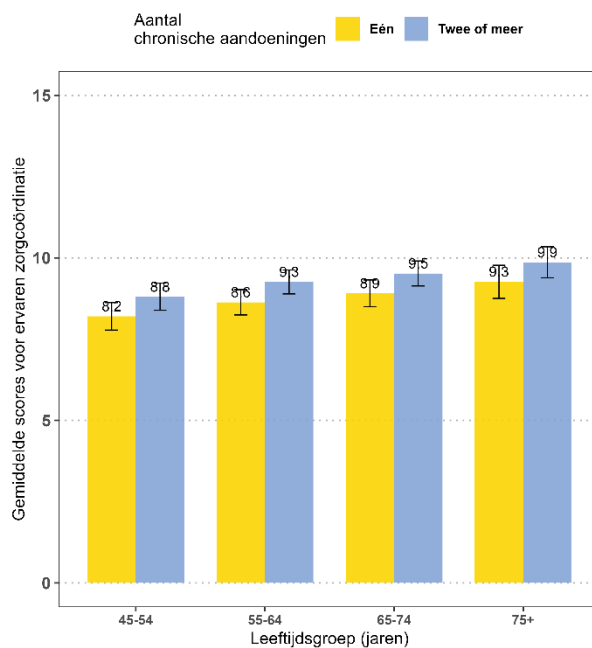
De zorgcoördinatieschaal (bestaande uit vijf vragen), zoals eerder beschreven in de methodologie, loopt van 0 tot 15. Hogere scores duiden op een betere ervaren zorgcoördinatie. Een score van 7,5 of hoger vertegenwoordigt een gemiddeld antwoord van 50% of meer op de vijf vragen in de schaal, terwijl een score van 10 of hoger overeenkomt met een gemiddeld antwoord van 66,6% of meer. Er werden geen gegevens gevraagd voor personen zonder chronische aandoeningen. Onder de respondenten met ten minste één chronische aandoening was de gemiddelde score 9,1 (95% CI: 8,7 - 9,5) en ongeveer twee derde (67,7%) rapporteerde een score hoger dan 7,5. Uit de PaRIS eerstelijnszorg vragenlijst (PaRIS-PCPQ) bleek echter dat slechts 47,5% van de praktijken zich goed voorbereid voelde om de zorg effectief te coördineren. Per aantal chronische aandoeningen was de gemiddelde score 8,7 (95% CI: 8,3 - 9,1) voor personen met één chronische aandoening en 9,4 (95% CI: 9,0 - 9,8) voor personen met twee of meer chronische aandoeningen. Verdere stratificatie per belangrijke sociaal-demografische factor wordt weergegeven in de figuren 33-36.

De gegevens suggereren dat personen met meer chronische aandoeningen de zorgcoördinatie iets beter beoordelen. Socio-demografische factoren hadden echter een minimale invloed op de scores voor zorgcoördinatie, met uitzondering van leeftijd. Er werd een kleine maar consistente toename in zorgcoördinatie waargenomen naarmate de leeftijd toenam.

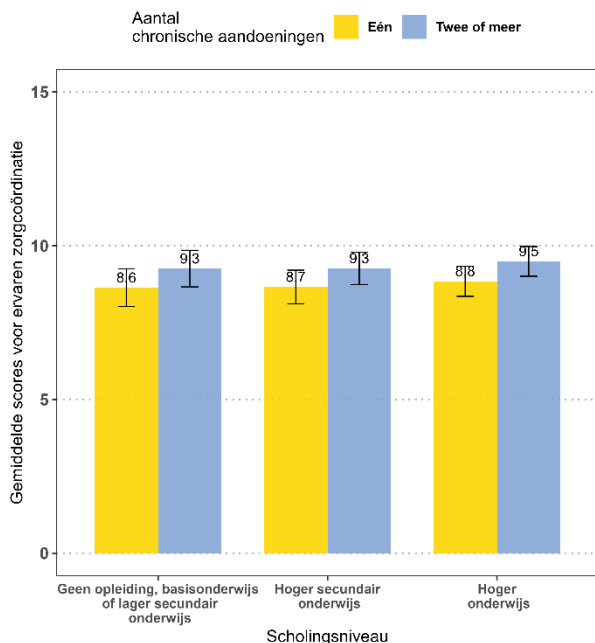
Figuur 33 • Gemiddelde scores voor ervaren zorgcoördinatie per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 2496)



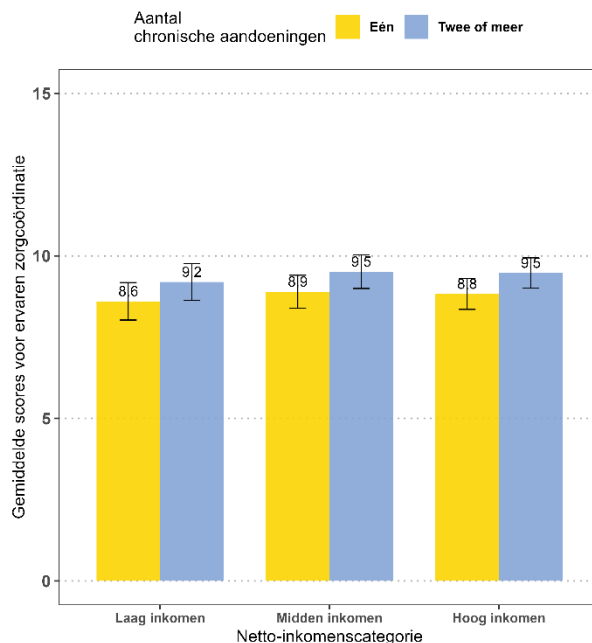
Figuur 34 • Gemiddelde scores voor ervaren zorgcoördinatie per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 2496)



Figuur 35 • Gemiddelde scores voor ervaren zorgcoördinatie per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 2496)



Figuur 36 • Gemiddelde scores voor ervaren zorgcoördinatie per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 2496)



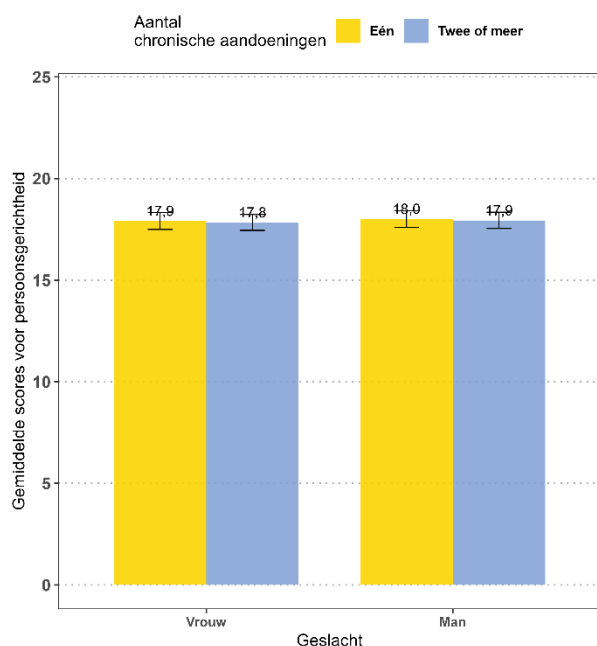
Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa.

1.2.2.5. Persoonsgerichte zorg

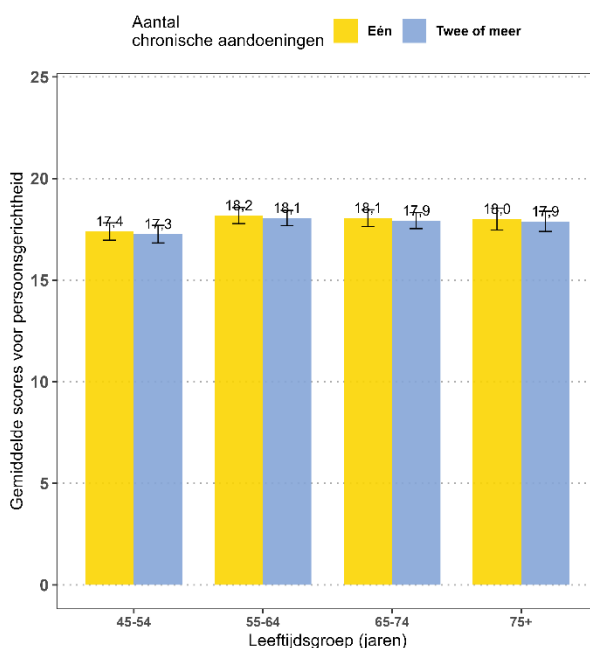
De indicator persoonsgerichte zorg (bestaande uit acht vragen), zoals eerder beschreven in [de methodologie](#) varieert van 0 tot 24. Een hogere score duidt op een betere persoonsgerichtheid, d.w.z. mensen die de zorg als zeer persoonsgericht ervaren. Een score van 12, wat neerkomt op een gemiddelde respons van ten minste 50% over de acht vragen, en een score van 16, wat neerkomt op een gemiddelde van 66,6%. Er werden geen gegevens gevraagd voor personen zonder chronische aandoeningen. Onder de respondenten met ten minste één chronische aandoening was de gemiddelde score 17,9 (95% CI: 17,5 - 18,3), waarbij meer dan negen op de tien (92,7%) een score hoger dan 12 rapporteerden. Per aantal chronische aandoeningen was de gemiddelde score 17,9 (95% CI: 17,5 - 18,3) voor personen met één chronische aandoening en 17,8 (95% CI: 17,4 - 18,3) voor personen met twee of meer chronische aandoeningen. Verdere stratificatie per socio-demografische factoren wordt weergegeven in figuren 37-40.

Deze gegevens suggereren dat het aantal chronische aandoeningen weinig invloed had op de perceptie van persoonsgerichte zorg binnen socio-demografische groepen. De scores bleven consistent rond de 18, boven de drempel van 16, wat aangeeft dat de meeste respondenten (zeer) veel vertrouwen hebben in het persoonsgerichte karakter van hun zorg. De minimale variatie gaf aan dat socio-demografische factoren en chronische aandoeningen weinig invloed hebben op hoe mensen de persoonsgerichtheid van hun zorg ervaren.

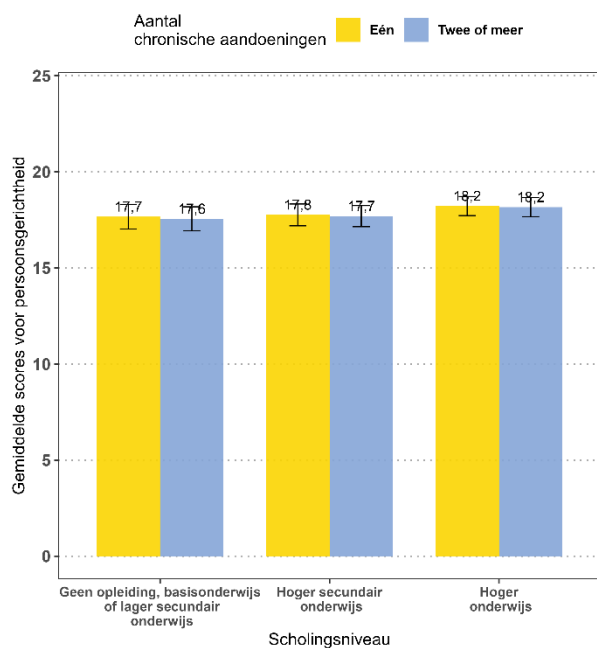
Figuur 37 • Gemiddelde scores voor persoonsgerichtheid van de zorg per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 2647)



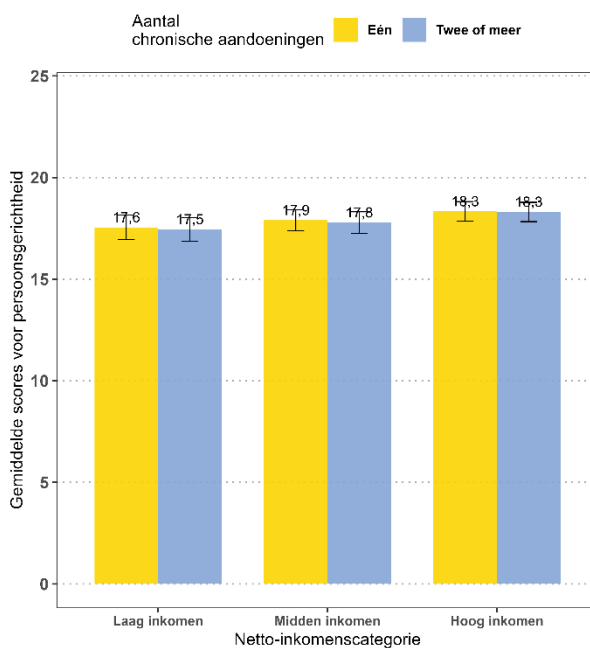
Figuur 38 • Gemiddelde scores voor persoonsgerichtheid van de zorg per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 2647)



Figuur 39 • Gemiddelde scores voor persoonsgerichtheid van de zorg per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 2647)



Figuur 40 • Gemiddelde scores voor persoonsgerichtheid van de zorg per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 2647)



Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa.

1.3. HEATMAPS PARIS10-INDICATOREN

Drie heatmaps worden hieronder gepresenteerd, met name Tabel 5, Tabel 6 en Tabel 7.

De eerste heatmap (Tabel 5) toont de PaRIS 10-indicatoren gestratificeerd per chronische aandoening. Enkele belangrijke bevindingen worden hieronder weergegeven:

- Wat betreft de **patient-reported outcome measures (PROMs)** rapporteerde de baseline groep, bestaande uit patiënten zonder chronische aandoeningen, zoals verwacht, de hoogste waarden voor alle PROMs en diende daarmee als referentiegroep. Patiënten die aangaven hoge bloeddruk te hebben, scoorden consistent het hoogst op alle indicatoren, wat suggereert dat deze aandoening mogelijk een lagere waargenomen impact heeft op de algemene gezondheid en het functioneren in vergelijking met andere chronische aandoeningen. Daarentegen rapporteerden patiënten met de ziekte van Alzheimer of andere oorzaken van dementie – hoewel zij een relatief kleine subgroep van deelnemers vertegenwoordigden – consequent de laagste scores voor alle indicatoren, wat de aanzienlijke impact van deze aandoening op de algemene gezondheid, het welzijn, de lichamelijke gezondheid, de mentale gezondheid en het sociaal functioneren weerspiegelt.
Wat betreft welzijn en mentale gezondheid waren de scores voor mentale gezondheid opvallend laag bij patiënten met depressie of angst, maar ook bij patiënten met de ziekte van Alzheimer of een andere oorzaak van dementie, of neurologische aandoeningen. De scores voor welzijn volgden een vergelijkbaar patroon, met de laagste percentages patiënten die positieve drempels bereikten bij aandoeningen zoals de ziekte van Alzheimer of een andere oorzaak van dementie, en depressie.
- Wat betreft de **patient-reported experience measures (PREMs)** rapporteerden patiënten met hoge bloeddruk consequent positieve ervaringen, hoewel ze niet altijd de hoogste scores behaalden. Patiënten met kanker (diagnose of behandeling in de afgelopen 5 jaar) hadden een positief beeld van de kwaliteit van de medische zorg in de afgelopen 12 maanden (97%) en het hoogste vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem (75%). Dit zou kunnen wijzen op goed georganiseerde zorg voor kankerpatiënten. Wat betreft patiënten die lijden aan de ziekte van Alzheimer of andere vormen van dementie, scoorden deze patiënten weliswaar relatief goed op het gebied van zorgcoördinatie (10,9 op 15), maar vertoonden ze het laagste vertrouwen in zelfmanagement (30%).

De tweede en derde heatmap (Tabel 6 en Tabel 7) tonen de PaRIS 10 PROMs en PREMs tegenover elkaar en vice versa. Enkele belangrijke bevindingen worden hieronder weergegeven:

- Positieve PROMs, zoals betere algemene gezondheid (beoordeeld als goed, zeer goed of uitstekend), welzijn (≥ 50) en mentale gezondheid (≥ 40), kwamen consistent overeen met verbeterde PREMs, waaronder vertrouwen in zelfmanagement (beoordeeld als zelfverzekerd of zeer zelfverzekerd) en persoonsgerichte zorg (≥ 12), en vice versa.
- Verbeteringen in PROMs hielden verband met een aanzienlijke toename van het vertrouwen in zelfmanagement (38%-52%) en het vertrouwen in gezondheidszorgsystemen (22%-34%), wat wijst op hun gevoeligheid voor de gezondheidsresultaten van patiënten. Percentages en scores (indien beschikbaar) werden vergeleken.
- De percentages voor de ervaren kwaliteit van de medische zorg in de afgelopen 12 maanden en persoonsgerichte zorg bleven hoog, ongeacht de PROM-groeperingen.
- Algemene gezondheid, welzijn en lichamelijke gezondheid hielden nauw verband met de PREMs. Verbeteringen in PREMs, met name in de kwaliteit van de zorg en persoonsgerichte zorg, leidden tot een aanzienlijke toename van algemene gezondheid, welzijn en lichamelijke gezondheid. Percentages en scores (indien beschikbaar) werden vergeleken.

Tabel 5 • PaRIS10-indicatoren per chronische aandoening, PaRIS Enquête, België

| Chronische aandoening | Patient-reported outcome measures (PROMs) | | | | | Patient-reported experience measures (PREMs) | | | | |
|--|---|----------------|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|----------------------------------|--|---------------------------|-----------------------------|
| | Algemene gezondheid (%) | Welzijn (/100) | Lichamelijke gezondheid (16,2-67,7) | Mentale gezondheid (21,2-67,6) | Sociaal functioneren (%) | Ervaren kwaliteit van zorg (%) | Vertrouwen in zelfmanagement (%) | Vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem (%) | Ervaren coördinatie (/15) | Persoonsgerichte zorg (/24) |
| Positieve uitkomsten | Goed, zeer goed, uitstekend | ≥ 50 | ≥ 42 | ≥ 40 | Goed, zeer goed, uitstekend | Goed, zeer goed, uitstekend | Zeker, heel zeker | Mee eens, helemaal mee eens | ≥ 7,5 | ≥ 12 |
| Hoge bloeddruk (n = 1713) | 74% | 61 (75%) | 45 (72%) | 47 (85%) | 89% | 97% | 65% | 72% | 9,4 (70%) | 18,0 (93%) |
| Hart- of vaatziekte (n = 722) | 63% | 60 (72%) | 43 (61%) | 46 (84%) | 85% | 95% | 60% | 69% | 9,4 (70%) | 17,9 (93%) |
| Diabetes (type 1 of 2) (n = 522) | 62% | 58 (68%) | 43 (60%) | 46 (83%) | 82% | 95% | 64% | 69% | 10,1 (78%) | 18,1 (94%) |
| Artritis of rug-/gewrichtsprobleem (n = 1423) | 63% | 56 (66%) | 42 (57%) | 45 (79%) | 83% | 95% | 59% | 65% | 8,8 (64%) | 17,4 (91%) |
| Ademhalingsaandoening (bijv. astma of COPD) (n = 517) | 59% | 55 (62%) | 42 (53%) | 45 (77%) | 82% | 94% | 57% | 68% | 9,3 (68%) | 17,6 (91%) |
| Ziekte van Alzheimer of andere dementie (n = 53)** | 35% | 39 (18%) | 37 (24%) | 36 (24%) | 46% | 90% | 30% | 61% | 10,9 (93%) | 16,4 (90%) |
| Chronische depressie, angststoornis, psychische aandoening (n = 418) | 59% | 43 (37%) | 42 (53%) | 40 (50%) | 71% | 95% | 53% | 63% | 8,8 (67%) | 17,3 (91%) |
| Neurologische aandoening (bijv. epilepsie of migraine) (n = 262) | 50% | 49 (54%) | 41 (49%) | 42 (66%) | 72% | 94% | 54% | 64% | 8,9 (66%) | 17,2 (90%) |
| Chronische nieraandoening (n = 125) | 46% | 55 (57%) | 41 (46%) | 45 (74%) | 74% | 95% | 63% | 59% | 9,5 (72%) | 17,6 (88%) |
| Chronische leveraandoening (n = 55)** | 58% | 52 (51%) | 42 (51%) | 41 (62%) | 80% | 96% | 61% | 58% | 9,1 (64%) | 17,3 (91%) |
| Kanker (diagnose of behandeling in afgelopen 5 jaar) (n = 323) | 59% | 59 (71%) | 44 (63%) | 46 (84%) | 86% | 97% | 58% | 75% | 9,7 (74%) | 18,1 (95%) |
| Andere langdurige aandoening(en) (n = 853)* | 61% | 55 (63%) | 43 (61%) | 45 (77%) | 82% | 95% | 61% | 67% | 9,1 (68%) | 17,7 (92%) |
| Geen chronische aandoening (referentie) (n = 958) | 96% | 67 (85%) | 51 (93%) | 49 (94%) | 95% | 96% | 70% | 70% | Niet gevraagd | Niet gevraagd |

Zie Tabel 4 voor meer uitleg over de PaRIS10-indicatoren.

Voor alle indicatoren geldt dat de percentages het aandeel personen weergeven dat een positieve uitkomst of ervaring rapporteert. Daarnaast wordt voor vijf indicatoren de gemiddelde score op een schaal weergegeven.

Alle resultaten zijn gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht. Ontbrekende gegevens zijn weggelaten.

De kleuren zijn relatief per kolom.

Hogere scores duiden consequent op betere uitkomsten.

*De meest voorkomende "Overige langdurige aandoening(en)" waren: hoog cholesterol, thyroiditis, fibromyalgie, prostaatproblemen, burn-out, prikkelbare darm syndroom (PDS), overige maag-darmproblemen, allergieën, jicht, osteoporose, enzovoort.

** Slechts een klein aantal patiënten in onze gegevens had de ziekte van Alzheimer of andere oorzaken van dementie, of een chronische leverziekte.

RESULTATEN

Tabel 6 • PaRIS10 PREMs gedichotomiseerd per PaRIS10 PROMs, PaRIS Enquête, België

| Patient-reported outcome measures (PROMs) | Groep | Ervaren kwaliteit van zorg (%) | Vertrouwen in zelfmanagement (%) | Vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem (%) | Ervaren coördinatie (/15) | Persoonsgerichte zorg (/24) |
|--|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--|---------------------------|-----------------------------|
| Positieve uitkomsten | / | Goed, zeer goed, uitstekend | Zeker, heel zeker | Mee eens, helemaal mee eens | ≥ 7,5 | ≥ 12 |
| Algemene gezondheid (%) (n = 1066) | Redelijk, Slecht | 91% | 50% | 59% | 8,7 (63%) | 16,8 (88%) |
| Algemene gezondheid (%) (n = 3594) | Goed, zeer goed, uitstekend | 96% | 69% | 72% | 9,2 (70%) | 18,3 (95%) |
| Welzijn (/100) (n = 3426) | < 50 | 91% | 47% | 57% | 8,5 (61%) | 16,5 (87%) |
| Welzijn (/100) (n = 1154) | ≥ 50 | 97% | 71% | 73% | 9,3 (70%) | 18,4 (95%) |
| Lichamelijke gezondheid (16,2-67,7) (n = 3444) | < 42 | 91% | 47% | 59% | 8,7 (62%) | 16,5 (87%) |
| Lichamelijke gezondheid (16,2-67,7) (n = 1160) | ≥ 42 | 97% | 71% | 73% | 9,2 (70%) | 18,4 (95%) |
| Mentale gezondheid (21,2-67,6) (n = 3345) | < 40 | 92% | 48% | 53% | 8,2 (56%) | 16,0 (84%) |
| Mentale gezondheid (21,2-67,6) (n = 576) | ≥ 40 | 97% | 70% | 71% | 9,3 (70%) | 18,2 (94%) |
| Sociaal functioneren (%) (n = 585) | Redelijk, Slecht | 89% | 44% | 56% | 8,2 (59%) | 16,0 (85%) |
| Sociaal functioneren (%) (n = 4049) | Goed, zeer goed, uitstekend | 96% | 67% | 71% | 9,2 (69%) | 18,2 (94%) |

Zie Tabel 4 voor meer uitleg over de PaRIS10-indicatoren.

Voor alle indicatoren geldt dat de percentages het aandeel personen weergeven dat een positieve uitkomst of ervaring rapporteert. Daarnaast wordt voor vijf indicatoren de gemiddelde score op een schaal weergegeven.

Alle resultaten zijn gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht. Ontbrekende gegevens zijn weggelaten.

De kleuren zijn relatief per kolom.

Hogere scores duiden consequent op betere uitkomsten.

Tabel 7 • PaRIS10 PROMs gedichotomiseerd per PaRIS10 PREMs, PaRIS Enquête, België

| Patient-reported experience measures (PREMs) | Groep | Algemene gezondheid (%) | Welzijn (/100) | Lichamelijke gezondheid (16,2-67,7) | Mentale gezondheid (21,2-67,6) | Sociaal functioneren (%) |
|---|--|-----------------------------|----------------|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Positieve uitkomsten | / | Goed, zeer goed, uitstekend | ≥ 50 | ≥ 42 | ≥ 40 | Goed, zeer goed, uitstekend |
| Ervaren kwaliteit van zorg (%) (n = 220) | Redelijk, Slecht, niet zeker | 58% | 50 (50%) | 41 (51%) | 43 (70%) | 73% |
| Ervaren kwaliteit van zorg (%) (n = 4222) | Goed, zeer goed, uitstekend | 78% | 62 (76%) | 46 (76%) | 47 (86%) | 89% |
| Vertrouwen in zelfmanagement (%) (n = 1537) | Enigszins zeker, helemaal niet zeker | 68% | 54 (61%) | 43 (61%) | 44 (77%) | 81% |
| Vertrouwen in zelfmanagement (%) (n = 3004) | Zeker, heel zeker | 82% | 66 (82%) | 48 (82%) | 48 (89%) | 92% |
| Vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem (%) (n = 3095) | Niet mee eens of oneens, oneens, heel erg oneens | 70% | 56 (65%) | 44 (67%) | 45 (78%) | 83% |
| Vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem (%) (n = 3095) | Mee eens, helemaal mee eens | 81% | 64 (79%) | 47 (79%) | 48 (89%) | 90% |
| Ervaren zorgcoördinatie (/15) | < 7,5 | 67% | 57 (68%) | 44 (65%) | 45 (77%) | 81% |
| Ervaren zorgcoördinatie (/15) | ≥ 7,5 | 73% | 62 (76%) | 45 (73%) | 47 (85%) | 87% |
| Persoonsgerichte zorg (/24) (n = 195) | < 12 | 55% | 50 (54%) | 41 (49%) | 42 (64%) | 71% |
| Persoonsgerichte zorg (/24) (n = 2452) | ≥ 12 | 74% | 62 (76%) | 46 (74%) | 47 (85%) | 87% |

Zie Tabel 4 voor meer uitleg over de PaRIS10-indicatoren.

Voor alle indicatoren geldt dat de percentages het aandeel personen weergeven dat een positieve uitkomst of ervaring rapporteert. Daarnaast wordt voor vijf indicatoren de gemiddelde score op een schaal weergegeven.

Alle resultaten zijn gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht. Ontbrekende gegevens zijn weggelaten.

De kleuren zijn relatief per kolom.

Hogere scores duiden consequent op betere uitkomsten.

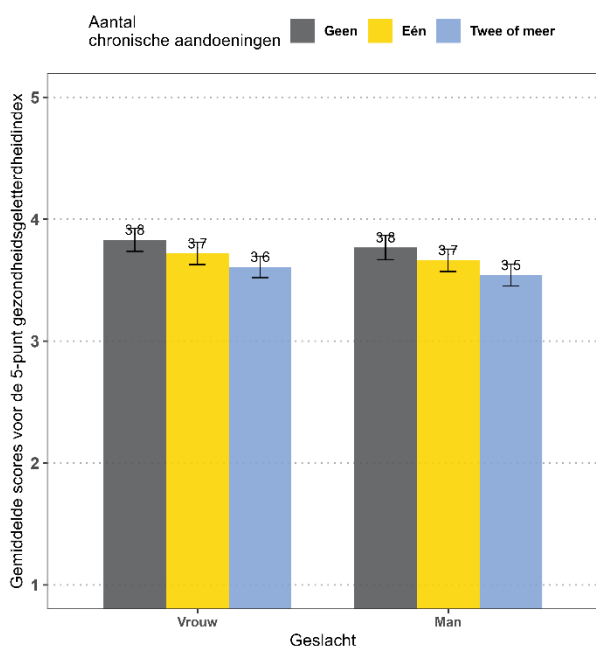
1.4. (DIGITALE) GEZONDHEIDSGELETERDHEID

Het concept **gezondheidsgeletterdheid** wordt beoordeeld door twee vragen uit de 10-item Porter Novelli-schaal te combineren, met behulp van PaRIS-gegevens.²³ Meer informatie is te vinden in [de methodologie](#).

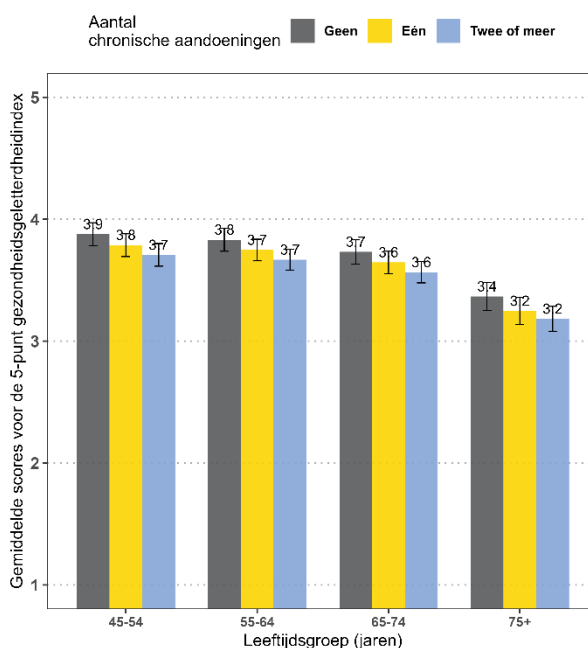
Een hogere score duidt op een betere gezondheidsgeletterdheid, variërend van 1 tot 5. Stratificatie per socio-demografische factoren wordt weergegeven in Figures 41-44. Resultaten werden als statistisch significant beschouwd wanneer de 95%-betrouwbaarheidsintervallen elkaar niet overlappen.

Gezondheidsgeletterdheid was lager bij oudere patiënten (75+), met name bij patiënten met twee of meer chronische aandoeningen. Er werd een duidelijke socio-economische gradiënt waargenomen, met lagere scores bij personen met een lager opleidingsniveau en inkomensniveau. Patiënten met een hoger opleidingsniveau en inkomensniveau hadden de hoogste gezondheidsgeletterdheid, ongeacht hun chronische aandoeningen. Hoewel de gezondheidsgeletterdheid licht afnam naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam, was dit effect minder uitgesproken dan de verschillen per opleidingsniveau en inkomensniveau. De verschillen per geslacht waren minimaal, met vergelijkbare scores voor mannen en vrouwen in alle groepen met chronische aandoeningen.

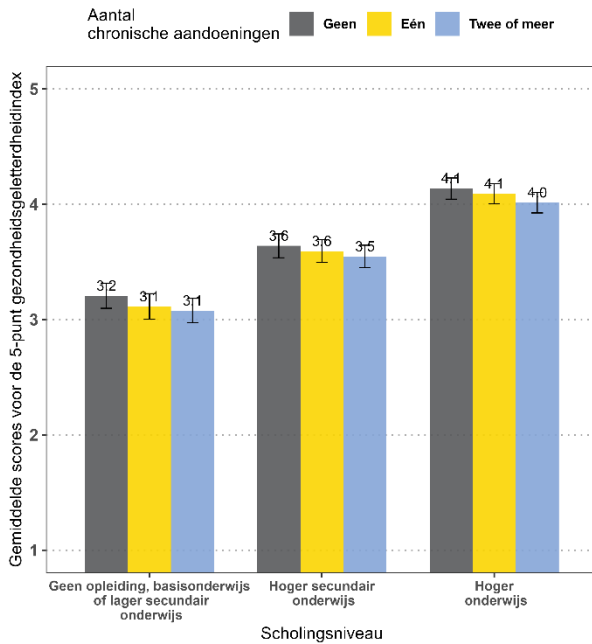
Figuur 41 • Gemiddelde score voor de 5-punt gezondheidsgeletterdheidsindex per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4555)



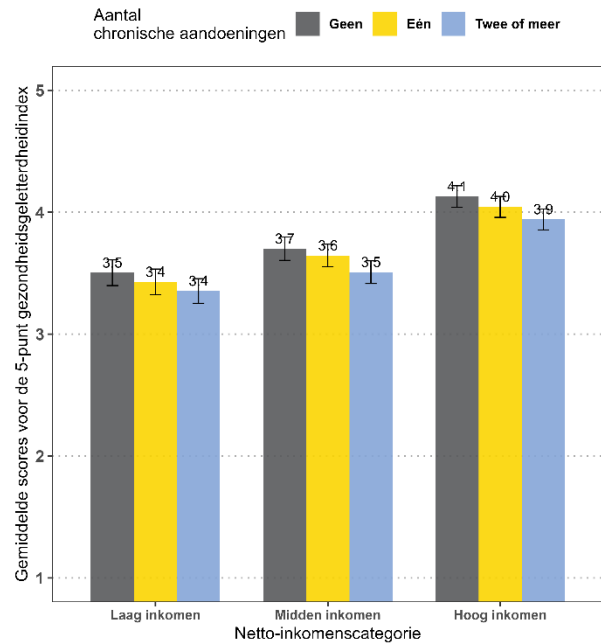
Figuur 42 • Gemiddelde score voor de 5-punt gezondheidsgeletterdheidsindex per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4555)



Figuur 43 • Gemiddelde score voor de 5-punt gezondheidsgeletterdheidsindex per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4555)



Figuur 44 • Gemiddelde score voor de 5-punt gezondheidsgeletterdheidsindex per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4555)



Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa.

Met de toenemende digitalisering van de gezondheidszorg wordt **digitale gezondheidsgeletterdheid** een essentieel aandachtsgedebied op zich. Terwijl gezondheidsgeletterdheid het vermogen omvatt om gezondheidsinformatie te begrijpen en effectief te gebruiken, heeft digitale gezondheidsgeletterdheid specifiek betrekking op het navigeren door en het gebruik van online gezondheidsbronnen.

Een belangrijke vraag in dit verband is hoe zeker patiënten zich voelen bij het raadplegen en interpreteren van gezondheidsinformatie op internet (*“Hoe zeker bent u in het gebruik van informatie van internet om beslissingen over uw gezondheid te nemen?”*). Dit blijft een belangrijk punt van zorg, aangezien slechts 8% van de patiënten met chronische aandoeningen aangaf zich zeker te voelen bij het gebruik van online gezondheidsinformatie. Bij stratificatie naar socio-demografische factoren werden significante verschillen waargenomen voor leeftijd en geslacht. Het vertrouwen was het hoogst onder patiënten van 45-54 jaar, met 13,0%, maar nam gestaag af met de leeftijd: 9,4% voor 55-64-jarigen, 6,2% voor 65-74-jarigen en slechts 4,0% voor 75-plussers. Er werden ook significante verschillen tussen mannen en vrouwen waargenomen: 9,2% van de mannen gaf aan vertrouwen te hebben in het gebruik van digitale gezondheidsinformatie, tegenover 7,6% van de vrouwen.

1.5. DIGITALE HULPMIDDELEN

Het gebruik van digitale hulpmiddelen in de eerstelijnszorg neemt snel toe. In een recent onderzoek is gekeken naar de beschikbaarheid en het gebruik van online diensten die door eerstelijnszorgcentra worden aangeboden, zoals websites, smartphone-apps en videoconsulten. Deze hulpmiddelen zijn bedoeld om de toegang van patiënten tot gezondheidszorg te verbeteren, maar de effectiviteit ervan hangt af van het vermogen van patiënten om ze zelfverzekerd en effectief te gebruiken.

Van de deelnemende huisartsenpraktijken gaf 89,5% aan telefonische consulten aan te bieden, 80,7% bood videoconsulten aan en 75,4% maakte gebruik van andere mogelijkheden op afstand, zoals e-mail, sms of beveiligde berichten via patiëntenplatforms.

58,3% van de patiënten was het ermee eens dat de website van hun eerstelijnszorgpraktijk gebruiksvriendelijk is. Patiënten met een lager opleidingsniveau vonden de website echter minder gebruiksvriendelijk dan patiënten met een hoger opleidingsniveau, wat een verschil in perceptie van 20,9% opleverde.

In vergelijking met persoonlijke bezoeken scoorden telefonische consulten aanzienlijk lager op de waargenomen kwaliteit van de zorg en persoonsgerichtheid. Vanwege het beperkte aantal videoconsulten (slechts vier keer gerapporteerd) konden hierover geen definitieve conclusies worden getrokken. Huisbezoeken werden geassocieerd met aanzienlijk lagere scores op het gebied van algemene gezondheid, mentaal welzijn, vertrouwen in zelfmanagement en persoonsgerichte zorg. Andere vormen van zorg op afstand scoorden ook aanzienlijk lager op het gebied van algemene gezondheid. Deze resultaten worden gepresenteerd in Tabel 8.

Tabel 8 • PaRIS10-indicatoren per type zorg ontvangen tijdens hun laatste consult, PaRIS-enquête, België

| Type zorg | Algemene gezondheid (%) | Welzijn (/100) | Lichamelijke gezondheid (16,2-67,7) | Mentale gezondheid (21,2-67,6) | Sociaal functioneren (%) | Ervaren kwaliteit van zorg (%) | Vertrouwen in zelfmanagement (%) | Vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem (%) | Ervaren coördinatie (/15) | Persoonsgerichte zorg (/24) |
|-------------------------------------|-----------------------------|----------------|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--|---------------------------|-----------------------------|
| Positieve uitkomsten | Goed, zeer goed, uitstekend | ≥ 50 | ≥ 42 | ≥ 40 | Goed, zeer goed, uitstekend | Goed, zeer goed, uitstekend | Zeker, heel zeker | Mee eens, helemaal mee eens | ≥ 7,5 | ≥ 12 |
| Persoonlijke consultatie (n = 4227) | 78,6 | 62,0 | 46,4 | 47,1 | 89,1 | 96,0 | 65,2 | 69,8 | 9,2 | 18,0 |
| Telefonische consultatie (n = 62) | 68,0 | 57,1 | 44,0 | 45,7 | 84,4 | 86,0 | 63,5 | 59,4 | 8,2 | 16,0 |
| Videoconsultatie (n = 4) | 100,0 | 69,2 | 52,5 | 52,1 | 100,0 | 100,0 | 67,4 | 51,0 | 7,5 | 17,3 |
| Huisbezoek (n = 120) | 52,9 | 51,7 | 39,4 | 43,0 | 54,2 | 92,8 | 49,2 | 68,9 | 9,6 | 16,5 |
| Anders (n = 61) | 50,3 | 56,7 | 42,3 | 45,6 | 76,0 | 93,9 | 59,7 | 61,7 | 8,4 | 17,1 |

Zie Tabel 4 voor meer uitleg over de PaRIS10-indicatoren.

Alle resultaten zijn gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht. Ontbrekende gegevens zijn weggelaten.

GROEN betekent dat de betrouwbaarheidsintervallen elkaar niet overlappen en dat de waarde significant verschilt ($p < 0,05$) van 'Persoonlijke consultatie'.

1.6. ZORGPLANNEN

Een zorgplan wordt in de PaRIS-patiëntenvragenlijst (PaRIS-PQ) gedefinieerd als: *“Een schriftelijke overeenkomst tussen een persoon en zijn of haar zorgverlener waarin wordt beschreven welk type zorg gedurende een langere periode zal worden verleend, hoe de zorg zal worden verleend en wat de verantwoordelijkheden van de persoon zijn bij het beheren van zijn of haar zorg”*.

Respondenten met minstens één chronische aandoening werd gevraagd: *“Heeft u een zorgplan dat rekening houdt met al uw behoeften op het gebied van gezondheid en welzijn?”*. De antwoordmogelijkheden waren ‘Ja’, ‘Nee’ of ‘Ik weet het niet’. Voor de onderstaande analyse zijn de antwoorden gedichotomiseerd, waarbij ‘Nee’ en ‘Ik weet het niet’ zijn samengevoegd tot één categorie. In onze gegevens gaf **28,0% van de respondenten met ten minste één chronische aandoening aan een zorgplan te hebben**. Alle onderstaande scores zijn gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht. De resultaten werden als statistisch significant beschouwd wanneer de 95%-betrouwbaarheidsintervallen elkaar niet overlaptten.

Wat betreft **algemene gezondheid**, beoordeelde 74,9% (95% CI: 70,9%-78,5%) van de patiënten zonder zorgplan hun gezondheid als goed, zeer goed of uitstekend, vergeleken met 65,6% (95% CI: 60,3%-70,7%) van de patiënten met een zorgplan. Wat **lichamelijke gezondheid** betreft, rapporteerden patiënten zonder zorgplan een hogere gemiddelde score van 45,7 (95% CI: 44,9-46,5) in vergelijking met 43,3 (95% CI: 42,3-44,2) bij patiënten met een zorgplan.

Het **sociaal functioneren** was vergelijkbaar tussen de groepen: 86,4% (95% CI: 83,1%-89,3%) van de patiënten zonder zorgplan gaf aan in staat te zijn om normale sociale activiteiten en rollen effectief uit te voeren, vergelijkbaar met de 85,3% (95% CI: 81,0%-88,7%) die werd waargenomen bij patiënten met een zorgplan. De scores voor **mentale gezondheid** waren ook nauw op elkaar afgestemd, met een gemiddelde van 46,4 (95% CI: 45,7-47,1) voor patiënten zonder zorgplan en 46,0 (95% CI: 45,2-46,9) voor patiënten met een zorgplan. Evenzo was het **welzijn**, gemeten volgens de WHO-5-indicator, vergelijkbaar tussen de groepen, met een gemiddelde score van 60,0 (95% CI: 57,8-62,2) voor patiënten zonder zorgplan en 59,3 (95% CI: 56,8-61,8) voor patiënten met een zorgplan.

Ervaren kwaliteit van zorg bleef hoog in beide groepen, waarbij bijna alle patiënten hun zorg als goed, zeer goed of uitstekend beoordeelden, zoals blijkt uit vergelijkbare percentages onder patiënten met een zorgplan (97,1%, 95% CI: 94,8%-98,3%) en patiënten zonder zorgplan (94,8%, 95% CI: 92,1%-96,6%). Het **vertrouwen in zelfmanagement** vertoonde geen substantieel verschil: 63,2% (95% CI: 57,9%-68,2%) van de patiënten zonder zorgplan had vertrouwen of veel vertrouwen in het beheren van hun eigen gezondheid, vergeleken met 63,6% (95% CI: 57,6%-69,3%) van degenen met een zorgplan. Het **vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem** was ook vergelijkbaar: 73,8% (95% CI: 69,1%-78,1%) van de patiënten met een zorgplan was het eens of zeer eens dat het systeem te vertrouwen was, tegenover 68,0% (95% CI: 63,9%-71,9%) van de patiënten zonder zorgplan.

Echter waren de scores voor **persoonsgerichte zorg** aanzienlijk hoger bij patiënten met een zorgplan, met een gemiddelde van 19,0 (95% CI: 18,5-19,5) tegenover 17,4 (95% CI: 17,1-17,8) voor degenen zonder zorgplan, wat de extra aandacht voor geïndividualiseerde en holistische zorg weerspiegelt.

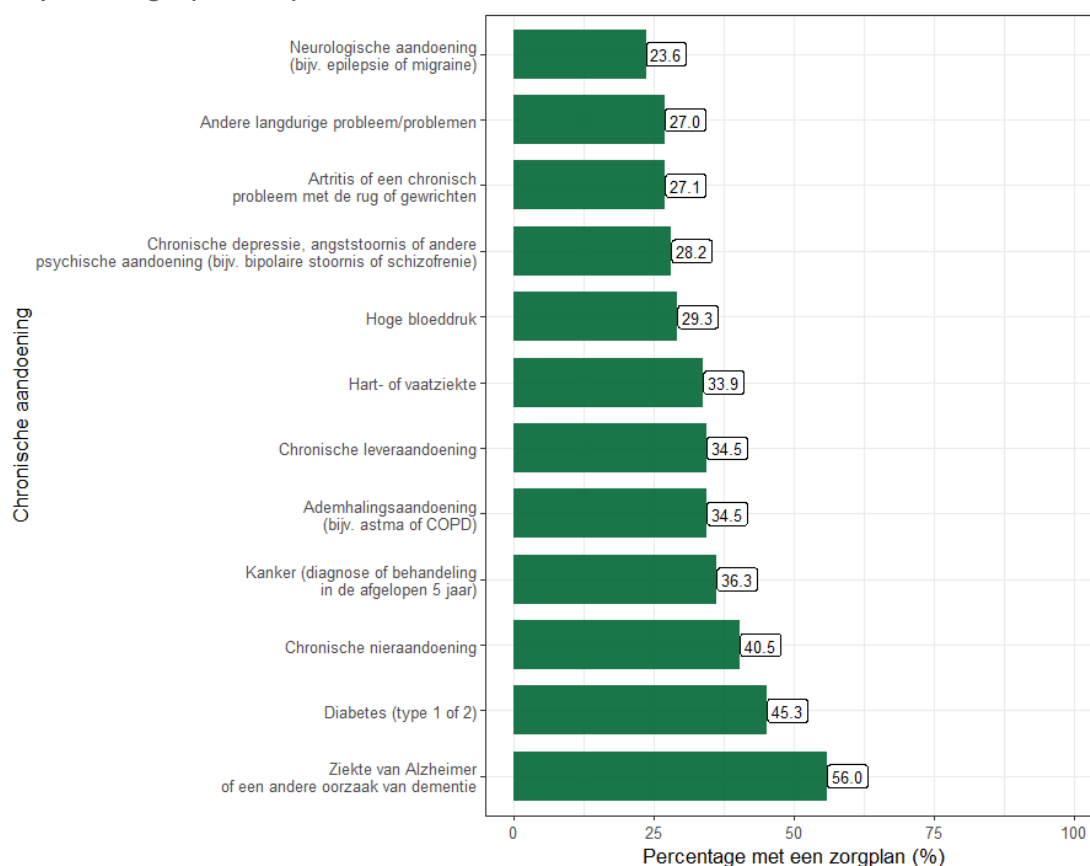
Merk op dat de schaal voor **ervaren zorgcoördinatie** niet in deze analyse is opgenomen, aangezien deze bestaat uit vijf vragen, waarvan er één in deze paragraaf aan de orde komt: *“Heeft u een zorgplan dat rekening houdt met al uw behoeften op het gebied van gezondheid en welzijn?”*.

Deze resultaten laten zien dat er over het algemeen geen substantiële verschillen waren tussen patiënten met en zonder zorgplan wat betreft sociaal functioneren, mentale gezondheid, welzijn, vertrouwen in zelfmanagement of vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem. Beide groepen gaven vergelijkbare hoge scores voor de kwaliteit van de zorg, waarbij bijna alle patiënten hun zorg als goed, zeer goed of uitstekend beoordeelden. Patiënten zonder zorgplan rapporteerden echter een betere algemene gezondheid en lichamelijke gezondheid dan patiënten met een zorgplan. Omgekeerd

rapporteerden patiënten met zorgplannen hogere scores voor persoonsgerichte zorg, wat suggereert dat zorgplannen kunnen bijdragen aan meer geïndividualiseerde en holistische zorgervaringen.

Onderzoek naar het hebben van een zorgplan voor chronische aandoeningen bracht aanzienlijke verschillen aan het licht (Figuur 45). Terwijl aandoeningen zoals dementie, diabetes en chronische nierziekte relatief hogere percentages zorgplanning vertoonden, hadden andere aandoeningen, zoals neurologische aandoeningen, artritis en mentale gezondheid, veel lagere percentages. Opvallend is dat geen enkel type chronische aandoening meer dan 56% haalt, wat suggereert dat zorgplanning in België misschien geen standaardaanpak is. Deze variatie kan een weerspiegeling zijn van verschillen in hoe zorgplannen worden gebruikt en gedefinieerd voor verschillende gezondheidsaandoeningen in België.

Figuur 45 • Percentage patiënten dat aangaf een zorgplan te hebben per chronische aandoening, PaRIS Enquête, België (n = 3414)



Ten slotte werd er een afzonderlijk logistisch regressiemodel opgesteld met de zorgplan variabele als afhankelijke variabele en met covariablen die via stapsgewijze AIC waren geselecteerd, los van de analyse van de PaRIS10-indicatoren. Dit model toonde aan dat de kans op het **hebben van een zorgplan significant verband houdt met leeftijd, het aantal chronische aandoeningen en opleidingsniveau**. In vergelijking met de referentiegroep (personen van 45-54 jaar) hadden oudere leeftijdsgroepen een steeds grotere kans op het hebben van een zorgplan. Hoewel de leeftijdscategorie 55-64 jaar (OR = 1,25, 95% CI: 0,96-1,62) niet statistisch significant was, hadden personen in de leeftijdscategorie 65-74 jaar (OR = 1,59, 95% CI: 1,23–2,07) en personen van 75 jaar en ouder (OR = 2,46, 95% CI: 1,83–3,33) een aanzienlijk hogere kans. Elke extra chronische aandoening verhoogde de kans met 11% (OR = 1,11, 95% CI: 1,03–1,20). Wat betreft opleidingsniveau hadden respondenten met een hoger secundair opleidingsniveau een 28% lagere kans (OR = 0,72, 95% CI: 0,58–0,90) en degenen met een hoger opleidingsniveau hadden 50% lagere kansen (OR = 0,50, 95% CI: 0,41–0,62) op een zorgplan in vergelijking met personen met 'geen opleidingsniveau, lager secundair opleidingsniveau of lager secundair opleidingsniveau'. Er was geen significant verband voor geslacht (OR = 1,10, 95% CI: 0,92–1,31) of BMI (OR = 1,02, 95% CI: 1,00–1,04).

1.7. FINANCIËLE MOEILIKHEDEN

De impact van financiële moeilijkheden op PREMs en PROMs werd ook onderzocht. Een categorie respondenten die financiële moeilijkheden ervaarden werd geïdentificeerd, gedefinieerd als zij die 'altijd' of 'meestal' antwoordden op ten minste één van de volgende vragen: *"Hoe vaak in de afgelopen 12 maanden zou u zeggen dat u zich zorgen maakte of gestrest was over het volgende? 1) Genoeg geld hebben om gezonde maaltijden te kopen? 2) Genoeg geld hebben om uw huur of hypotheek te betalen? 3) Genoeg geld hebben om andere maandelijkse rekeningen zoals elektriciteit, verwarming en telefoon te betalen?"*.

De onderstaande resultaten omvatten alle respondenten, zowel met als zonder chronische aandoeningen. In onze studie gaf **25,9% aan financiële moeilijkheden te ervaren**. Alle onderstaande scores zijn gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht. Resultaten werden als statistisch significant beschouwd wanneer de 95%-betrouwbaarheidsintervallen elkaar niet overlappen.

Wat betreft **algemene gezondheid** beoordeelde 79,8% (95% CI: 76,5%-82,8%) van de personen zonder financiële moeilijkheden hun gezondheid als goed, zeer goed of uitstekend, vergeleken met 71,0% (95% CI: 66,2%-75,4%) van degenen met financiële moeilijkheden. Voor **lichamelijke gezondheid** was de gemiddelde score bij personen zonder financiële moeilijkheden 46,9 (95% CI: 46,1-47,8), significant hoger dan de 44,0 (95% CI: 43,1-44,9) gerapporteerd door personen met financiële moeilijkheden. Een vergelijkbare kloof werd waargenomen bij **mentale gezondheid**, met scores van 47,5 (95% CI: 46,9-48,1) en 45,4 (95% CI: 44,6-46,1) voor respectievelijk personen zonder en met financiële moeilijkheden.

Het **welzijn** van personen zonder financiële moeilijkheden was ook aanzienlijk hoger, met een gemiddelde WHO-5-score van 63,0 (95% CI: 61,0-65,0) tegenover 57,3 (95% CI: 55,0-59,5) voor personen met financiële moeilijkheden. Evenzo werd bij **sociaal functioneren** door 90,2% (95% CI: 87,8%-92,2%) van de personen zonder financiële moeilijkheden gerapporteerd dat zij hun gebruikelijke sociale activiteiten en rollen effectief konden uitvoeren, een hoger percentage dan de 81,8% (95% CI: 77,4%-85,5%) bij personen met financiële moeilijkheden.

Vertrouwen in het gezondheidssysteem was merkbaar lager bij personen met financiële moeilijkheden. Slechts 61,4% (95% CI: 56,8%-65,8%) van deze groep gaf aan vertrouwen te hebben in het systeem, vergeleken met 72,0% (95% CI: 68,6%-75,1%) van degenen zonder financiële zorgen.

Vertrouwen in het eigen vermogen om de gezondheid te beheren was vergelijkbaar tussen de groepen, met 61,5% (95% CI: 55,8%-67,0%) van de personen met financiële moeilijkheden die zich (zeer) zeker voelden, vergeleken met 65,9% (95% CI: 61,1%-70,4%) van degenen zonder.

Evenzo bleef de **ervaren kwaliteit van zorg** hoog in beide groepen, met 94,9% (95% CI: 92,1%-96,7%) van de personen met financiële moeilijkheden die hun zorg als goed, zeer goed of uitstekend beoordeelden, vergeleken met 95,8% (95% CI: 93,8%-97,1%) van degenen zonder. De scores voor **persoonsgerichte zorg** lagen ook dicht bij elkaar, gemiddeld 18,1 (95% CI: 17,7-18,4) bij personen zonder financiële moeilijkheden en 17,5 (95% CI: 17,0-18,0) bij personen met financiële moeilijkheden. De scores voor **ervaren zorgcoördinatie** waren eveneens vrijwel identiek, gemiddeld 9,2 (95% CI: 8,8-9,6) voor personen zonder financiële moeilijkheden en 9,0 (95% CI: 8,5-9,4) voor degenen met. Deze bevindingen suggereren dat financiële moeilijkheden mogelijk geen substantiële invloed hebben op deze uitkomsten.

Samenvattend kunnen financiële moeilijkheden hier worden geassocieerd met een slechtere fysieke en mentale gezondheid, lager welzijn, verminderd vertrouwen in het gezondheidssysteem en verminderde algemene gezondheid en sociaal functioneren. De hoge scores voor kwaliteit en persoonsgerichte zorg kunnen er echter op wijzen dat de gezondheidsdiensten effectief inspelen op de behoeften van financieel kwetsbare populaties.

Om een beter inzicht te krijgen in de onderliggende factoren die samenhangen met financiële moeilijkheden, werd een afzonderlijk logistisch regressiemodel opgesteld. In tegenstelling tot de

analyses van de PaRIS10-indicatoren gebruikte dit model financiële moeilijkheden als afhankelijke variabele en omvatte het covariabelen die werden geselecteerd via stapsgewijze AIC. In dit model bleken verschillende factoren invloedrijk.

Alle oudere leeftijdsgroepen, vergeleken met de referentiegroep van 45–54 jaar, vertoonden significant lagere kansen op het ervaren van financiële moeilijkheden. Meer specifiek hadden personen van 55–64 jaar (OR = 0,67; 95%-BI: 0,55–0,82), 65–74 jaar (OR = 0,67; 95%-BI: 0,55–0,83) en 75 jaar en ouder (OR = 0,61; 95%-BI: 0,47–0,79) een kleinere kans om financiële moeilijkheden te rapporteren.

Elke bijkomende chronische aandoening verhoogde de kans op financiële moeilijkheden met ongeveer 12% (OR = 1,12; 95%-BI: 1,06–1,19). Ook het opleidingsniveau speelde een rol: hoewel hoger secundair onderwijs niet statistisch significant was (OR = 0,85; 95%-BI: 0,70–1,04), hadden personen met een hoger opleidingsniveau 39% lagere kansen op financiële moeilijkheden (OR = 0,61; 95%-BI: 0,50–0,74) in vergelijking met degenen met ‘geen opleiding, lager of primair onderwijs’.

Zoals verwacht was ook het netto huishoudinkomen een invloedrijke factor. Respondenten in de categorie ‘middeninkomen’ hadden 38% lagere kansen op financiële moeilijkheden (OR = 0,62; 95%-BI: 0,50–0,76), terwijl degenen in de categorie ‘hoog inkomen’ 60% lagere kansen hadden (OR = 0,40; 95%-BI: 0,32–0,50) om financiële moeilijkheden te ervaren.

Geslacht (OR = 0,99; 95%-BI: 0,84–1,15) en BMI (OR = 1,02; 95%-BI: 1,00–1,04) bleken geen significante voorspellers van financiële moeilijkheden te zijn.

1.7.1. Verhoogde tegenmoetkoming (VT)/bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM)

In bepaalde gevallen kunnen patiënten in aanmerking komen voor een verhoogde tegemoetkoming (VT/BIM), wat de kosten verlaagt voor diensten zoals doktersbezoeken, ziekenhuisopnames en medicatie. Aan patiënten werd gevraagd of ze van deze verhoogde tussenkomst genoten: 582 antwoordden ‘Ja’, 3362 antwoordden ‘Nee’, 492 zeiden ‘Weet ik niet’, 45 kozen ‘Zeg ik liever niet’, en 206 gaven geen antwoord. Alleen degenen die ‘Ja’ of ‘Nee’ antwoordden, werden opgenomen in deze analyse.

Patiënten die in aanmerking kwamen voor verhoogde tegemoetkoming rapporteerden significant slechtere uitkomsten op PROMs. In vergelijking met niet-gerechtigden hadden zij lagere scores op algemene gezondheid (55,2% vs. 83,4%), welzijn (52,9 vs. 63,8), lichamelijke gezondheid (41,2 vs. 47,6), mentale gezondheid (43,5 vs. 47,7) en sociaal functioneren (74,4% vs. 91,2%). Deze resultaten worden verder gepresenteerd in Tabel 9.

Tabel 9 • PaRIS10 indicatoren per VT/BIM, PaRIS Enquête, België

| VT/BIM | Algemene gezondheid (%) | Welzijn (/100) | Lichamelijke gezondheid (16,2-67,7) | Mentale gezondheid (21,2-67,6) | Sociaal functioneren (%) |
|-----------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--|--------------------------------|-----------------------------|
| Positieve uitkomsten | Goed, zeer goed, uitstekend | ≥ 50 | ≥ 42 | ≥ 40 | Goed, zeer goed, uitstekend |
| NEE (n = 3362) | 83,4 | 63,8 | 47,6 | 47,7 | 91,2 |
| JA (n = 582) | 55,2 | 52,9 | 41,2 | 43,5 | 74,4 |
| VT/BIM | Ervaren kwaliteit van zorg (%) | Vertrouwen in zelfmanagement (%) | Vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem (%) | Ervaren coördinatie (/15) | Persoonsgerichte zorg (/24) |
| Positieve uitkomsten | Goed, zeer goed, uitstekend | Zeker, heel zeker | Mee eens, helemaal mee eens | ≥ 7,5 | ≥ 12 |
| NEE (n = 3362) | 96,3 | 68,2 | 71,4 | 9,1 | 18,1 |
| JA (n = 582) | 94,3 | 57,9 | 63,3 | 9,3 | 17,6 |

Zie Tabel 4 voor meer uitleg over de PaRIS10-indicatoren.

Alle resultaten zijn gestandaardiseerd naar leeftijd en geslacht. Ontbrekende gegevens zijn weggelaten.

GROEN betekent dat de betrouwbaarheidsintervallen elkaar niet overlappen en dat de waarde significant verschilt ($p < 0,05$) van 'NEE'.

2. PaRIS vragenlijst voor eerstelijnszorg (PaRIS-PCPQ)

De PaRIS-vragenlijst voor eerstelijnszorg (PaRIS-PCPQ) bestond uit 29 vragen, onderverdeeld in drie brede thema's. Er werd gebruikgemaakt van gegevens van de 59 deelnemende huisartsenpraktijken. Bij sommige vragen was het mogelijk om meerdere antwoorden te selecteren, wat tot uiting komt in totalen van meer dan 100% voor die items.

2.1. PRAKTIJKKENMERKEN

Een van deze categorieën was gericht op de kenmerken van de praktijk, met vragen over het type praktijk en de vergoeding van artsen. Tabel 10 geeft een overzicht van deze aspecten, gestratificeerd naar het aantal gemelde chronische aandoeningen bij patiënten.

Tabel 10 • Vragenlijst voor zorgverleners samengevoegd met de patiënte enquête en gestratificeerd naar het aantal gerapporteerde chronische aandoeningen (kolom%(n)). Ontbrekende gegevens werden buiten beschouwing gelaten. PaRIS Enquête, België

| | Aantal chronische aandoeningen (zelf gerapporteerd) | | |
|-------------------------------------|---|---------------|---------------|
| | Geen | Eén | Twee of meer |
| Praktijk type | | | |
| Solo praktijk | 13,4% (121) | 17,3% (244) | 17,4% (334) |
| Groepspraktijk* | 50,6% (457) | 46,5% (656) | 43,2% (827) |
| Multidisciplinaire praktijk | 36,0% (325) | 36,2% (511) | 39,4% (754) |
| Totaal | 100,0% (903) | 100,0% (1411) | 100,0% (1915) |
| Hoe artsen betaald worden:** | | | |
| Vergoeding per zorgactiviteit | 49,2% (537) | 47,5% (819) | 44,6% (1045) |
| Vergoedingen per sessie | 2,9% (32) | 2,3% (40) | 2,8% (66) |
| Vast salaris | 12,5% (136) | 14,8% (255) | 18,1% (425) |
| Prestatiebeloning | 12,4% (135) | 12,4% (214) | 10,7% (250) |
| Vergoeding per capita | 17,3% (189) | 15,7% (271) | 17,0% (399) |
| Anders | 5,8% (63) | 7,2% (124) | 6,8% (160) |
| Totaal | 100,0% (1092) | 100,0% (1723) | 100,0% (2345) |

* Groepspraktijken met eigen en gedeelde patiënten zijn samengevoegd tot één categorie.

** Huisartsen konden meerdere betalingstypen selecteren, waardoor het totale aantal reacties groter is dan het aantal records.

Wat betreft het **type praktijk** binnen onze steekproef waren groepspraktijken het meest voorkomende type bij alle patiëntengroepen, hoewel hun prevalentie afnam naarmate het aantal chronische aandoeningen toenam (50,6% voor patiënten zonder chronische aandoeningen versus 43,2% voor patiënten met twee of meer chronische aandoeningen). Groepspraktijken met meerdere specialismen vertoonden een stijgende trend en kwamen vaker voor bij patiënten met meerdere chronische aandoeningen (36,0% voor patiënten zonder chronische aandoeningen versus 39,4% voor patiënten met twee of meer chronische aandoeningen).

Solopraktijken waren het minst voorkomende type praktijk in alle groepen, goed voor ongeveer 13% van de patiënten zonder chronische aandoeningen en ongeveer 17% van de patiënten met chronische aandoeningen.

Wat betreft de **verloningssysteem voor artsen** binnen onze steekproef was vergoeding per zorgactiviteit het meest voorkomende betalingsmodel, maar het aandeel hiervan daalde licht onder artsen die patiënten met meerdere chronische aandoeningen behandelden (49,2% voor patiënten

zonder chronische aandoeningen tegenover 44,6% voor patiënten met twee of meer chronische aandoeningen).

Vaste salarissen werden vaker gebruikt voor artsen die patiënten met chronische aandoeningen behandelden. Vergoedingen per sessie, prestatiebeloning en vergoeding per capita bleven relatief stabiel in alle groepen.

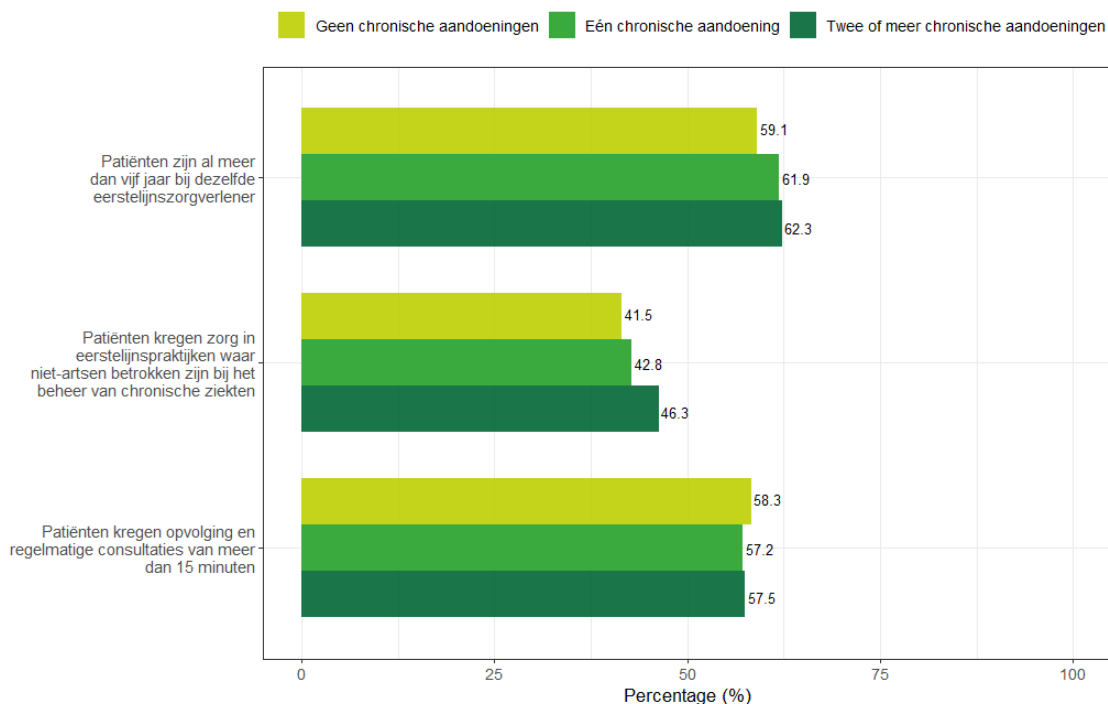
Aanvullende inzichten in de kenmerken van de eerstelijnszorg zijn te vinden in Figuur 46, die belangrijke huisarts gerelateerde statistieken weergeeft op basis van de chronische aandoeningen van patiënten.

Wat de **consulttijd** betreft, nam het percentage patiënten dat follow-up- en reguliere consulten van meer dan 15 minuten kreeg licht toe met het aantal chronische aandoeningen, van 59,1% voor patiënten zonder chronische aandoeningen tot 62,3% voor patiënten met twee of meer chronische aandoeningen.

69,5% van de huisartsenpraktijken gaf aan dat **niet-medisch personeel** betrokken was bij de behandeling van chronische ziekten. Wat deze betrokkenheid betreft, kregen patiënten met meer chronische aandoeningen vaker zorg in eerstelijnszorginstellingen waar niet-medisch personeel een rol speelde: 41,5% van de patiënten zonder chronische aandoeningen kreeg dit type zorg, tegenover 46,3% van de patiënten met twee of meer chronische aandoeningen.

Wat de **continuïteit van de zorg** betreft, was ongeveer 57-58% al meer dan vijf jaar bij dezelfde eerstelijnszorgverlener, met slechts minimale verschillen op basis van de status van chronische aandoeningen.

Figuur 46 • Percentage respondenten met een verschillend aantal chronische aandoeningen en bijhorende praktijk karakteristieken, PaRIS Enquête, België



2.2. PRAKTIJKORGANISATIE

De tweede categorie richtte zich op de organisatie van de praktijk, met vragen over de organisatie, beschikbaarheid en uitwisseling van medische dossiers.

Alle deelnemende eerstelijnspraktijken waren in staat om elektronische medische dossiers uit te wisselen en medische dossiers waren altijd beschikbaar tijdens consulten. Voor onze deelnemende praktijken omvat de **informatie die het meest voorkomt in de medische dossiers** van patiënten

'diagnose' (100%) en 'voorgeschreven medicijnen' (100%), die universeel werden gedocumenteerd. Daarna volgden 'klinische parameters' (98,3%), 'testresultaten' (98,3%) en 'redenen voor consultatie' (98,5%), wat wijst op een sterke nadruk op medische beoordelingen en testresultaten. Daarna volgden 'rookgewoonten' (94,7%) en 'familiale medische geschiedenis' (89,5%), wat het belang van levensstijl en erfelijke factoren in de patiëntenzorg weerspiegelt. 'Gewicht en lengte' (89,5%) komen ook in een aanzienlijk deel van de dossiers voor. Verderop in de lijst werden 'middelengebruik' (87,7%) en 'werkgelegenheidssituatie' (52,6%) in matige mate gedocumenteerd, wat wijst op enige aandacht voor sociale determinanten van gezondheid. 'Woonsituatie' (45,6%) en 'andere informatie' (40,5%) werden minder vaak geregistreerd. Aan de onderkant was 'etniciteit' (21,1%) het minst vaak opgenomen.

Gezondheidszorgpraktijken tonen een groot **vermogen tot elektronische informatie-uitwisseling met professionals buiten hun praktijk**. Meer specifiek kan 93,2% van de deelnemende praktijken klinische samenvattingen van patiënten elektronisch uitwisselen. Bovendien heeft 88,1% van de deelnemende praktijken de mogelijkheid om laboratorium- en diagnostische testresultaten uit te wisselen. Verder kan 93,2% van de deelnemende praktijken elektronische medische dossiers uitwisselen.

2.3. MANAGEMENT VAN CHRONISCHE ZORG

De derde categorie richtte zich op het beheer van chronische zorg en de follow-up van patiënten in de praktijk.

Ondersteuning bij zelfmanagement voor patiënten met chronische aandoeningen wordt meestal gegeven door middel van mondelinge informatie tijdens of na het consult (85,5%). Aanvullende methoden voor ondersteuning van zelfmanagement zijn onder meer het verspreiden van informatie via pamfletten, boekjes of internet bronnen (51,3%), het expliciet stellen van doelen en het opstellen van actieplannen met leden van het praktijkteam (31,2%), doorverwijzing naar zelfmanagementcursussen of -docenten (16,9%) en ondersteuning door leden van het praktijkteam die zijn opgeleid in patiëntempowerment en probleemoplossende methodieken (6,9%). Een klein percentage huisartsen (3,8%) gaf aan dat zelfmanagementondersteuning op geen van deze manieren wordt geboden.

Als we kijken naar de gegevens uit de patiëntenvragenlijst, blijkt dat slechts 14,6% van de patiënten met chronische aandoeningen 'altijd' of 'vaak' **hun zelfmanagementdoelen in hun medisch dossier laten vastleggen**. Evenzo ontvangt slechts 15,6% van de patiënten met chronische aandoeningen 'altijd' of 'vaak' schriftelijke instructies (elektronisch of op papier) over hoe ze thuis voor hun eigen zorg kunnen zorgen.

De impact van zorgplannen op de resultaten en ervaringen van patiënten werd eerder besproken in deel 1.6. Er werd echter een gerelateerde vraag gesteld aan zorgverleners over de **ontwikkeling van zorgplannen binnen hun praktijk**. De mate waarin zorgplannen voor patiënten worden ontwikkeld, varieert naargelang de behoeften en aandoeningen van de patiënt. Het meest opvallend is dat meer dan de helft (52,5%) van de zorgverleners niet routinematig zorgplannen opstelt. Van degenen die dat wel doen, ontwikkelt 15,3% zorgplannen voor alle patiënten met chronische aandoeningen, terwijl een groter deel (23,7%) zich alleen richt op specifieke chronische aandoeningen. Daarnaast is 11,9% van de zorgplannen gericht op gespecialiseerde behoeften, zoals voedings- of complexe zorgbehoeften, en wordt slechts 1,7% opgesteld voor andere patiëntengroepen. Anders 1,7% van de ondervraagde huisartsen was onzeker over de aanpak van hun praktijk bij het opstellen van zorgplannen.

Het **vermogen van huisartsenpraktijken om de zorg te coördineren met andere zorgverleners** varieert naargelang de behoeften van de patiënt, waarbij minder dan de helft aangeeft in de meeste gebieden klaar te zijn. Slechts 47,5% van de praktijken voelt zich goed voorbereid om de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen te coördineren, terwijl nog minder (27,1%) is toegerust om mensen met ernstige mentale gezondheidsproblemen, zoals depressie, bipolaire stoornis of schizofrenie, te ondersteunen. De gereedheid daalt nog verder voor patiënten die kampen met verslaving of middelenmisbruik: slechts 18,6% van de praktijken geeft aan over voldoende coördinatie

te beschikken. Het coördineren van maatschappelijke diensten in de gemeenschap, zoals huisvesting, maaltijden en vervoer, is een gebied waarop slechts 35,6% van de praktijken zich goed voorbereid voelt. Opvallend is dat slechts 15,3% van de praktijken goed is toegerust om vertaaldiensten te coördineren voor patiënten die taalondersteuning nodig hebben. Er zijn echter ook sterke punten op bepaalde gebieden, met een hoger percentage praktijken dat voorbereid is op palliatieve zorg (69,5%) en coördinatie van langdurige zorg (61,0%).

Bij het **doorverwijzen van patiënten naar een specialist** meldde slechts 26,3% van de praktijken dat ze 'altijd' of 'vaak' elektronische verwijzingsbrieven schrijven (inclusief details over voorlopige diagnoses en mogelijke testresultaten), terwijl een veel groter percentage (93,0%) 'altijd' of 'vaak' papieren verwijzingsbrieven gebruikt. Daarentegen gaf 93,0% van de praktijken aan dat zij na een vervolfbezoek 'altijd' of 'vaak' tijdig elektronische verwijzingsinformatie van specialisten ontvangen, terwijl slechts 25,0% 'altijd' of 'vaak' aangaf tijdig informatie te ontvangen via papieren verwijzingsbrieven.

3. Variatie op praktijk- en patiëntniveau

De intraclass correlatiecoëfficiënt (ICC) werd berekend om de variatie in de tien PaRIS-sleutelindicatoren te beoordelen en om te bepalen in hoeverre de variatie kon worden verklaard door factoren op zorgverlener- en patiëntniveau. De resultaten geven aan dat de kenmerken op patiëntniveau verantwoordelijk zijn voor het grootste deel van de variatie, terwijl de kenmerken op het niveau van de zorgverlener slechts een klein deel bijdragen. De invloed van factoren op het niveau van de zorgverlener varieert echter per indicator en is voor sommige indicatoren groter dan voor andere.

Zo vertoonde de ervaren kwaliteit van de medische zorg met 12,76% het hoogste aandeel variatie dat toe te schrijven was aan kenmerken op zorgverlenersniveau. Dit wordt gevolgd door lichamelijke gezondheid (8,07%), vertrouwen in zelfmanagement (7,43%) en welzijn (7,38%). Indicatoren zoals ervaren zorgcoördinatie (4,38%), sociaal functioneren (4,09%), algemene gezondheid (3,90%) en persoonsgerichte zorg (2,33%) vertoonden een lager aandeel variatie op zorgverlenersniveau. Mentale gezondheid was met 1,94% nog minder belangrijk en vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem had met slechts 0,41% de kleinste bijdrage op zorgverlenersniveau.

Deze bevindingen benadrukken dat, hoewel factoren op patiëntniveau de variatie het meest verklaarden, kenmerken op zorgverlenersniveau een grotere rol konden spelen op specifieke gebieden, zoals ervaren kwaliteit van zorg en lichamelijke gezondheid. Deze variatie benadrukte het belang van het aanpassen van interventies om zowel de bijdragen van patiënten als zorgverleners aan de resultaten en ervaringen aan te pakken, met name waar de invloed van zorgverleners groter is.

4. België in een internationale context

De prestaties van België in de PaRIS-enquête van de OESO geven een gemengd beeld, met sterke punten en uitdagingen op het vlak van bepaalde PROMS en PREMs. De enquête omvatte 19 landen, maar slechts 17 werden gebruikt voor de vergelijking^{f1}. Tabel 4 geeft een gedetailleerd overzicht van de PaRIS10-indicatoren.

Wat **PROMs** betreft, stond België op de elfde plaats voor zowel fysieke als mentale gezondheid, wat dicht bij het OESO PaRIS-gemiddelde ligt (binnen één vergelijkend interval, wat betekent dat er geen statistisch significant verschil is). België stond op de negende plaats voor welzijn en sociaal functioneren. Algemene gezondheid presteerde echter relatief beter, met een zesde plaats, hoewel nog steeds dicht bij het gemiddelde.

Hoewel de PROMs dicht bij het gemiddelde lagen, blonk België uit in verschillende **PREMs**. Het land stond op de derde plaats voor persoonsgerichte zorg en ervaren kwaliteit van medische zorg, en presteerde aanzienlijk beter dan het OESO PaRIS-gemiddelde (statistisch hoger per ten minste één vergelijkend interval). Vertrouwen in zelfmanagement stond op de zevende plaats, terwijl vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem en ervaren zorgcoördinatie beide op de zesde plaats stonden, allemaal dicht bij het OESO-gemiddelde.

Naast het algemene OESO rapport, werden er ook specifieke 'country notes' gepubliceerd, waarin de meest interessante bevindingen voor België in de internationale context werden gepresenteerd en zowel de beste als de slechtste resultaten werden geïdentificeerd.

Voor België was een van de meest opvallende bevindingen dat ongeveer twee derde van de patiënten met twee of meer chronische aandoeningen follow-up en regelmatige consulten van meer dan 15 minuten krijgt, wat aanzienlijk hoger is dan het OESO PaRIS-gemiddelde van 47%. Dit onderstreept een sterke toewijding aan continuïteit en kwaliteit van de zorg voor patiënten met complexe gezondheidsbehoeften.

Aan de andere kant werd slechts 46,3 % van deze patiënten behandeld in eerstelijnszorginstellingen waar niet-medisch personeel actief deelneemt aan het beheer van chronische ziekten, vergeleken met het OESO-gemiddelde van 83 %. Dit wijst op een belangrijk gebied waarop België achterloopt op het vlak van teamgebaseerde, gecoördineerde zorg.

België onderscheidt zich positief op het gebied van digitale infrastructuur: alle deelnemende eerstelijnszorgpraktijken meldden dat ze elektronische medische dossiers konden uitwisselen en dat de dossiers altijd beschikbaar waren tijdens consulten, wat ver boven het OESO-gemiddelde van 57% ligt. Digitale gezondheidsgeletterdheid blijft echter een grote uitdaging: slechts 8% van de patiënten met chronische aandoeningen voelt zich zelfverzekerd in het gebruik van online gezondheidsinformatie, wat ver onder het OESO-gemiddelde van 19% ligt.

Deze internationale vergelijkingen helpen bij het identificeren en delen van beste praktijken, wat bijdraagt aan voortdurende verbeteringen in de gezondheidszorg in alle landen.

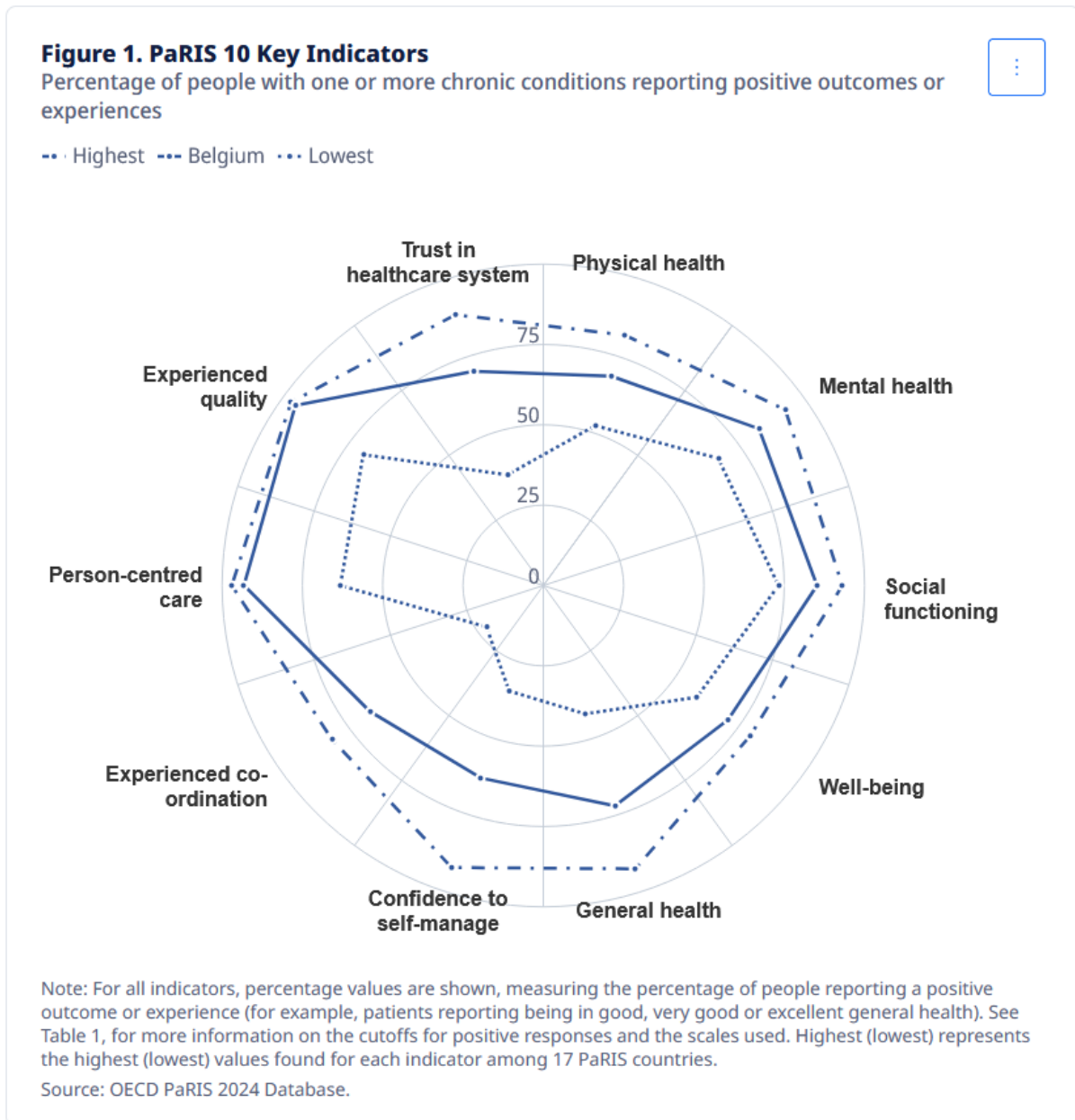
Samenvattend presteert België goed op gebieden als patiëntenzorg en digitale infrastructuur, maar is er ruimte voor verbetering op het gebied van digitale gezondheidsgeletterdheid en de integratie van niet-medisch personeel in zorgtrajecten voor chronische aandoeningen. Methodologische verschillen tussen landen, zoals het gebruik van een andere wervingsaanpak in Frankrijk, kunnen directe vergelijkingen echter bemoeilijken en definitieve conclusies beperken. Toekomstige analyses die

^{f1} Italië en de Verenigde Staten werden uitgesloten vanwege verschillen in de methodologie voor gegevensverzameling. De gegevens van Italië hadden betrekking op patiënten in gespecialiseerde poliklinieken in geselecteerde regio's, terwijl de steekproef in de VS beperkt was tot personen van 65 jaar en ouder.

rekening houden met deze variaties zouden diepere inzichten kunnen bieden in de relatieve sterke punten en ontwikkelingsgebieden binnen het eerstelijnszorgsysteem van België.

Voor een visuele weergave van de prestaties van België, zie Figuur 47 below, ontleend aan de [country notes](#).²⁴ Meer details zijn ook te vinden in het [OECD report](#).¹³

Figuur 47 • PaRIS10-sleutelindicatoren voor België, ontleend uit de ‘country notes’ (n = 4577)²⁴



DISCUSSIE

Deze studie vormt een baanbrekende stap in de beoordeling van patiëntgerichte zorg in België. Er moet echter rekening worden gehouden met een aantal belangrijke beperkingen om de bevindingen correct te interpreteren en toekomstige onderzoekscycli te verbeteren. Daarnaast worden hieronder de belangrijkste bevindingen en overwegingen uiteengezet ter ondersteuning van verdere analyse en beleidsontwikkeling.

Representativiteit van huisartsen

De representativiteit van de deelnemende huisartsen kan worden beïnvloed door selectiebias. Aangezien deelname extra administratieve inspanningen vereiste, waren solopraktijken – die doorgaans een hogere werkdruk hebben – ondervertegenwoordigd. Bovendien heeft het onderzoek mogelijk huisartsen aangetrokken die al bezig waren met patiëntgerichte zorg en initiatieven voor kwaliteitsverbetering, wat de resultaten mogelijk heeft vertekend. In de volgende cyclus zal het echter wellicht makkelijker zijn om deelname te stimuleren, aangezien het dan niet langer alleen een idee is, maar een volledig ontwikkeld concept. Bovendien ontvingen we positieve feedback over de gepersonaliseerd huisartsrapporten die we voor elke huisarts/deelnemende praktijk hebben opgesteld (in het addendum), die een duidelijk overzicht boden van de gebieden waarop de praktijken goed presteerden in vergelijking met het Belgische gemiddelde. Deze rapporten waren een waardevol hulpmiddel om de sterke punten te benadrukken en kunnen een stimulans zijn voor bredere deelname in de toekomst.

Representativiteit van patiënten

De representativiteit van de patiënten steekproef kent ook beperkingen. Door een gebrek aan gegevens over niet-deelnemers is het onduidelijk in hoeverre selectiebias de resultaten heeft beïnvloed. Hoewel er inspanningen zijn geleverd om diverse bevolkingsgroepen te betrekken – bijvoorbeeld door de enquête in enkele minderheidstalen te vertalen – bleef het gebruik van deze vertalingen beperkt, waardoor mogelijk belangrijke groepen zoals Turks- en Arabischspreekende gemeenschappen zijn uitgesloten. Bovendien was de studie gebaseerd op schriftelijke antwoorden, waardoor analfabeten automatisch werden uitgesloten. Aangezien de inclusiecriteria vereisten dat patiënten in de afgelopen zes maanden ten minste één keer een huisarts hadden geraadpleegd, zijn personen met chronische aandoeningen die minder vaak contact met de eerstelijnszorg nodig hebben, mogelijk uitgesloten, wat mogelijk heeft geleid tot een ondervertegenwoordiging van deze groep – hetzij vanwege hun beperkte huidige betrokkenheid bij de eerstelijnszorg, hetzij vanwege de specifieke aard van hun aandoening. Deze hiaten wijzen erop dat bepaalde kwetsbare bevolkingsgroepen mogelijk niet voldoende vertegenwoordigd zijn, waardoor aanvullende strategieën nodig zijn voor een bredere inclusie in toekomstige studies.

Belangrijke bevindingen en overwegingen

Uit het onderzoek kwamen verschillende opvallende bevindingen naar voren:

- **Geslacht paradox:** Vrouwen leven over het algemeen langer dan mannen, maar melden niet noodzakelijkerwijs een betere gezondheid. Deze trend kwam ook naar voren in het onderzoek, aangezien vrouwen doorgaans lager scoorden op PROMs, hoewel deze verschillen niet altijd statistisch significant waren. Daarnaast werden kleine verschillen waargenomen in PREMs, met name wat betreft het vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem.
- **Invloed van sociaaleconomische factoren:** Inkomensniveau en opleidingsniveau bleken van invloed te zijn op zowel PROMs als PREMs. Personen met een hoger inkomensniveau en opleidingsniveau rapporteerden over het algemeen een betere algemene, fysieke, mentale en sociale gezondheid en een groter welzijn. Het vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem was

ook sterker gekoppeld aan inkomensniveau en opleidingsniveau. Deze bevindingen benadrukken het belang van het aanpakken van sociaaleconomische ongelijkheden in de toegang tot en ervaring met gezondheidszorg.

- Bevindingen van de heatmap: Patiënten zonder chronische aandoeningen rapporteerden de beste resultaten, terwijl patiënten met Alzheimer/dementie de laagste scores hadden op alle gezondheids- en ervaringsindicatoren. Depressie en angst hielden ook verband met een slechte mentale gezondheid en welzijn. Kankerpatiënten rapporteerden daarentegen een hoge zorgkwaliteit (97%) en het grootste vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem (75%). Betere gezondheidsresultaten hielden sterk verband met meer vertrouwen in zelfmanagement en een groter vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem, wat het nauwe verband tussen door patiënten gerapporteerde gezondheid en zorgervaring benadrukt.
- (Digitale) gezondheidsgeletterdheid: Gezondheidsgeletterdheid vertoonde een duidelijke sociaaleconomische gradiënt. Patiënten met een hoger opleidings- en inkomensniveau rapporteerden een hogere gezondheidsgeletterdheid, ongeacht chronische aandoening. Deze nam licht af met het aantal chronische aandoeningen en meer merkbaar met de leeftijd, en was bijzonder laag bij patiënten van 75+. Digitale gezondheidsgeletterdheid was opvallend laag, vooral onder oudere volwassenen. Slechts 8% van de patiënten met chronische aandoeningen voelde zich zelfverzekerd bij het gebruik van online gezondheidsinformatie. Het vertrouwen piekte met 13,0% voor de leeftijdsgroep 45-54 jaar, maar daalde scherp tot 4,0% voor de leeftijdsgroep 75+.
- Digitale zorg hulpmiddelen: Hoewel digitale hulpmiddelen steeds vaker worden geïntegreerd in de eerstelijnszorg, hangt de effectiviteit ervan grotendeels af van het vermogen van patiënten om ze te gebruiken. Een grote meerderheid van de praktijken gaf aan telefonisch consulten aan te bieden (89,5%), iets minder veel praktijken boden videoconsulten aan (80,7%) en nog minder praktijken boden andere methoden op afstand aan, zoals e-mail, sms of beveiligde platforms (75,4%). Ondanks deze wijdverbreide beschikbaarheid vond slechts 58,3% van de patiënten de websites van de praktijken gebruiksvriendelijk, met een aanzienlijk verschil tussen mensen met een hoger en lager opleidingsniveau (20,9%). Consulten op afstand, met name telefoongesprekken en huisbezoeken, werden in verband gebracht met lagere scores voor de waargenomen kwaliteit van de zorg, het vertrouwen in zelfmanagement en zowel de algemene als de mentale gezondheid.
- Zorgplannen: De resultaten met betrekking tot zorgplannen waren niet bijzonder sterk, wat wijst op mogelijke verwarring onder de respondenten over wat een zorgplan inhoudt. Opvallend is dat geen enkele chronische aandoening de 56% overschrijdt, wat erop wijst dat zorgplanning mogelijk geen standaardpraktijk is. Deze variaties duiden op mogelijke hiaten in de zorgplanning voor bepaalde aandoeningen en benadrukken de noodzaak van een meer consistente aanpak in België. Gezien het potentieel van zorgplannen als hulpmiddel voor zelfmanagement door patiënten, moeten echter verdere inspanningen worden geleverd om het doel ervan te verduidelijken en de doeltreffendheid ervan te beoordelen.
- Type praktijk en betalingssysteem: Vanwege de kleine steekproefomvang was het moeilijk om diepgaande analyses per type praktijk en financieel model uit te voeren. Voorlopige bevindingen wijzen er echter op dat artsen die patiënten met meerdere chronische aandoeningen behandelen, vaker in multidisciplinaire groepspraktijken werken en een vast salaris of vergoeding per capita ontvangen in plaats van uitsluitend te werken op basis van een vergoeding per zorgactiviteit model. Toekomstige studies met grotere steekproeven zouden deze trend grondiger kunnen onderzoeken.
- Ondersteuning van zelfmanagement door huisartsen: Er werd een discrepantie waargenomen tussen de aanwezigheid van zelfmanagementdoelen in patiëntendossiers en de daadwerkelijke

ondersteuning die door huisartsen werd geboden. Dit wijst op een mogelijke kloof in de implementatie van zelfmanagementstrategieën, die nader onderzoek verdient.

- **Zorgcoördinatie:** Huisartsenpraktijken melden een lage bereidheid om zorg te coördineren voor verschillende behoeften: 47,5% voor chronische aandoeningen, 27,1% voor ernstige mentale gezondheidsproblemen en 18,6% voor verslaving. De coördinatie van sociale diensten is beter met 35,6%, terwijl vertaaldiensten een grote kloof vormen met 15,3%. Praktijken zijn echter beter voorbereid op palliatieve zorg (69,5%) en langdurige zorg (61,0%). Om deze hiaten aan te pakken, kunnen interviews met huisartsen en het verkennen van mogelijkheden zoals gerichte studies of trainingsprogramma's helpen om hun vertrouwen en kennis op het gebied van zorgcoördinatie te vergroten.
- **Financiële moeilijkheden en gezondheidsresultaten:** Financiële moeilijkheden gingen gepaard met slechtere fysieke en mentale gezondheidsresultaten, ook bij personen die in aanmerking komen voor een hogere vergoeding van zorgkosten. Hoewel de gezondheidszorg tot op zekere hoogte tegemoetkomt aan de behoeften van financieel kwetsbare patiënten, zijn er nog steeds gerichte interventies nodig om de bredere gezondheids- en sociale gevolgen van financiële onzekerheid te verzachten.
- **Beperkingen van de representativiteit van door patiënten gerapporteerde gegevens:** Het is belangrijk op te merken dat alle resultaten in deze studie uitsluitend zijn gebaseerd op door patiënten gerapporteerde gegevens en niet worden ondersteund door objectieve klinische resultaten. Deze afhankelijkheid van subjectieve metingen kan de interpretatie van de bevindingen beïnvloeden, wat de noodzaak onderstreept van toekomstig onderzoek om klinische gegevens te integreren voor een uitgebreider begrip van patiëntgerichte zorg.

Implicaties voor vervolgonderzoek en beleid

Deze bevindingen benadrukken de noodzaak van een genuanceerde benadering van patiëntgerichte zorg die verder gaat dan medische diagnoses. Algemene gezondheid, welzijn en lichamelijke gezondheid – zoals vastgelegd in PROMs – bleken nauw verband te houden met de ervaringen van patiënten (PREMs). Dit onderstreept het belang van het integreren van het perspectief van patiënten in de evaluatie van en besluitvorming over de gezondheidszorg. De resultaten van de PaRIS-enquête kunnen als basis dienen voor nieuwe beleidsinitiatieven. Dit zal de ontwikkeling mogelijk maken van effectief beleid dat gericht is op patiëntgerichte en geïntegreerde zorg.

Hoewel deze studie waardevolle inzichten oplevert, moeten bepaalde verbeteringen worden overwogen voor de volgende onderzoekscyclus (bevestigd door de OESO). Het aanpakken van selectiebias bij de deelname van huisartsen en patiënten, het uitbreiden van vertaalinspanningen om meer minderheidsgroepen te bereiken en het onderzoeken van alternatieve onderzoeksmethoden om analfabeten te betrekken, zullen de representativiteit van toekomstige bevindingen vergroten. Bovendien zal het erkennen van de beperkingen van de huidige studie helpen om de methodologieën te verfijnen en de generaliseerbaarheid van patiëntgerichte zorgbeoordelingen in België te verbeteren. Door deze aspecten kritisch te evalueren en gerichte strategieën te implementeren, kan toekomstig onderzoek beter bijdragen aan beleid dat de toegankelijkheid, het vertrouwen en de kwaliteit van de gezondheidszorg voor alle patiënten verbetert, ongeacht hun sociaaleconomische of demografische achtergrond.

CONCLUSION

Dit onderzoek is een belangrijke mijlpaal als eerste internationale en nationale initiatief om de kwaliteit van de zorg vanuit het perspectief van de patiënt te evalueren met behulp van Patient-Reported Experience Measures (PREMs) en Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) in de eerstelijnszorg.

Door de focus te verleggen van “*What’s the matter?*” naar “*What matters to you?*”, gaat deze studie verder dan kwantitatieve evaluatie en biedt ze zinvolle inzichten in hoe patiënten zorg werkelijk ervaren. Deze patiëntgerichte benadering biedt waardevolle richtlijnen voor het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg op basis van wat het belangrijkste is voor degenen die zorg ontvangen in België.

REFERENTIES

1. OECD. *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD; 2023. doi:10.1787/7a7afb35-en
2. Reig-Garcia G, Cámara-Liebana D, Suñer-Soler R, et al. Assessment of Standardized Care Plans for People with Chronic Diseases in Primary Care Settings. *Nurs Rep*. 2024;14(2):801-815. doi:10.3390/nursrep14020062
3. Cramm JM, Nieboer AP. Relational coordination promotes quality of chronic care delivery in Dutch disease-management programs. *Health Care Manage Rev*. 2012;37(4):301-309. doi:10.1097/HMR.0b013e3182355ea4
4. Jowsey T, Dennis S, Yen L, Mofizul Islam M, Parkinson A, Dawda P. Time to manage: patient strategies for coping with an absence of care coordination and continuity. *Sociol Health Illn*. 2016;38(6):854-873. doi:10.1111/1467-9566.12404
5. OECD. *Measuring What Matters: The Patient-Reported Indicator Surveys*. OECD Publishing; 2019. doi:10.1787/2148719d-en
6. van Merode T, van de Ven K, van den Akker M. Patients with multimorbidity and their treatment burden in different daily life domains: a qualitative study in primary care in the Netherlands and Belgium. *J Comorb*. 2018;8(1):9-15. doi:10.15256/joc.2018.8.119
7. Martens M, Danhieux K, Van Belle S, et al. Integration or Fragmentation of Health Care? Examining Policies and Politics in a Belgian Case Study. *Int J Health Policy Manag*. 2022;11(9):1668-1681. doi:10.34172/ijhpm.2021.58
8. De Maeseneer J, Galle A. Belgium's Healthcare System: The Way Forward to Address the Challenges of the 21st Century; Comment on "Integration or Fragmentation of Health Care? Examining Policies and Politics in a Belgian Case Study." *International Journal of Health Policy and Management*. 2023;12(Issue 1):1-4. doi:10.34172/ijhpm.2022.7070
9. Jamieson Gilmore K, Corazza I, Coletta L, Allin S. The uses of Patient Reported Experience Measures in health systems: A systematic narrative review. *Health Policy*. 2023;128:1-10. doi:10.1016/j.healthpol.2022.07.008
10. Maertens de Noordhout C, Devos C, Adriaenssens J, Bouckaert N, Ricour C, Gerkens S. Health system performance assessment: care for people living with chronic conditions.
11. Nolte E, Knai C, Saltman R. *Assessing Chronic Disease Management in European Health Systems. Concepts and Approaches*.; 2014.
12. van den Berg M, others. *PaRIS Field Trial Report: Technical Report on the International PaRIS Survey of People Living with Chronic Conditions*. OECD Publishing; 2024. doi:10.1787/e5725c75-en
13. OECD. *Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*. OECD Publishing; 2025. doi:10.1787/c8af05a5-en
14. Groenewegen P, Spreeuwenberg P, Timans R, et al. Data analysis plan of the OECD PaRIS survey: leveraging a multi-level approach to analyse data collected from people living with chronic conditions and their primary care practices in 20 countries. *BMC Research Notes*. 2024;17(1):157. doi:10.1186/s13104-024-06815-7
15. R Core Team. *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing; 2024. <https://www.R-project.org/>

REFERENTIES

16. Cella D, Yount S, Rothrock N, et al. The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS): Progress of an NIH Roadmap Cooperative Group During its First Two Years. *Medical Care*. 2007;45(5):S3. doi:10.1097/01.mlr.0000258615.42478.55
17. Hays RD, Bjorner JB, Revicki DA, Spritzer KL, Cella D. Development of physical and mental health summary scores from the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS) global items. *Qual Life Res*. 2009;18(7):873-880. doi:10.1007/s11136-009-9496-9
18. Bonsignore M, Barkow K, Jessen F, Heun PDR. Validity of the Five-item WHO Well-Being Index (WHO-5) in an elderly population. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2001;251 Suppl 2:II27-31. doi:10.1007/BF03035123
19. Sugavanam T, Fosh B, Close J, Byng R, Horrell J, Lloyd H. Codesigning a Measure of Person-Centred Coordinated Care to Capture the Experience of the Patient: The Development of the P3CEQ. *Journal of Patient Experience*. 2018;5(3):201-211. doi:10.1177/2374373517748642
20. Lloyd H, Fosh B, Close J, Byng R. Validation of the Person Centred Coordinated Care Experience Questionnaire. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2018;31. doi:10.1093/intqhc/mzy212
21. Parker J, Regan J, Petroski J. Beneficiary Activation in the Medicare Population. *MMRR*. 2014;4(4):E1-E14. doi:10.5600/mmrr.004.04.b02
22. 2017 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults. November 15, 2017. Accessed July 31, 2024. <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2017/nov/2017-commonwealth-fund-international-health-policy-survey-older>
23. Maibach E, Weber D, Massett H, Hancock G, Price S. Understanding Consumers' Health Information Preferences Development and Validation of a Brief Screening Instrument. *Journal of health communication*. 2007;11:717-736. doi:10.1080/10810730600934633
24. OECD. Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS): Belgium. 2025. https://www.oecd.org/en/publications/does-healthcare-deliver-results-from-the-patient-reported-indicator-surveys-paris_748c8b9a-en/belgium_d4ba0ccc-en.html

LIJST VAN TABELLEN

| | |
|---|----|
| Tabel 1 • Porter Novelli schaalgroepering op basis van factoranalyse, PaRIS Enquête, België..... | 20 |
| Tabel 2 • Socio-demografische factoren van de respondenten, PaRIS Enquête, België..... | 23 |
| Tabel 3 • Wijze van voltooiing (online of op papier) met socio-demografische factoren (kolom %(n)). Ontbrekende waarden werden uitgesloten. PaRIS Enquête, België..... | 24 |
| Tabel 4 • PaRIS10-indicatoren maken gebruik van Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) en Patient-Reported Experience Measures (PREMs) | 25 |
| Tabel 5 • PaRIS10-indicatoren per chronische aandoening, PaRIS Enquête, België..... | 48 |
| Tabel 6 • PaRIS10 PREMs gedichotomiseerd per PaRIS10 PROMs, PaRIS Enquête, België | 49 |
| Tabel 7 • PaRIS10 PROMs gedichotomiseerd per PaRIS10 PREMs, PaRIS Enquête, België | 50 |
| Tabel 8 • PaRIS10-indicatoren per type zorg ontvangen tijdens hun laatste consult, PaRIS-enquête, België | 53 |
| Tabel 9 • PaRIS10 indicatoren per VT/BIM, PaRIS Enquête, België..... | 57 |
| Tabel 10 • Vragenlijst voor zorgverleners samengevoegd met de patiënte enquête en gestratificeerd naar het aantal gerapporteerde chronische aandoeningen (kolom%(n)). Ontbrekende gegevens werden buiten beschouwing gelaten. PaRIS Enquête, België | 59 |
| Tabel A1 • Herschaling van standaardisatievariabelen volgens Groenewegen et al., 2024. PaRIS Enquête, België | 81 |

LIJST VAN FIGUREN

| | |
|--|----|
| Figuur 1 • Percentage respondentent dat (zeer) goed of uitstekend rapporteert voor algemene gezondheid (%) per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4660) | 28 |
| Figuur 2 • Percentage respondentent dat (zeer) goed of uitstekend rapporteert voor algemene gezondheid (%) per leeftijdsgroep en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4660) | 28 |
| Figuur 3 • Percentage respondentent dat (zeer) goed of uitstekend rapporteert voor algemene gezondheid (%) per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4660) | 28 |
| Figuur 4 • Percentage respondentent dat (zeer) goed of uitstekend rapporteert voor Algemene gezondheid (%) per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4660) | 28 |
| Figuur 5 • Gemiddelde score voor respondentent voor welzijn per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4580) | 30 |
| Figuur 6 • Gemiddelde score voor respondentent voor welzijn per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4580) | 30 |
| Figuur 7 • Gemiddelde score voor respondentent voor welzijn per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4580) | 30 |
| Figuur 8 • Gemiddelde score voor respondentent voor welzijn per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4580) | 30 |
| Figuur 9 • Gemiddelde score voor respondentent voor lichamelijke gezondheid per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4604) | 32 |
| Figuur 10 • Gemiddelde score voor respondentent voor lichamelijke gezondheid per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4604) | 32 |
| Figuur 11 • Gemiddelde score voor respondentent voor lichamelijke gezondheid per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4604) | 32 |
| Figuur 12 • Gemiddelde score voor respondentent voor lichamelijke gezondheid per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4604) | 32 |
| Figuur 13 • Gemiddelde score voor respondentent voor mentale gezondheid per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 3921) | 34 |
| Figuur 14 • Gemiddelde score voor respondentent voor mentale gezondheid per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 3921) | 34 |
| Figuur 15 • Gemiddelde score voor respondentent voor mentale gezondheid per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 3921) | 34 |
| Figuur 16 • Gemiddelde score voor respondentent voor mentale gezondheid per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 3921) | 34 |
| Figuur 17 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) goed of uitstekend te zijn in sociale activiteiten en rollen (%) per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4634) | 36 |
| Figuur 18 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) goed of uitstekend te zijn in sociale activiteiten en rollen (%) per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4634) | 36 |
| Figuur 19 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) goed of uitstekend te zijn in sociale activiteiten en rollen (%) per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4634) | 36 |
| Figuur 20 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) goed of uitstekend te zijn in sociale activiteiten en rollen (%) per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4634) | 36 |
| Figuur 21 • Percentage respondentent dat de medische zorg in de afgelopen 12 maanden als (zeer) goed of uitstekend beoordeelt (%) per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4442) | 38 |
| Figuur 22 • Percentage respondentent dat de medische zorg in de afgelopen 12 maanden als (zeer) goed of uitstekend beoordeelt (%) per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4442) | 38 |
| Figuur 23 • Percentage respondentent dat de medische zorg in de afgelopen 12 maanden als (zeer) goed of uitstekend beoordeelt (%) per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4442) | 38 |
| Figuur 24 • Percentage respondentent dat de medische zorg in de afgelopen 12 maanden als (zeer) goed of uitstekend beoordeelt (%) per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4442) | 38 |

| | |
|--|-----------|
| Figuur 25 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) veel vertrouwen te hebben in het beheren van hun eigen gezondheid en welzijn (%) per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4541) | 40 |
| Figuur 26 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) veel vertrouwen te hebben in het beheren van hun eigen gezondheid en welzijn (%) per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4541) | 40 |
| Figuur 27 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) veel vertrouwen te hebben in het beheren van hun eigen gezondheid en welzijn (%) per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4541) | 40 |
| Figuur 28 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) veel vertrouwen te hebben in het beheren van hun eigen gezondheid en welzijn (%) per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4541) | 40 |
| Figuur 29 • Percentage dat het eens of zeer eens is met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is (%) per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4478) | 42 |
| Figuur 30 • Percentage dat het eens of zeer eens is met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is (%) per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4478) | 42 |
| Figuur 31 • Percentage dat het eens of zeer eens is met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is (%) per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4478) | 42 |
| Figuur 32 • Percentage dat het eens of zeer eens is met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is (%) per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4478) | 42 |
| Figuur 33 • Gemiddelde scores voor ervaren zorgcoördinatie per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 2496) | 44 |
| Figuur 34 • Gemiddelde scores voor ervaren zorgcoördinatie per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 2496) | 44 |
| Figuur 35 • Gemiddelde scores voor ervaren zorgcoördinatie per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 2496) | 44 |
| Figuur 36 • Gemiddelde scores voor ervaren zorgcoördinatie per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 2496) | 44 |
| Figuur 37 • Gemiddelde scores voor persoonsgerichtheid van de zorg per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 2647) | 46 |
| Figuur 38 • Gemiddelde scores voor persoonsgerichtheid van de zorg per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 2647)..... | 46 |
| Figuur 39 • Gemiddelde scores voor persoonsgerichtheid van de zorg per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 2647) | 46 |
| Figuur 40 • Gemiddelde scores voor persoonsgerichtheid van de zorg per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 2647)..... | 46 |
| Figuur 41 • Gemiddelde score voor de 5-punt gezondheidsgeletterdheidindex per geslacht en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4555) | 51 |
| Figuur 42 • Gemiddelde score voor de 5-punt gezondheidsgeletterdheidindex per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4555) | 51 |
| Figuur 43 • Gemiddelde score voor de 5-punt gezondheidsgeletterdheidindex per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4555)..... | 52 |
| Figuur 44 • Gemiddelde score voor de 5-punt gezondheidsgeletterdheidindex per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen, PaRIS Enquête, België (n = 4555) | 52 |
| Figuur 45 • Percentage patiënten dat aangaf een zorgplan te hebben per chronische aandoening, PaRIS Enquête, België (n = 3414)..... | 55 |
| Figuur 46 • Percentage respondentent met een verschillend aantal chronische aandoeningen en bijhorende praktijk karakteristieken, PaRIS Enquête, België | 60 |
| Figuur 47 • PaRIS10-sleutelindicatoren voor België, ontleend uit de ‘country notes’ (n = 4577)²⁴ | 65 |
| Figuur A1 • Percentage respondentent dat (zeer) goed of uitstekend rapporteert voor Algemene gezondheid (%) per geslacht en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 92 |
| Figuur A2 • Percentage respondentent dat (zeer) goed of uitstekend rapporteert voor Algemene gezondheid (%) per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 92 |

| | |
|---|----|
| Figuur A3 • Percentage respondentent dat (zeer) goed of uitstekend rapporteert voor Algemene gezondheid (%) per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 92 |
| Figuur A4 • Percentage respondentent dat (zeer) goed of uitstekend rapporteert voor Algemene gezondheid (%) per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 92 |
| Figuur A5 • Gemiddelde score voor respondentent voor welzijn per geslacht en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 93 |
| Figuur A6 • Gemiddelde score voor respondentent voor welzijn per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 93 |
| Figuur A7 • Gemiddelde score voor respondentent voor welzijn per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 93 |
| Figuur A8 • Gemiddelde score voor respondentent voor welzijn per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 93 |
| Figuur A9 • Gemiddelde score voor respondentent voor lichamelijke gezondheid per geslacht en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 94 |
| Figuur A10 • Gemiddelde score voor respondentent voor lichamelijke gezondheid per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 94 |
| Figuur A11 • Gemiddelde score voor respondentent voor lichamelijke gezondheid per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 94 |
| Figuur A12 • Gemiddelde score voor respondentent voor lichamelijke gezondheid per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 94 |
| Figuur A13 • Gemiddelde score voor respondentent voor mentale gezondheid per geslacht en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 95 |
| Figuur A14 • Gemiddelde score voor respondentent voor mentale gezondheid per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 95 |
| Figuur A15 • Gemiddelde score voor respondentent voor mentale gezondheid per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 95 |
| Figuur A16 • Gemiddelde score voor respondentent voor mentale gezondheid per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 95 |
| Figuur A17 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) goed of uitstekend te zijn in sociale activiteiten en rollen (%) per geslacht en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 96 |
| Figuur A18 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) goed of uitstekend te zijn in sociale activiteiten en rollen (%) per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 96 |
| Figuur A19 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) goed of uitstekend te zijn in sociale activiteiten en rollen (%) per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 96 |
| Figuur A20 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) goed of uitstekend te zijn in sociale activiteiten en rollen (%) per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 96 |
| Figuur A21 • Percentage respondentent dat de medische zorg in de afgelopen 12 maanden als (zeer) goed of uitstekend beoordeelt (%) per geslacht en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 97 |
| Figuur A22 • Percentage respondentent dat de medische zorg in de afgelopen 12 maanden als (zeer) goed of uitstekend beoordeelt (%) per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 97 |
| Figuur A23 • Percentage respondentent dat de medische zorg in de afgelopen 12 maanden als (zeer) goed of uitstekend beoordeelt (%) per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 97 |
| Figuur A24 • Percentage respondentent dat de medische zorg in de afgelopen 12 maanden als (zeer) goed of uitstekend beoordeelt (%) per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 97 |
| Figuur A25 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) veel vertrouwen te hebben in het beheren van hun eigen gezondheid en welzijn (%) per geslacht en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 98 |
| Figuur A26 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) veel vertrouwen te hebben in het beheren van hun eigen gezondheid en welzijn (%) per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 98 |

| | |
|---|-----|
| Figuur A27 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) veel vertrouwen te hebben in het beheren van hun eigen gezondheid en welzijn (%) per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 98 |
| Figuur A28 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) veel vertrouwen te hebben in het beheren van hun eigen gezondheid en welzijn (%) per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 98 |
| Figuur A29 • Percentage dat het eens of zeer eens is met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is (%) per geslacht en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 99 |
| Figuur A30 • Percentage dat het eens of zeer eens is met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is (%) per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 99 |
| Figuur A31 • Percentage dat het eens of zeer eens is met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is (%) per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 99 |
| Figuur A32 • Percentage dat het eens of zeer eens is met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is (%) per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 99 |
| Figuur A33 • Gemiddelde scores voor ervaren zorgcoördinatie per geslacht en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 100 |
| Figuur A34 • Gemiddelde scores voor ervaren zorgcoördinatie per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 100 |
| Figuur A35 • Gemiddelde scores voor ervaren zorgcoördinatie per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 100 |
| Figuur A36 • Gemiddelde scores voor ervaren zorgcoördinatie per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 100 |
| Figuur A37 • Gemiddelde scores voor persoonsgerichtheid van de zorg per geslacht en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 101 |
| Figuur A38 • Gemiddelde scores voor persoonsgerichtheid van de zorg per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 101 |
| Figuur A39 • Gemiddelde scores voor persoonsgerichtheid van de zorg per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 101 |
| Figuur A40 • Gemiddelde scores voor persoonsgerichtheid van de zorg per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België | 101 |

ADDENDUM

A1. Herschalen van standaardisatievariabelen

Tabel A1 • Herschaling van standaardisatievariabelen volgens Groenewegen et al., 2024. PaRIS Enquête, België

| MAN | VROUW | 45-54 | 55-64 | 65-74 | 75+ | MALE_std | FEMALE_std | age_std1 | age_std2 | age_std3 | age_std4 |
|-----|-------|-------|-------|-------|-----|----------|------------|----------|----------|----------|----------|
| 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0.522 | -0.522 | 0.717 | -0.289 | -0.226 | -0.202 |
| 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0.522 | -0.522 | -0.283 | 0.711 | -0.226 | -0.202 |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0.522 | -0.522 | -0.283 | -0.289 | 0.774 | -0.202 |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.522 | -0.522 | -0.283 | -0.289 | -0.226 | 0.798 |
| 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | -0.478 | 0.478 | 0.717 | -0.289 | -0.226 | -0.202 |
| 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | -0.478 | 0.478 | -0.283 | 0.711 | -0.226 | -0.202 |
| 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | -0.478 | 0.478 | -0.283 | -0.289 | 0.774 | -0.202 |
| 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | -0.478 | 0.478 | -0.283 | -0.289 | -0.226 | 0.798 |

A2. Paradata van de enquête

Er werden in totaal 4687 reacties op de patiëntenenquête verzameld. Van deze ontvangen enquêtes werden er 2799 (59,7%) online ingevuld en 1888 (40,3%) op papier. Opgemerkt moet worden dat van de 1888 papieren formulieren er 110 niet naar de OESO zijn gestuurd voor hun vlaggenschiprapport omdat ze na de uiterste inzenddatum zijn ontvangen; deze 110 formulieren zijn echter nog steeds opgenomen in onze totale tellingen/gegevens. In totaal hebben 3197 respondenten de Nederlandse versie van de vragenlijst gebruikt, 1462 de Franse versie en een beperkt aantal andere talen, waaronder Engels (19), Italiaans (4), Arabisch (3), Turks (1) en Spaans (1).

De gemiddelde tijd die patiënten nodig hadden om de vragenlijst online in te vullen, was 26,9 minuten. Er waren geen gegevens beschikbaar voor papieren vragenlijsten. Bij analyse per praktijk varieerde de gemiddelde invultijd van minimaal 21,3 minuten tot maximaal 43,6 minuten. Per geslacht was de gemiddelde tijd 27,7 minuten voor vrouwen en 27,4 minuten voor mannen. De invultijden per leeftijdscategorie waren als volgt: 25,4 minuten voor 45-54-jarigen, 26,3 minuten voor 55-64-jarigen, 27,4 minuten voor 65-74-jarigen en 32,1 minuten voor 75-plussers. Per opleidingsniveau waren de tijden 32,2 minuten voor respondenten zonder opleidingsniveau, met basisopleidingsniveau of lager secundair opleidingsniveau; 28,5 minuten voor respondenten met hoger secundair opleidingsniveau; en 25,6 minuten voor respondenten met hoger opleidingsniveau. Ten slotte bedroeg de invultijd per inkomensniveau 31,4 minuten voor respondenten met een laag inkomensniveau, 28,0 minuten voor patiënten met een gemiddeld inkomensniveau en 25,9 minuten voor respondenten met een hoog inkomensniveau. Merk op dat deze gegevens onderhevig zijn aan vertekening, aangezien alleen online ingevulde enquêtes in aanmerking zijn genomen en beschikbaar waren.

In 88,9% van de gevallen vulde de uitgenodigde persoon de enquête zelf in. Daarnaast werd 2,5% ingevuld door een vriend of familielid namens de uitgenodigde persoon, 2,9% werd gezamenlijk ingevuld en 0,9% met hulp van een zorgverlener of zorgmedewerker. In 4,9% van de gevallen werd geen informatie verstrekt over wie de vragenlijst had ingevuld.

A3. Huisartsenrapport

Op de volgende pagina vindt u een voorbeeld van het huisartsrapport dat individueel naar elke deelnemende huisarts is gestuurd. Elke huisarts ontving een gepersonaliseerd rapport. Dit voorbeeld is fictief en combineert gegevens van vijf huisartsenpraktijken om de anonimiteit te waarborgen. Het bevat de voorpagina en de kerninhoud, maar niet de achterpagina.

Het voorbeeld is in het Nederlands. Het rapport bevat demografische informatie over deelnemende patiënten, samen met inzichten in levensstijl en gezondheidsgedrag. Het bevat ook door patiënten gerapporteerde uitkomstmaten (PROMs) en door patiënten gerapporteerde ervaringsmaten (PREMs).

RAPPORT PARIS

Rapport van de geaggregeerde en geanonimiseerde resultaten van uw patiënten

D. ANNAERT¹ • R. EKELSON¹ • A. VAN VYVE¹ • R. DE SCHREYE¹

¹ Sciensano, Gezondheidszorgonderzoek, Brussel

April 2024 • Brussel • België

**VOORBEELD RAPPORT: data van vijf willekeurige
huisartsenpraktijken gecombineerd**

Nogmaals van harte bedankt voor uw deelname aan PaRIS

Een project van:



Onze partners:



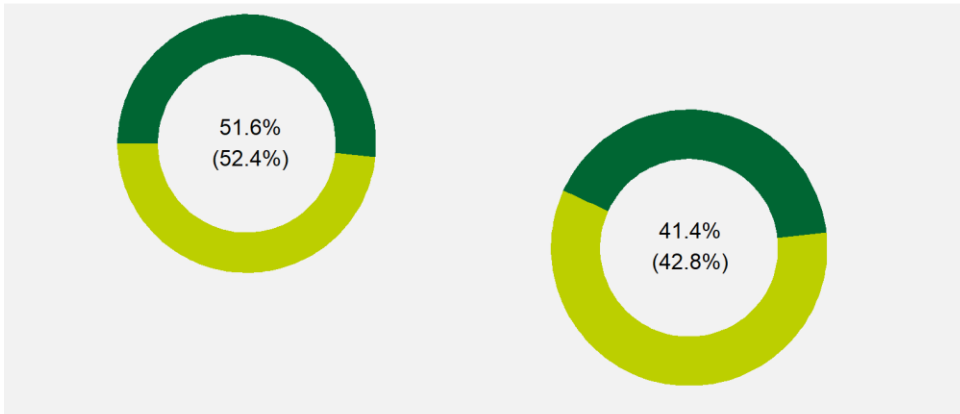
Ipsos MORI



DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

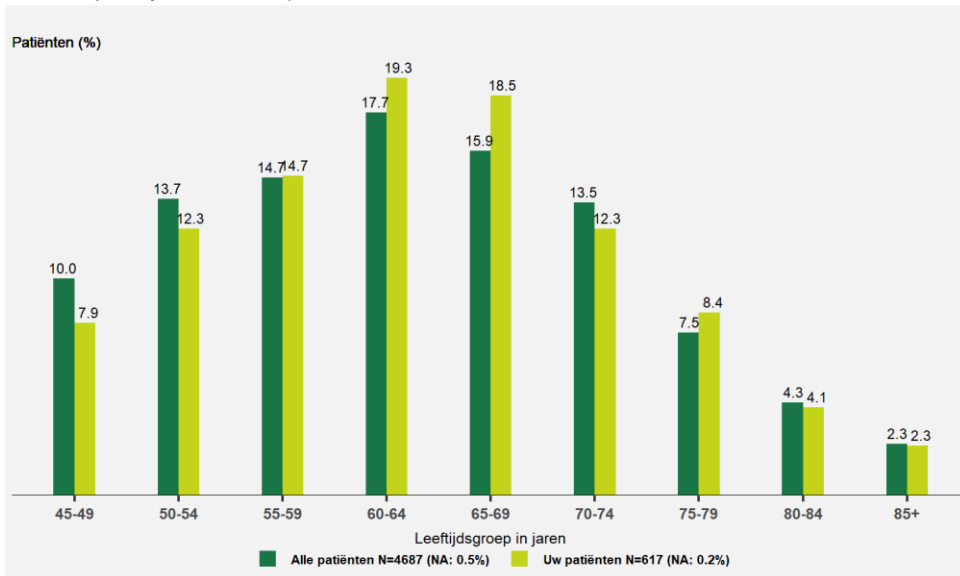
Demografie van de deelnemende patiënten aan PaRIS in uw praktijk en in België wordt weergegeven in de bijgevoegde figuren. Geslacht en leeftijd worden beschreven in de eerste twee figuren, terwijl de derde figuur het aantal chronische aandoeningen per patiënt weergeeft. 80% van de deelnemende patiënten rapporteerde dat ze minstens één chronische aandoening hadden. 48% meldde dat ze meer dan één chronische aandoening hadden.

FIGUUR 1 | Geslacht van alle patiënten (uw patiënten)

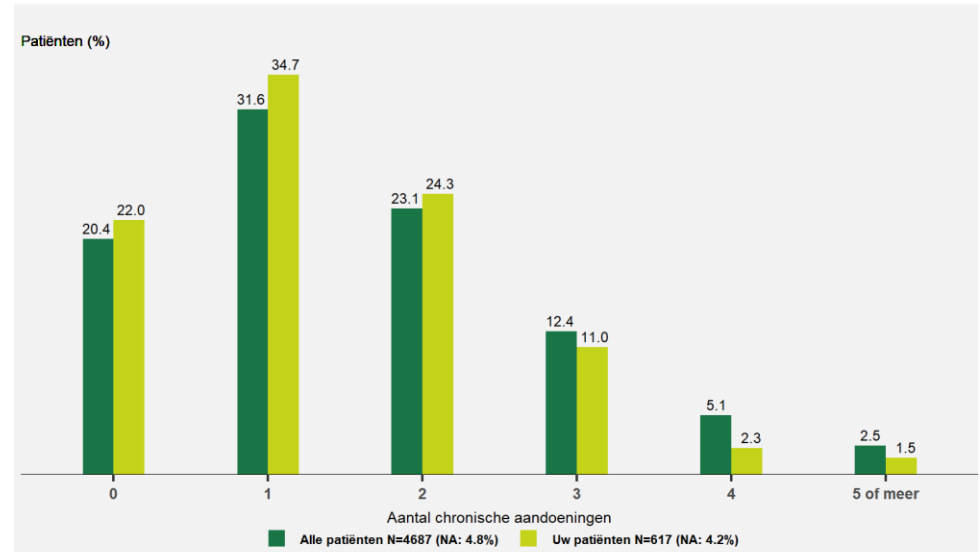


Alle patiënten: 0.8% duiden anders aan of zeggen liever niet wat hun geslacht is en 6.2% waren NA.
Uw patiënten: 1% duiden anders aan of zeggen liever niet wat hun geslacht is en 3.9% waren NA.

FIGUUR 2 | Leeftijd van alle en uw patiënten

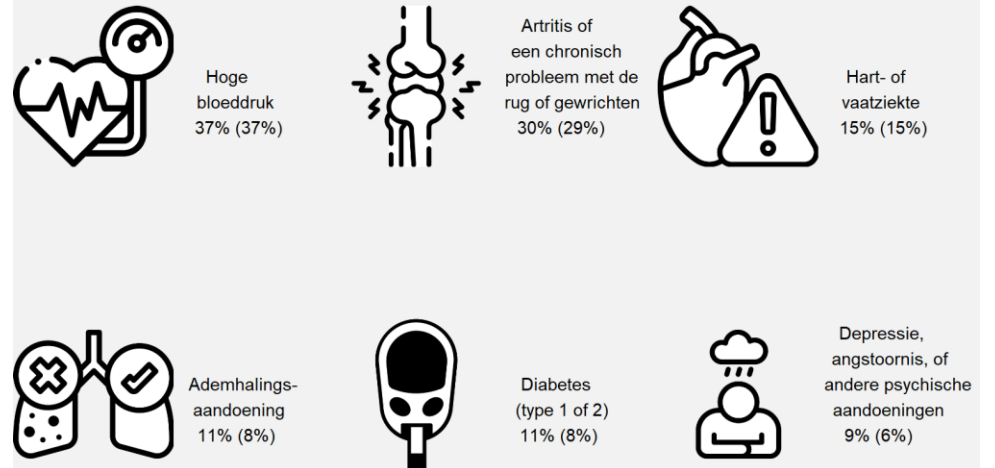


FIGUUR 3 | Aantal chronische aandoeningen



Meest gerapporteerde chronische aandoeningen - nationale data

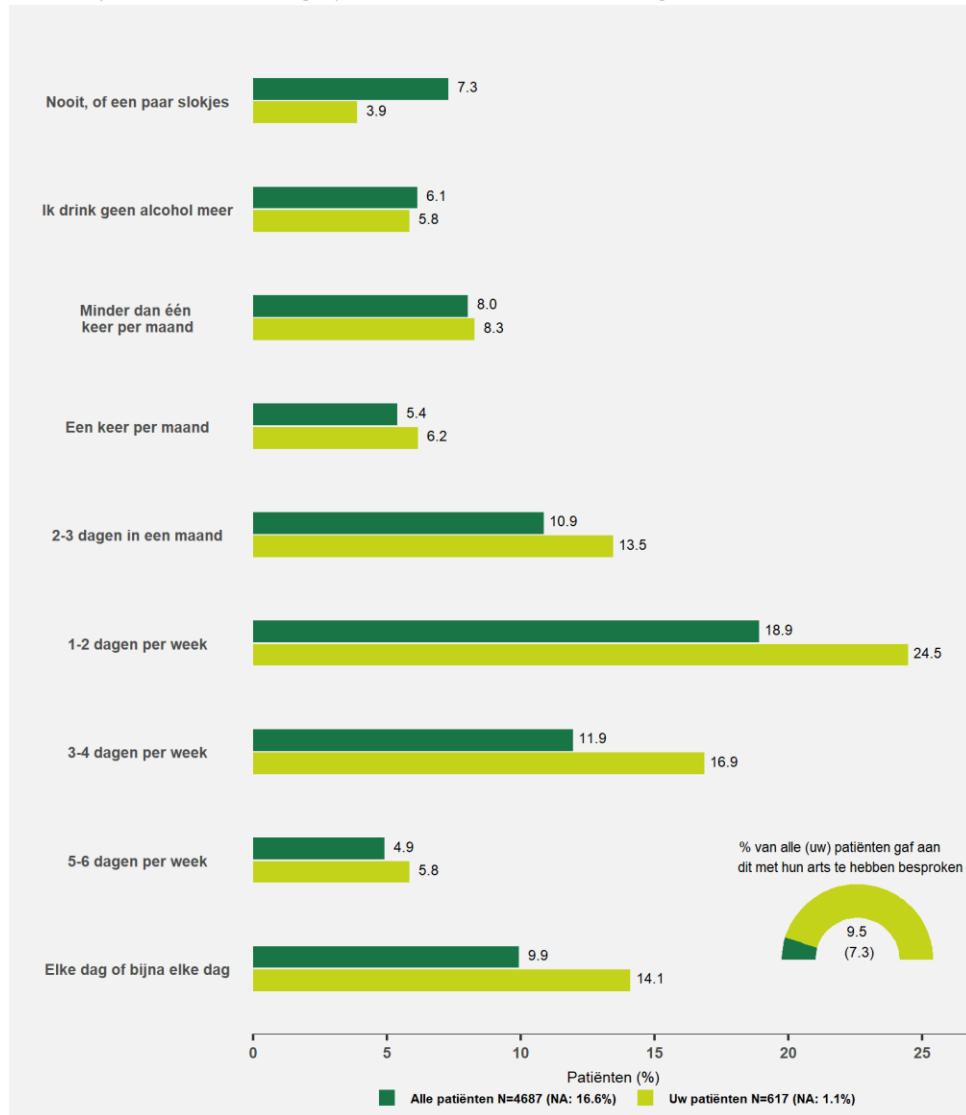
Alle patiënten (uw patiënten)



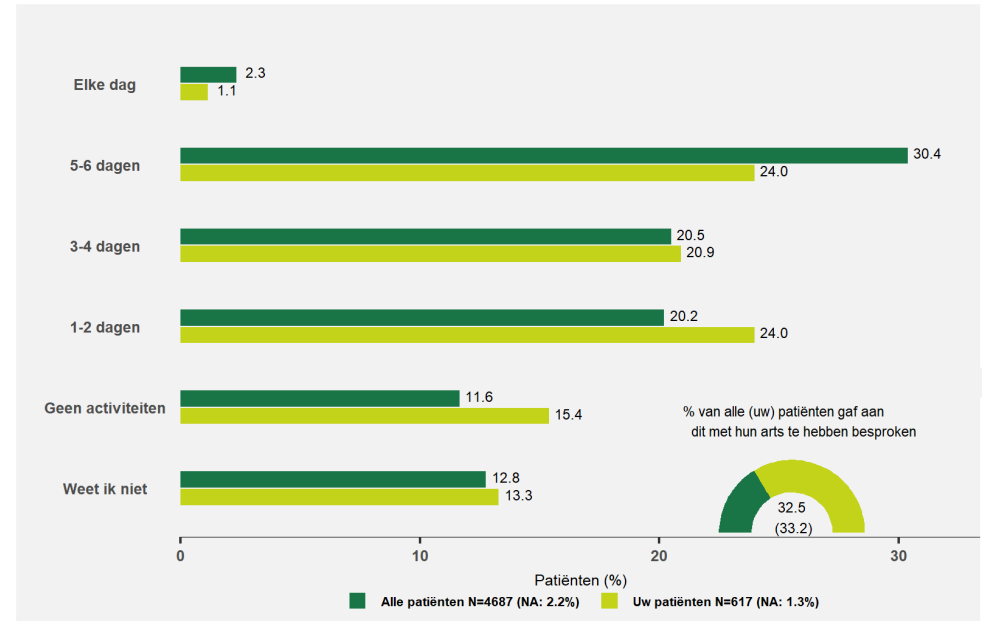
GEZONDHEIDSGEDRAG EN LEVENSTIJL

De levensstijl en het gezondheidsgedrag van mensen hebben een significante invloed op hun gezondheidstoestand. Onderstaande figuren tonen het belangrijkste gezondheidsgedrag van uw patiënten (lichaamsbeweging, alcohol- en tabaksgebruik) en het ontvangen preventieadvies, zoals gerapporteerd door de deelnemers.

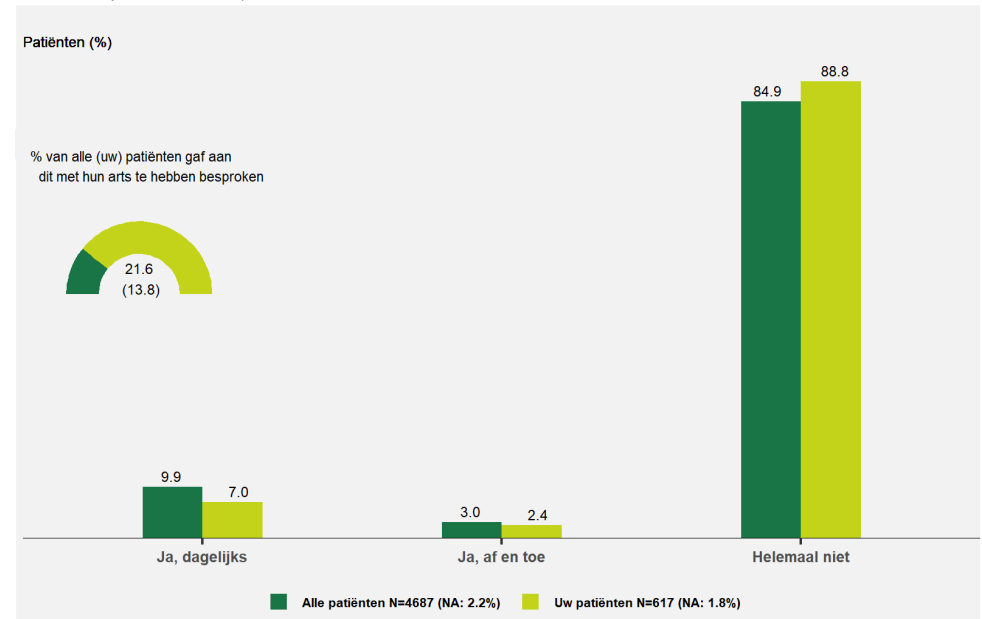
FIGUUR 4 | Hoe vaak hebt u in de afgelopen 12 maanden een alcoholische drank gedronken?



FIGUUR 5 | Hoeveel dagen hebt u vorige week minstens 30 minuten aan intensieve of matige activiteit gedaan?



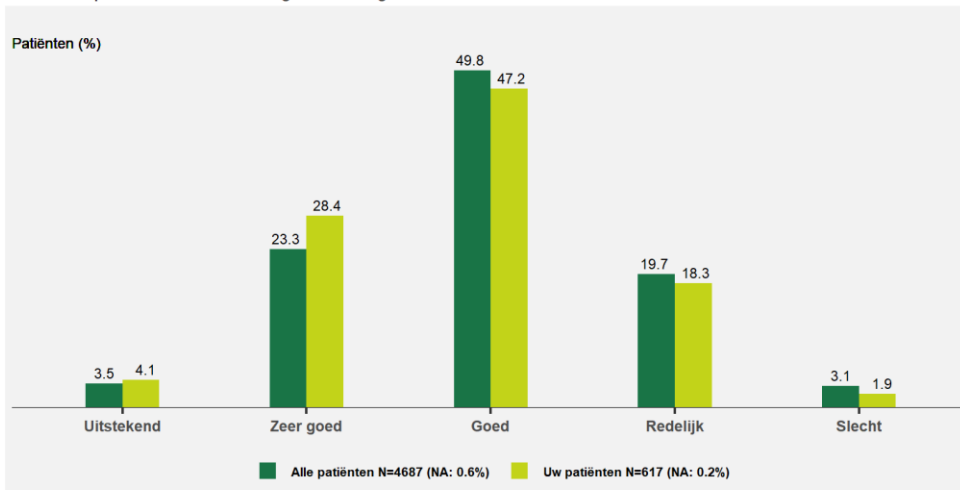
FIGUUR 6 | Rookt u tabaksproducten?



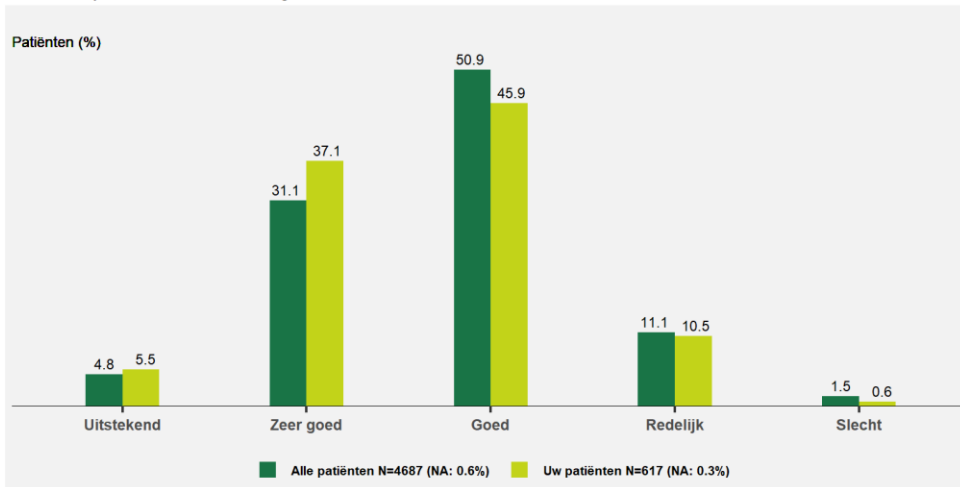
PROMs

PROMs (Patient Reported Outcomes Measurement) zijn meetinstrumenten die de persoonlijke beoordelingen van patiënten vastleggen met betrekking tot de impact van ziekte of zorg op hun algehele gezondheid en welzijn. Dit omvat aspecten zoals levenskwaliteit, symptomen en het vermogen om dagelijkse taken uit te voeren. De resultaten van PROMs worden beschouwd als veranderingen in de gezondheidstoestand, kennis of gedrag die direct kunnen worden toegeschreven aan eerdere gezondheidszorg. De figuren die volgen tonen de beoordeling van de algehele gezondheid en het welzijn door uw patiënten, samen met die van de volledige groep deelnemers in België.

FIGUUR 7 | Hoe vindt u over het algemeen uw gezondheid?



FIGUUR 8 | Hoe vindt u over het algemeen uw kwaliteit van leven?



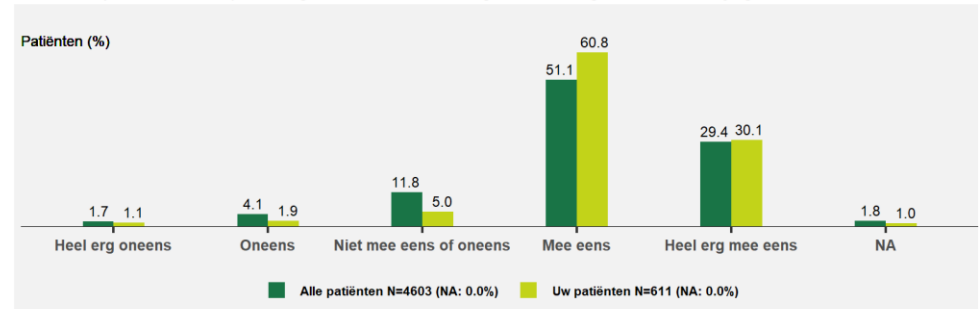
PREMs

PREMs (Patient Reported Experience Measurement) worden ingezet om de ervaring van patiënten tijdens het ontvangen van zorg vast te leggen. Het doel is om het effect van het zorgproces op de beleving van de patiënt te onderzoeken, in plaats van de uitkomsten van de zorg zelf. Bij het meten van PREMs is het van belang om, zoals bij PROMs, rekening te houden met het feit dat de antwoorden van patiënten worden beïnvloed door hun verwachtingen, voorkeuren, persoonlijkheid en eerdere ervaringen. De PREMs die besproken worden, worden opgedeeld in volgende categorieën: communicatie, patiëntgerichte zorg, gedeelde besluitvorming, gezondheidgeletterheid, patiënttevredenheid, en doelgerichte zorg. Deze categorieën zijn vaak van toepassing op meerdere vragen.

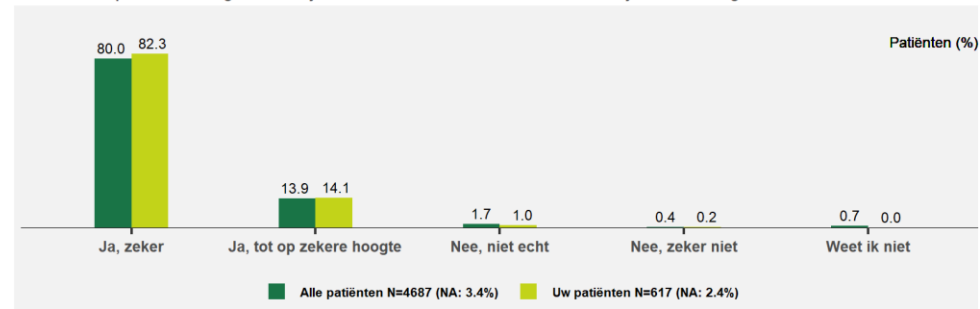
COMMUNICATIE



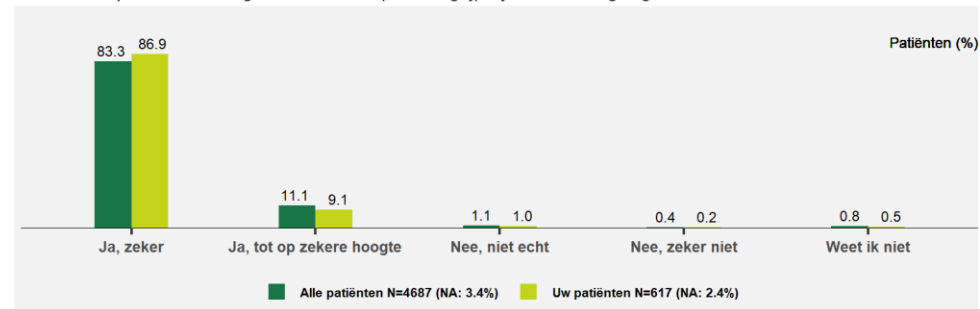
FIGUUR 9 | Ik vertrouw erop dat zorgverleners me alle nodige informatie geven om aan mijn gezondheid te werken.



FIGUUR 10 | Heeft de zorgverlener tijdens uw laatste consultatie voldoende tijd met u doorgebracht?



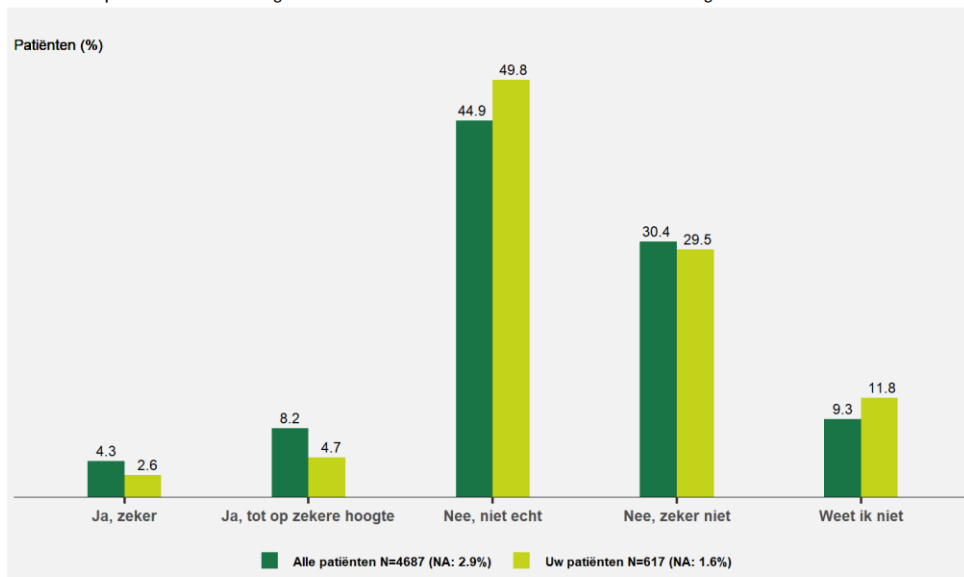
FIGUUR 11 | Heeft deze zorgverlener zaken op een begrijpelijke manier uitgelegd?



PATIËNTGERICHTE ZORG



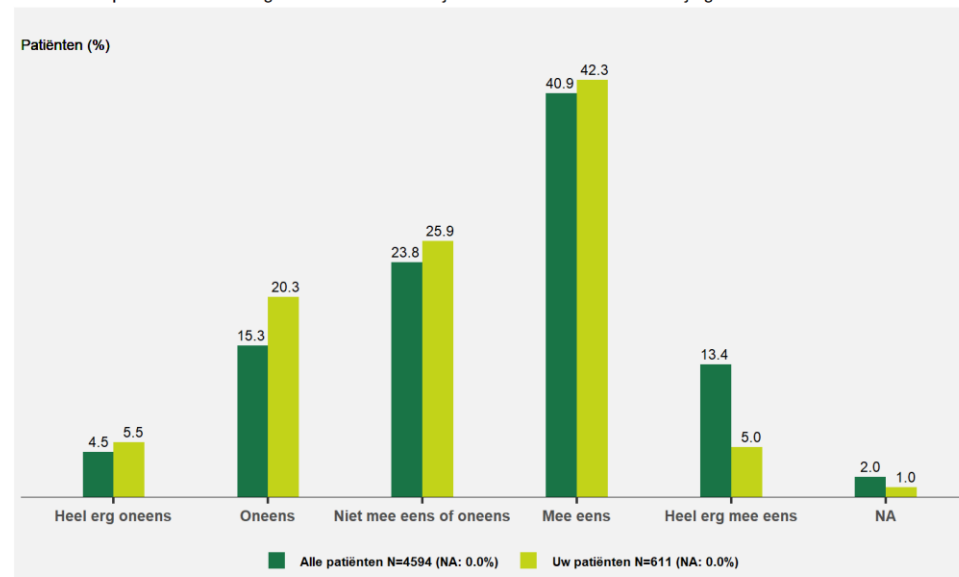
FIGUUR 12 | Is het wel eens voorgekomen dat u informatie moest herhalen die in uw zorgdossier had moeten staan?



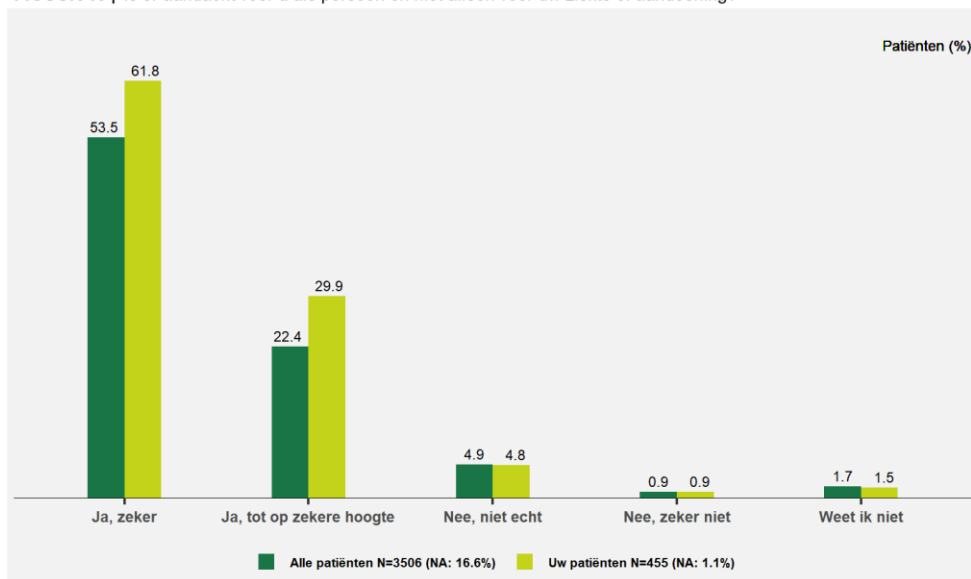
GEDEELDE BESLUITVORMING



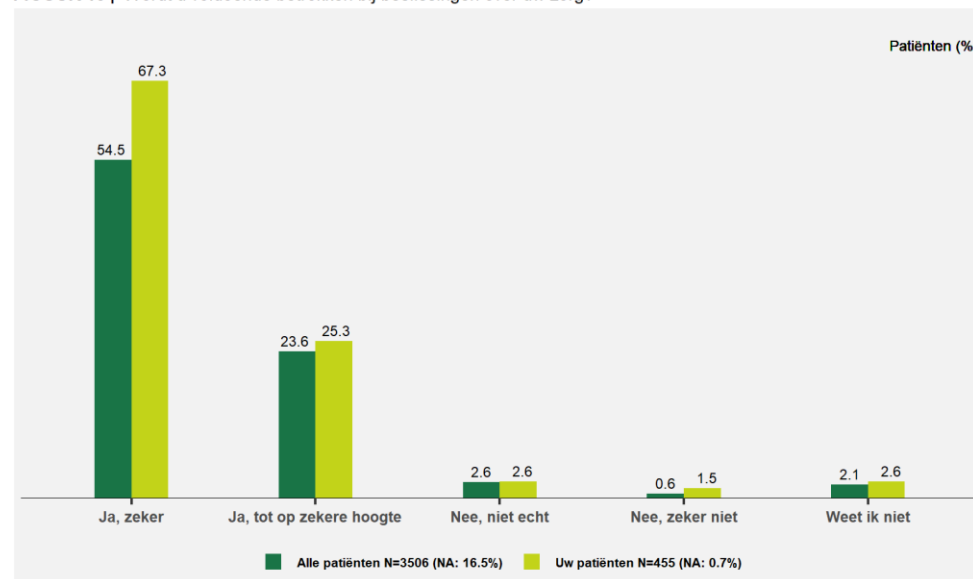
FIGUUR 14 | Ik laat het aan zorgverleners over om de juiste keuzes te maken over mijn gezondheid.



FIGUUR 13 | Is er aandacht voor u als persoon en niet alleen voor uw ziekte of aandoening?



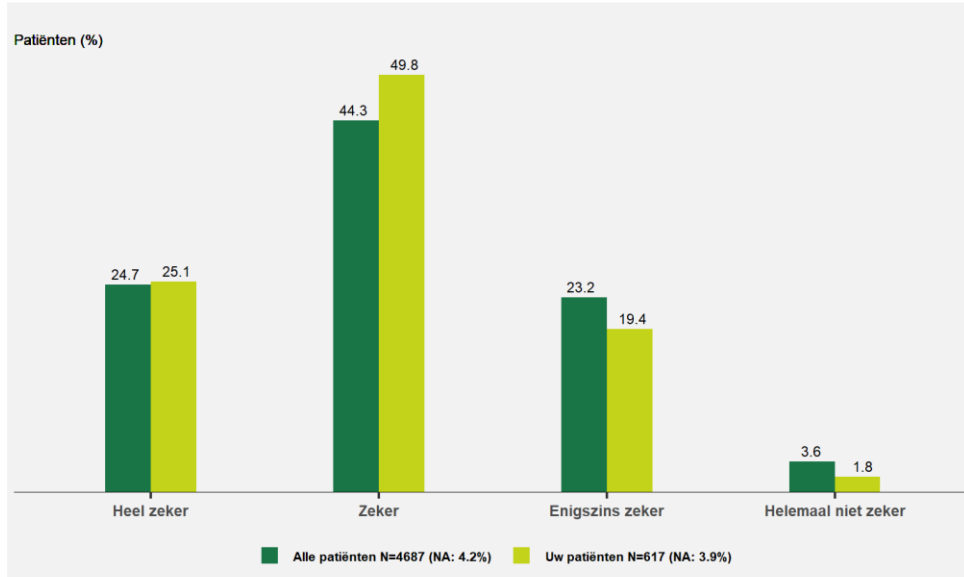
FIGUUR 15 | Wordt u voldoende betrokken bij beslissingen over uw zorg?



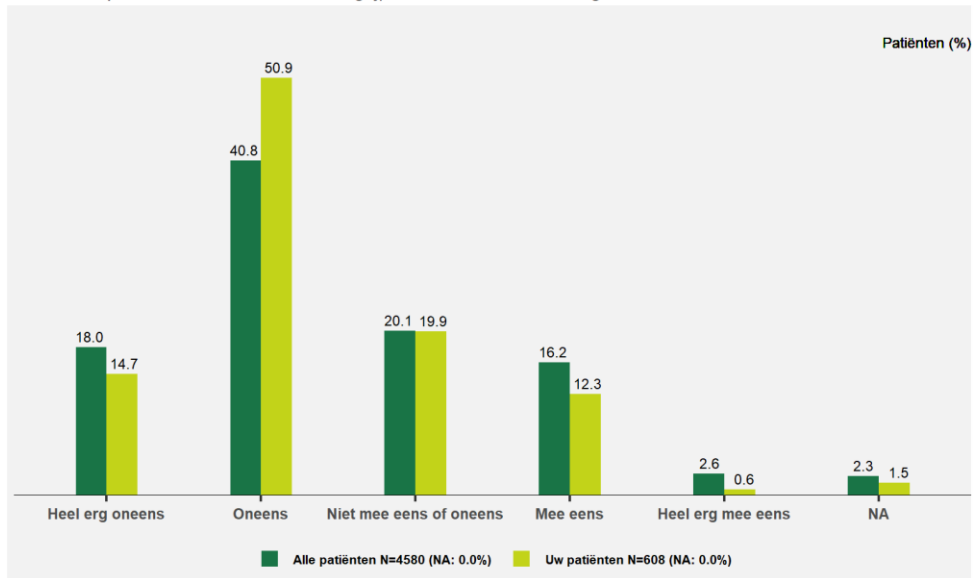
GEZONDHEIDGELETERDHEID



FIGUUR 16 | Hoe zeker bent u ervan dat u de instructies kunt volgen over hoe u thuis voor uzelf moet zorgen?



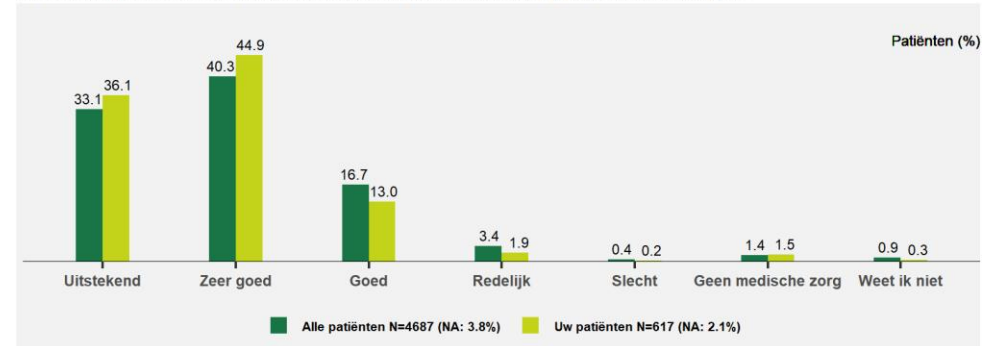
FIGUUR 17 | Ik heb vaak moeite met het begrijpen van de informatie over gezondheid die ik lees.



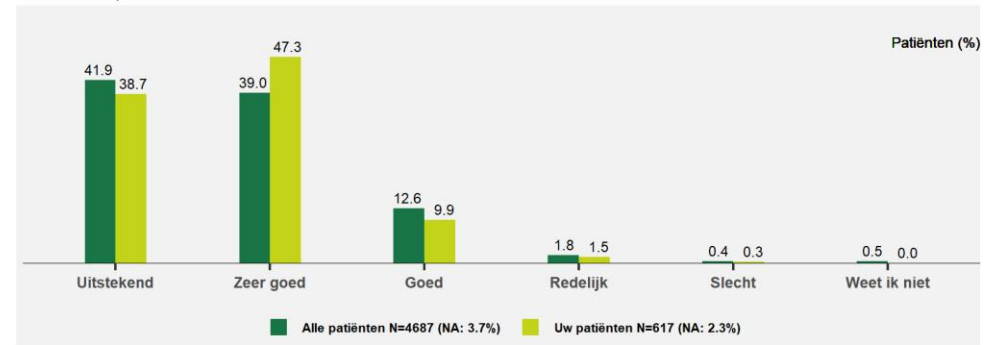
PATIËNTTEVREDENHEID



FIGUUR 18 | Hoe beoordeelt u de medische zorg die u in het afgelopen jaar hebt ontvangen?



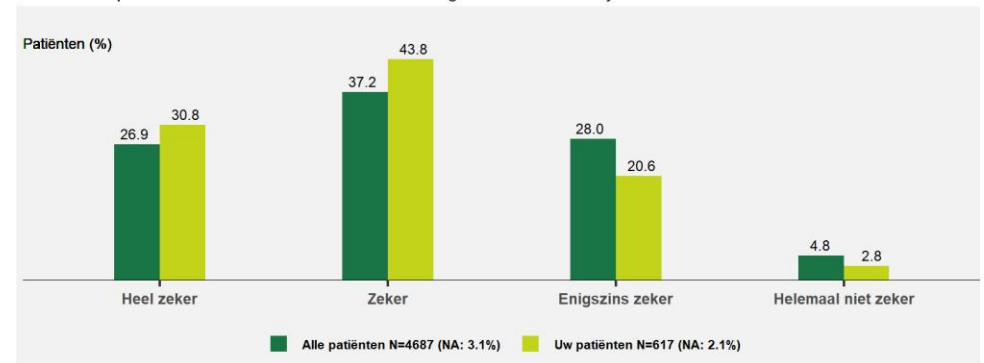
FIGUUR 19 | Hoe zou u de kwaliteit van uw laatste consultatie beoordelen?



DOELGERICHTE ZORG



FIGUUR 20 | Hoe zeker bent u ervan dat uzelf aan uw gezondheid en welzijn kunt werken?



A4. PaRIS10-indicatoren

Algemene gezondheid is gebaseerd op de vraag: *“Zou u in het algemeen zeggen dat uw gezondheid uitstekend, zeer goed, goed, redelijk of slecht is?”*. Het percentage patiënten dat ‘goed’, ‘zeer goed’ of ‘uitstekend’ Algemene gezondheid rapporteerde (in vergelijking met ‘redelijk’ of ‘slecht’) werd berekend. Onder respondenten met ten minste één chronische aandoening was dit percentage 70,5% (95% CI: 65,0% - 75,6%). Per chronische aandoening waren de percentages 95,8% (95% CI: 93,8% - 97,2%) voor degenen zonder chronische aandoening, 81,5% (95% CI: 76,9% - 85,4%) voor degenen met één chronische aandoening en 55,4% (95% CI: 48,7% - 62,0%) voor degenen met twee of meer chronische aandoeningen.

De **WHO-5 Welzijn Index** varieert van 0 tot 100, waarbij een hogere score duidt op een beter welzijn. Een score onder de 50 wordt vaak gebruikt als grenswaarde voor het risico op klinische depressie. Een score van 60 of hoger geeft aan dat de persoon zich meer dan de helft van de tijd positief voelde. Onder respondenten met ten minste één chronische aandoening was de gemiddelde score 58,7 (95% CI: 56,4 - 61,0). Per chronische aandoening was de gemiddelde score 67,9 (95% CI: 65,7 - 70,1) voor patiënten zonder chronische aandoeningen, 63,6 (95% CI: 61,4 - 65,9) voor degenen met één chronische aandoening en 52,0 (95% CI: 49,6 - 54,3) voor degenen met twee of meer chronische aandoeningen.

De indicator **lichamelijke gezondheid**, een T-score-maatstaf, gebruikt een gemiddelde van 50 en een standaardafwijking van 10, gebaseerd op de PROMIS-referentiepopulatie. Variërend van 16,2-67,7. Een score van 42 of hoger wordt beschouwd als een goede lichamelijke gezondheid. Onder respondenten met ten minste één chronische aandoening was de gemiddelde score voor lichamelijke gezondheid 44,6 (95% CI: 43,8 - 45,5). Per chronische aandoening was de gemiddelde score 51,0 (95% CI: 50,1 - 51,8) voor patiënten zonder chronische aandoeningen, 47,0 (95% CI: 46,2 - 47,9) voor patiënten met één chronische aandoening en 41,4 (95% CI: 40,4 - 42,3) voor patiënten met twee of meer chronische aandoeningen.

De indicator voor **mentale gezondheid**, eveneens een T-score-maatstaf, gebruikt een gemiddelde van 50 en een standaardafwijking van 10. Deze varieert van 21,2 tot 67,6. Een score van 40 of hoger wordt beschouwd als een goede mentale gezondheid. Onder respondenten met ten minste één chronische aandoening was de gemiddelde mentale gezondheidsscore 45,9 (95% CI: 45,1 - 46,8). Per chronische aandoening was de gemiddelde score 49,2 (95% CI: 48,4 - 50,0) voor patiënten zonder chronische aandoening(en), 47,4 (95% CI: 46,6 - 48,2) voor patiënten met één chronische aandoening en 43,8 (95% CI: 43,0 - 44,7) voor patiënten met twee of meer chronische aandoeningen.

Sociaal functioneren is gebaseerd op de vraag: *“Geef in het algemeen aan hoe goed u uw gebruikelijke sociale activiteiten en rollen uitvoert.”* Het percentage patiënten dat ‘goed’, ‘zeer goed’ of ‘uitstekend’ sociaal functioneren rapporteerde, werd berekend. Van de respondenten met ten minste één chronische aandoening rapporteerde 74,9% (95% CI: 68,5% - 80,5%) een goed sociaal functioneren. Per chronische aandoening waren de percentages 94,8% (95% CI: 92,5% - 96,5%) voor degenen zonder chronische aandoening, 90,1% (95% CI: 86,6% - 92,8%) voor degenen met één chronische aandoening en 74,9% (95% CI: 68,5% - 80,5%) voor degenen met twee of meer chronische aandoeningen.

De **ervaren kwaliteit van de medische zorg** is gebaseerd op de vraag: *“Als u alle aspecten van de zorg die u hebt ontvangen in ogenschouw neemt, hoe beoordeelt u dan in het algemeen de medische zorg die u in de afgelopen 12 maanden van uw eerstelijnsgezondheidscentrum hebt ontvangen?”*. Het percentage patiënten dat aangaf ‘goede’, ‘zeer goede’ of ‘uitstekende’ ervaringen te hebben gehad met de kwaliteit van de medische zorg in de afgelopen 12 maanden (in vergelijking met ‘redelijk’, ‘slecht’ of ‘weet niet’) werd berekend. Van alle respondenten met ten minste één chronische aandoening was het percentage dat goede ervaringen met medische zorg rapporteerde 94,4% (95% CI: 90,9% - 96,6%). Per chronische aandoening waren de percentages 95,9% (95% CI: 93,3% - 97,6%) voor degenen

zonder chronische aandoening, 95,3% (95% CI: 92,3% – 97,2%) voor degenen met één chronische aandoening en 93,2% (95% CI: 89,1% – 95,9%) voor degenen met twee of meer chronische aandoeningen.

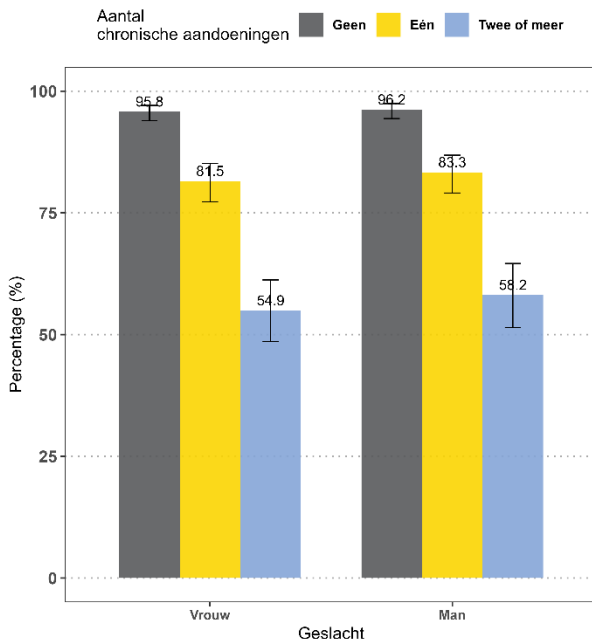
Vertrouwen in zelfmanagement is gebaseerd op de vraag: *“Hoe zeker bent u dat u uw eigen gezondheid en welzijn kunt beheren?”*. Het percentage patiënten dat aangaf ‘zeker’ of ‘zeer zeker’ te zijn (in vergelijking met ‘enigszins zeker’ of ‘helemaal niet zeker’) werd berekend. Van alle respondenten met ten minste één chronische aandoening gaf 61,1% (95% CI: 54,7% – 67,3%) aan vertrouwen te hebben in het beheren van hun eigen gezondheid. Per chronische aandoening waren de percentages 71,1% (95% CI: 65,5% – 76,2%) voor degenen zonder chronische aandoening, 64,5% (95% CI: 58,3% – 70,4%) voor degenen met één chronische aandoening en 56,5% (95% CI: 49,8% – 63,0%) voor degenen met twee of meer chronische aandoeningen.

Het vertrouwen in het gezondheidszorgsysteem is gebaseerd op de vraag: *“In hoeverre bent u het eens of oneens met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is?”*. Het percentage patiënten dat ‘mee eens’ of ‘zeer mee eens’ was (in vergelijking met degenen die ‘noch mee eens, noch oneens’, ‘oneens’ of ‘zeer oneens’ waren) werd berekend. Van alle respondenten was 67,0% (95% CI: 61,7% – 71,9%) het eens of zeer eens dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is. Per chronische aandoening waren de percentages 69,7% (95% CI: 65,0% – 74,1%) voor degenen zonder chronische aandoening, 68,7% (95% CI: 63,7% – 73,4%) voor degenen met één chronische aandoening en 64,5% (95% CI: 59,0% – 69,7%) voor degenen met twee of meer chronische aandoeningen.

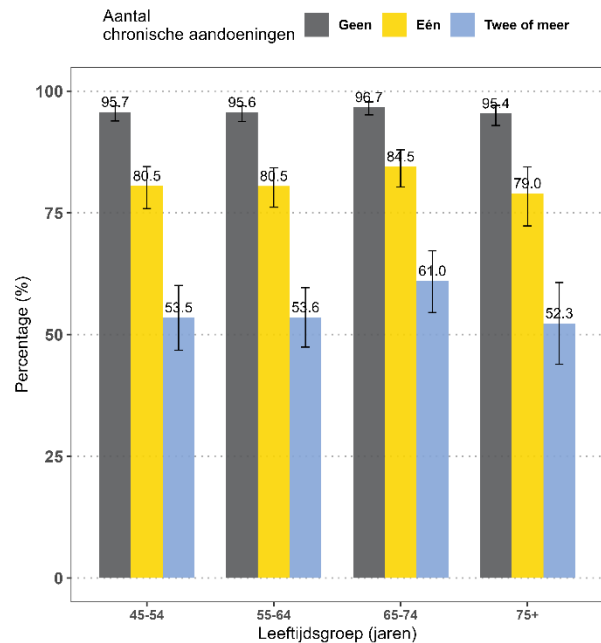
De **zorgcoördinatie indicator**, zoals eerder beschreven in de methodologie, varieert van 0 tot 15. Hogere scores duiden op een betere zorgcoördinatie. Een score van 7,5 of hoger vertegenwoordigt een gemiddeld antwoord van 50% of meer op de vijf vragen in de schaal, terwijl een score van 10 of hoger overeenkomt met een gemiddeld antwoord van 66,6% of meer. Er werden geen gegevens gevraagd voor personen zonder chronische aandoeningen. Onder de respondenten met ten minste één chronische aandoening was de gemiddelde score 8,8 (95% CI: 8,2 – 9,3). Per chronische aandoening was de gemiddelde score 8,6 (95% CI: 8,0 – 9,1) voor personen met één chronische aandoening en 9,1 (95% CI: 8,5 – 9,6) voor personen met twee of meer chronische aandoeningen.

De indicator **persoonsgerichte zorg**, zoals eerder beschreven in de methodologie, varieert van 0 tot 24. Een hogere score duidt op een betere persoonsgerichtheid, d.w.z. mensen die de zorg als zeer persoonsgericht ervoeren. Een score van 12, wat neerkomt op een gemiddelde respons van ten minste 50% op de acht vragen, en een score van 16, wat neerkomt op een gemiddelde van 66,6%. Er werd geen data gevraagd voor personen zonder chronische aandoening. Onder respondenten met ten minste één chronische aandoening was de gemiddelde score 17,7 (95% CI: 17,1 – 18,2). Per chronische aandoening was de gemiddelde score 17,8 (95% CI: 17,3 – 18,4) voor personen met één chronische aandoening en 17,5 (95% CI: 16,9 – 18,0) voor personen met twee of meer chronische aandoeningen.

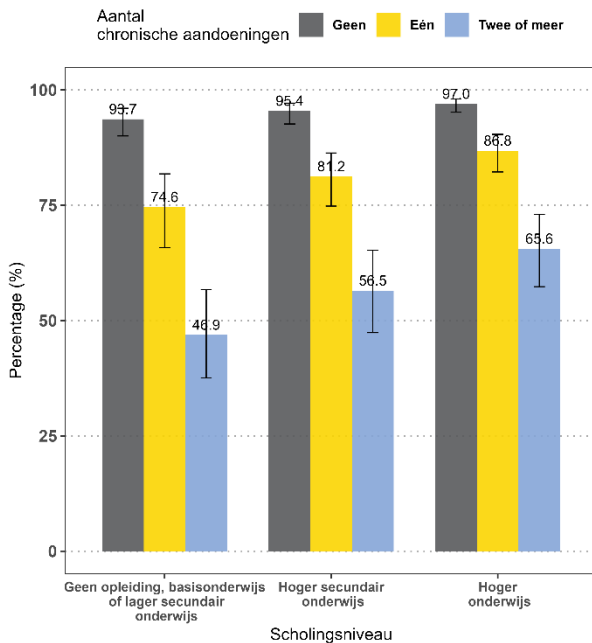
Figuur A1 • Percentage respondentent dat (zeer) goed of uitstekend rapporteert voor Algemene gezondheid (%) per geslacht en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



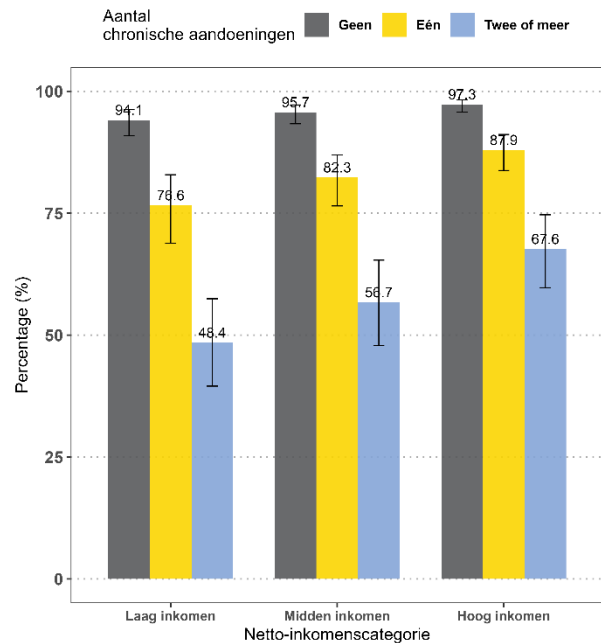
Figuur A2 • Percentage respondentent dat (zeer) goed of uitstekend rapporteert voor Algemene gezondheid (%) per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



Figuur A3 • Percentage respondentent dat (zeer) goed of uitstekend rapporteert voor Algemene gezondheid (%) per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België

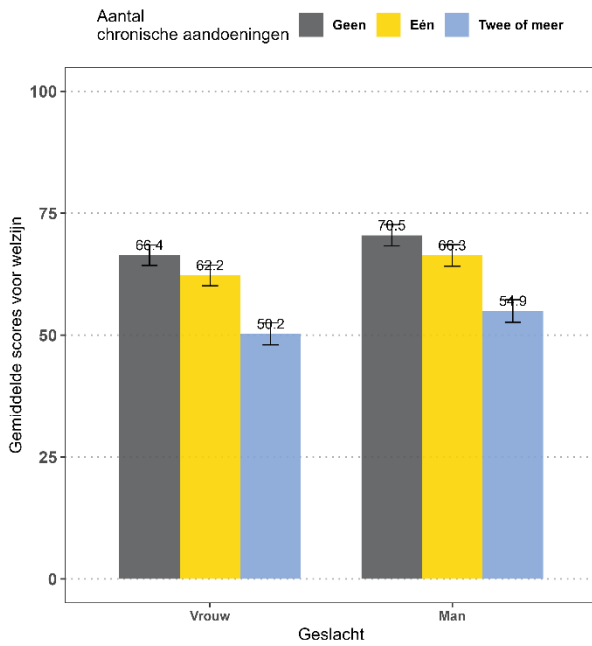


Figuur A4 • Percentage respondentent dat (zeer) goed of uitstekend rapporteert voor Algemene gezondheid (%) per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België

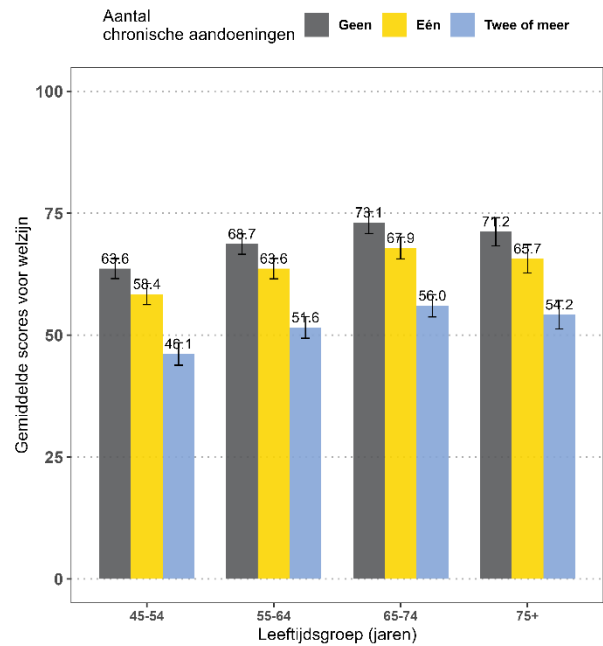


Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa.

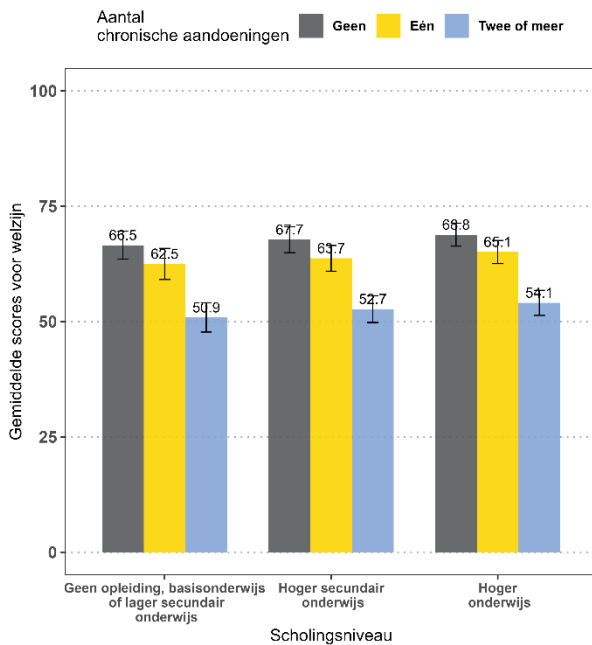
Figuur A5 • Gemiddelde score voor respondenten voor welzijn per geslacht en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



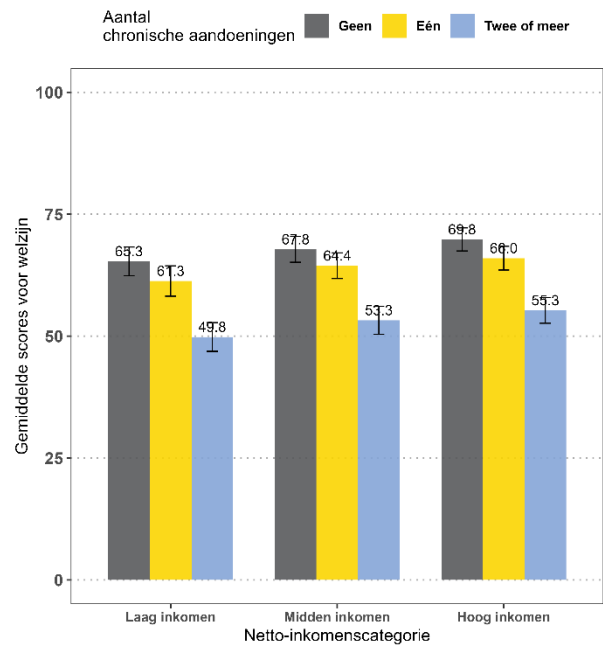
Figuur A6 • Gemiddelde score voor respondenten voor welzijn per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



Figuur A7 • Gemiddelde score voor respondenten voor welzijn per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België

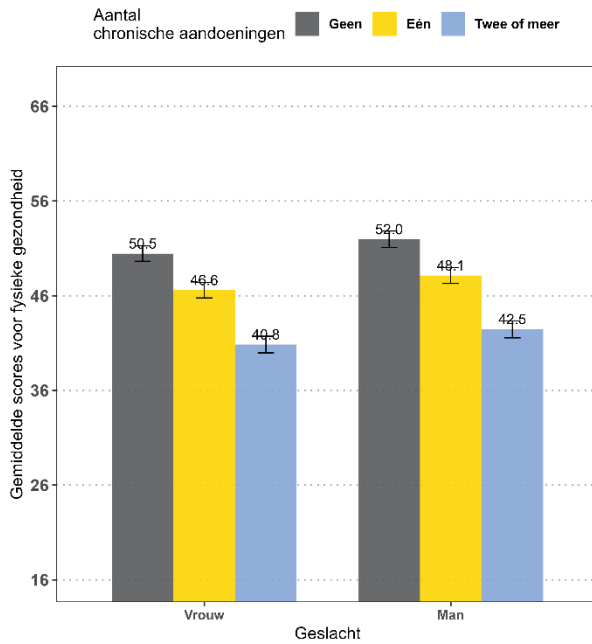


Figuur A8 • Gemiddelde score voor respondenten voor welzijn per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België

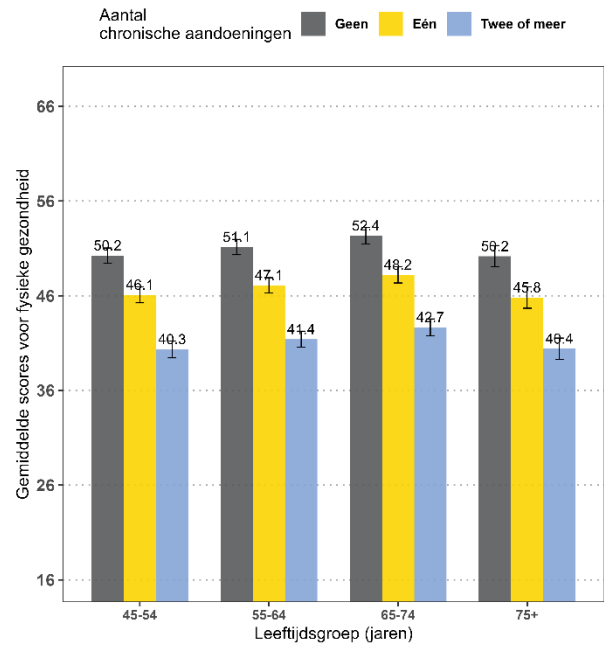


Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa.

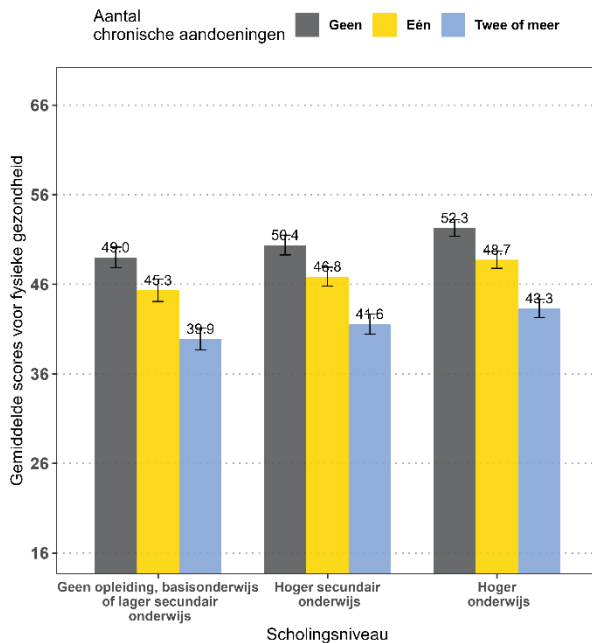
Figuur A9 • Gemiddelde score voor respondenten voor lichamelijke gezondheid per geslacht en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



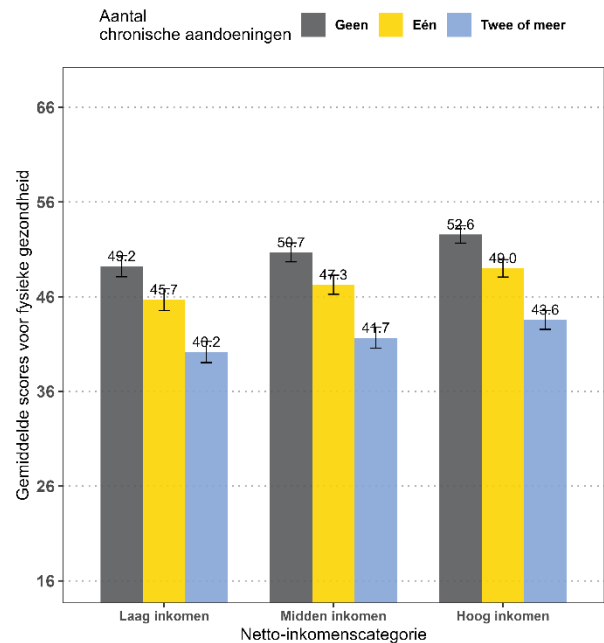
Figuur A10 • Gemiddelde score voor respondenten voor lichamelijke gezondheid per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



Figuur A11 • Gemiddelde score voor respondenten voor lichamelijke gezondheid per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België

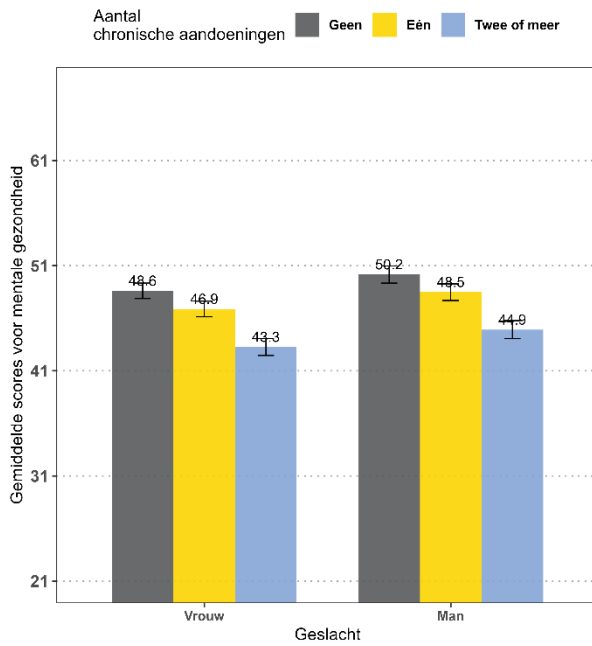


Figuur A12 • Gemiddelde score voor respondenten voor lichamelijke gezondheid per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België

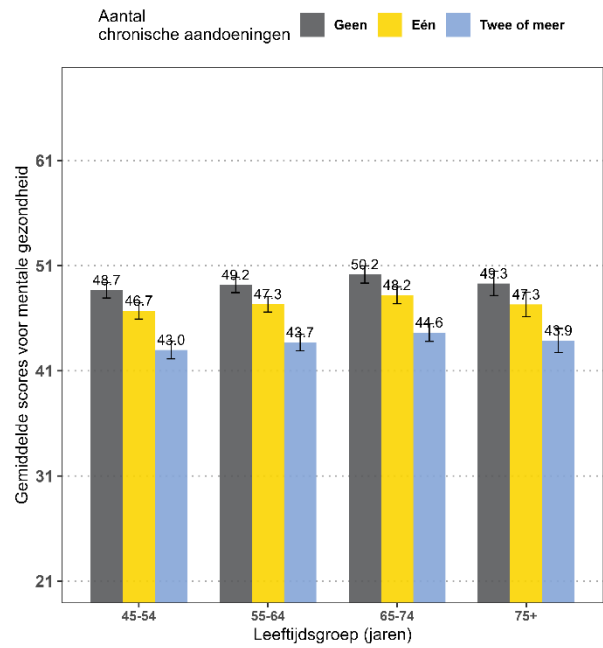


Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa.

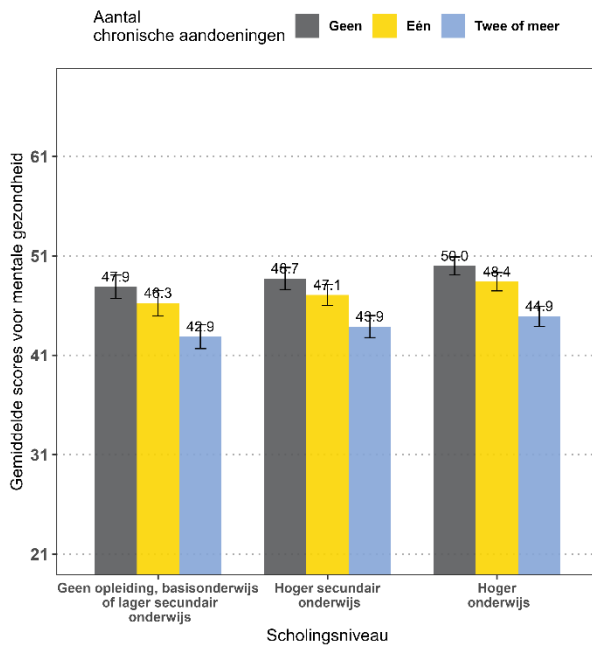
Figuur A13 • Gemiddelde score voor respondenten voor mentale gezondheid per geslacht en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



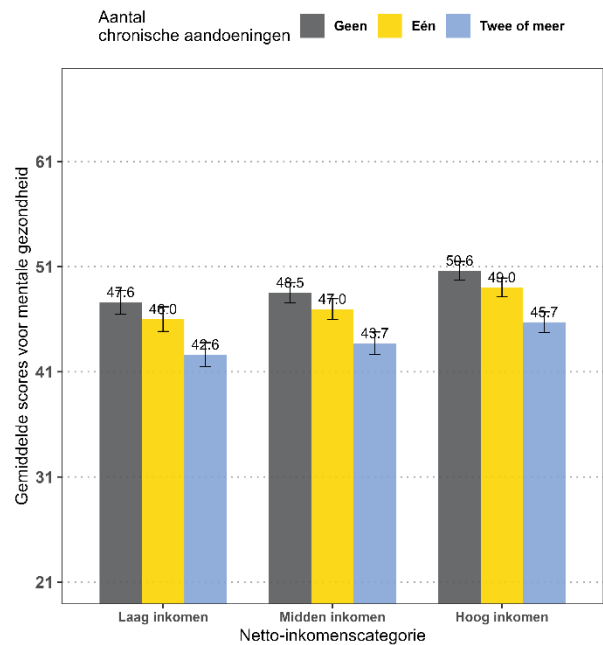
Figuur A14 • Gemiddelde score voor respondenten voor mentale gezondheid per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



Figuur A15 • Gemiddelde score voor respondenten voor mentale gezondheid per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België

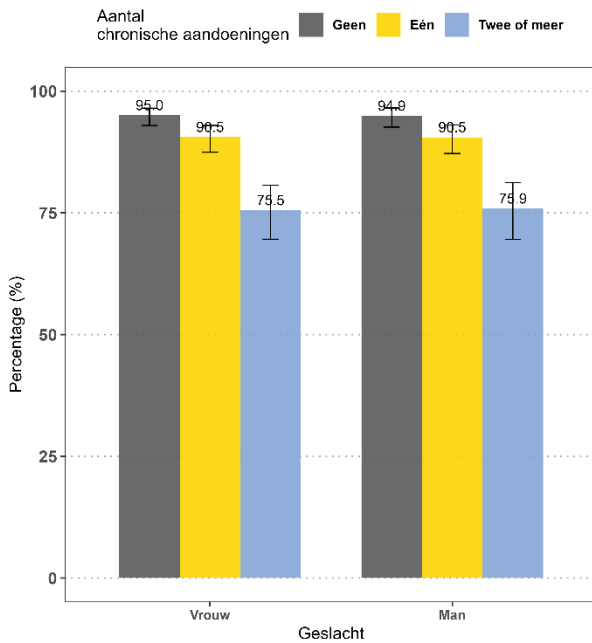


Figuur A16 • Gemiddelde score voor respondenten voor mentale gezondheid per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België

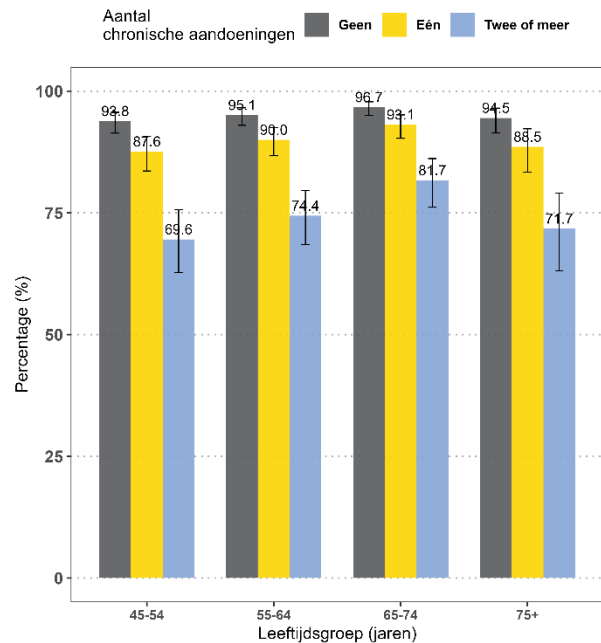


Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa.

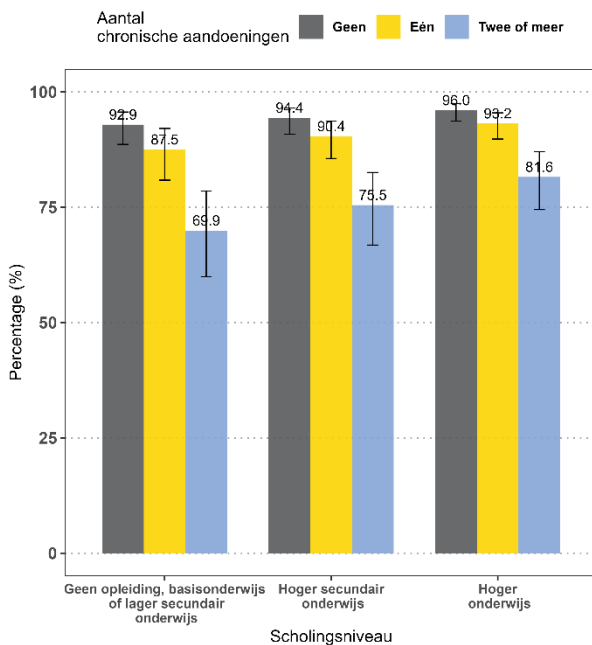
Figuur A17 • Percentage respondent(en) dat aangeeft (zeer) goed of uitstekend te zijn in sociale activiteiten en rollen (%) per geslacht en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



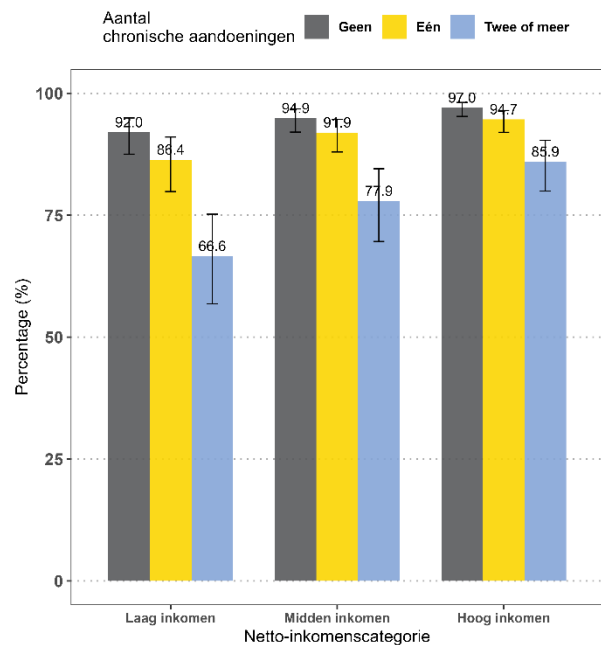
Figuur A18 • Percentage respondent(en) dat aangeeft (zeer) goed of uitstekend te zijn in sociale activiteiten en rollen (%) per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



Figuur A19 • Percentage respondent(en) dat aangeeft (zeer) goed of uitstekend te zijn in sociale activiteiten en rollen (%) per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België

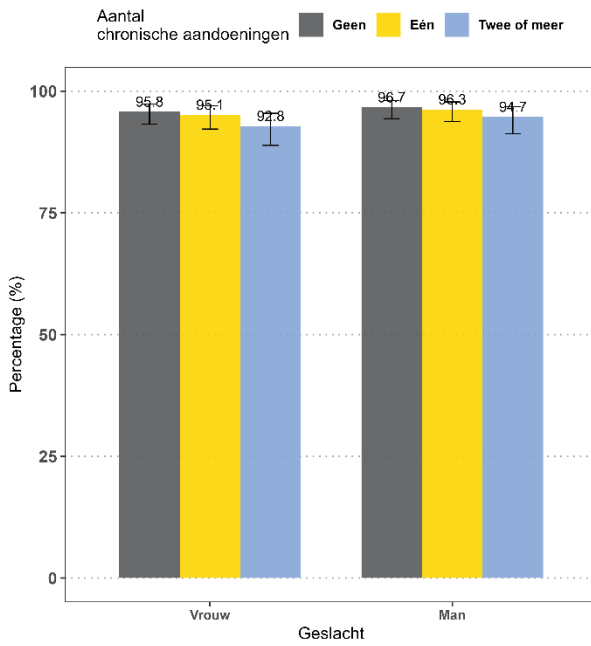


Figuur A20 • Percentage respondent(en) dat aangeeft (zeer) goed of uitstekend te zijn in sociale activiteiten en rollen (%) per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België

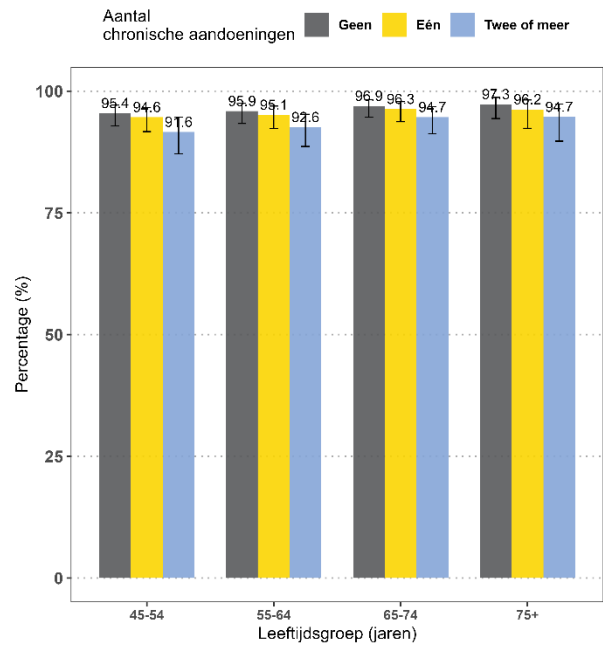


Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa.

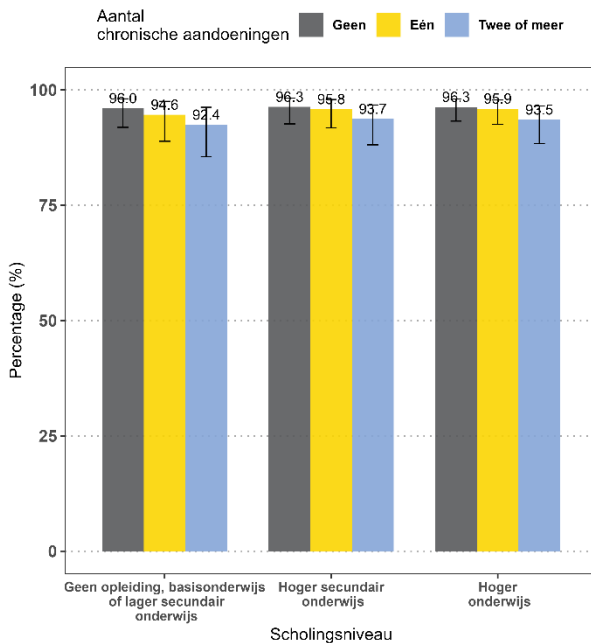
Figuur A21 • Percentage respondentent dat de medische zorg in de afgelopen 12 maanden als (zeer) goed of uitstekend beoordeelt (%) per geslacht en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



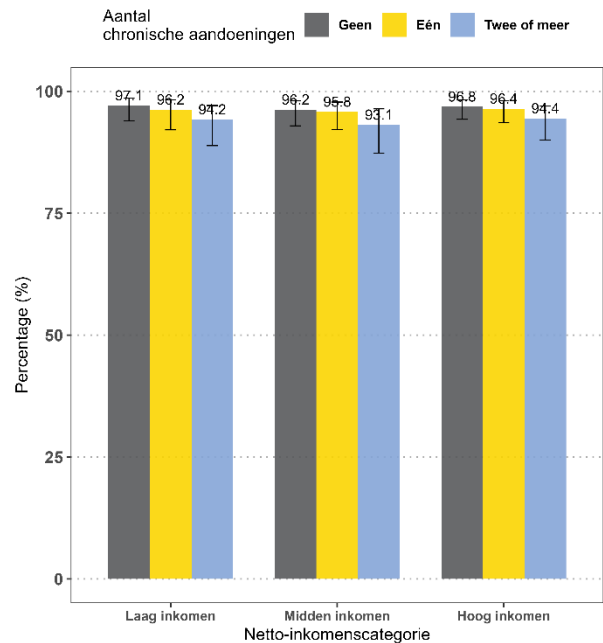
Figuur A22 • Percentage respondentent dat de medische zorg in de afgelopen 12 maanden als (zeer) goed of uitstekend beoordeelt (%) per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



Figuur A23 • Percentage respondentent dat de medische zorg in de afgelopen 12 maanden als (zeer) goed of uitstekend beoordeelt (%) per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België

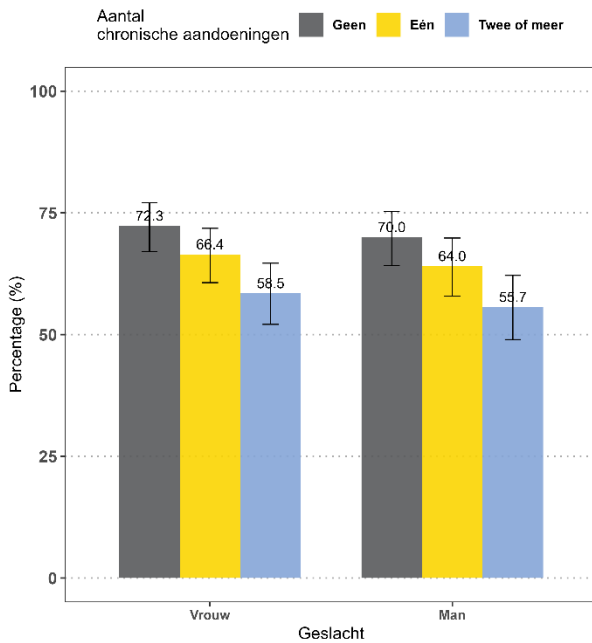


Figuur A24 • Percentage respondentent dat de medische zorg in de afgelopen 12 maanden als (zeer) goed of uitstekend beoordeelt (%) per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België

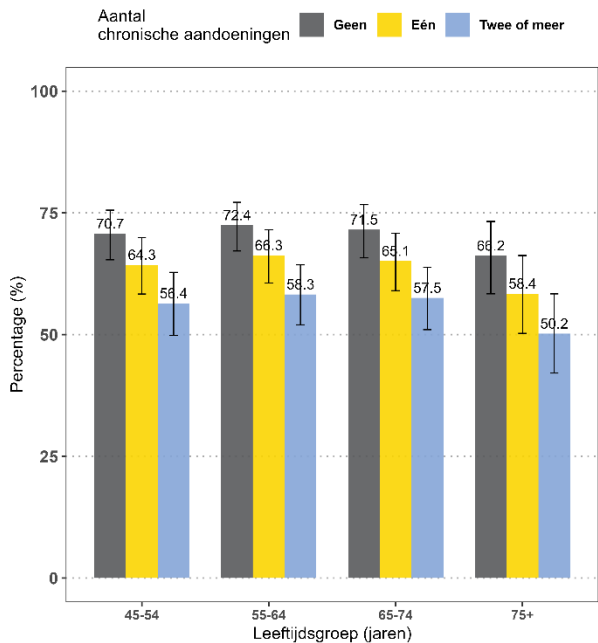


Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa.

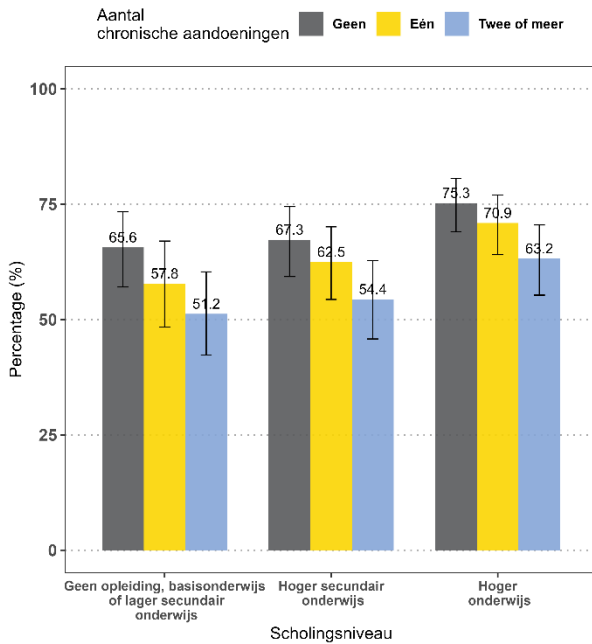
Figuur A25 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) veel vertrouwen te hebben in het beheren van hun eigen gezondheid en welzijn (%) per geslacht en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



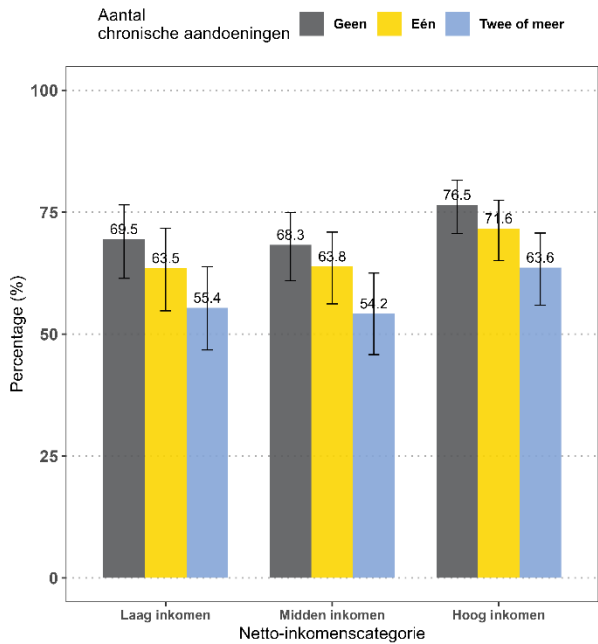
Figuur A26 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) veel vertrouwen te hebben in het beheren van hun eigen gezondheid en welzijn (%) per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



Figuur A27 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) veel vertrouwen te hebben in het beheren van hun eigen gezondheid en welzijn (%) per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België

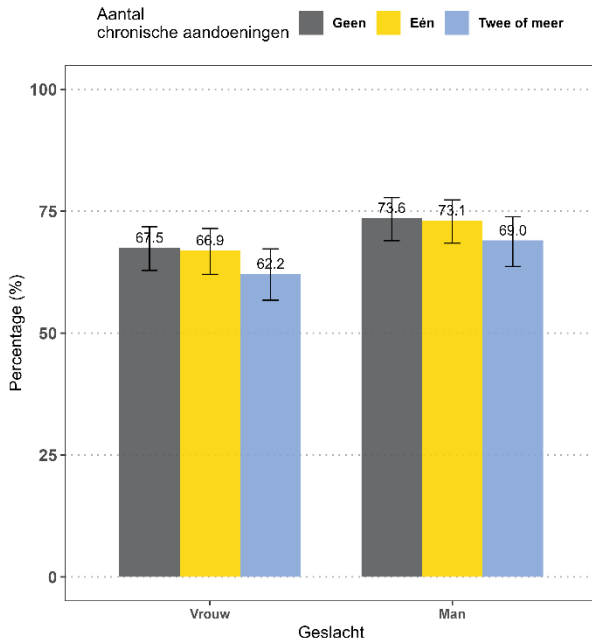


Figuur A28 • Percentage respondentent dat aangeeft (zeer) veel vertrouwen te hebben in het beheren van hun eigen gezondheid en welzijn (%) per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België

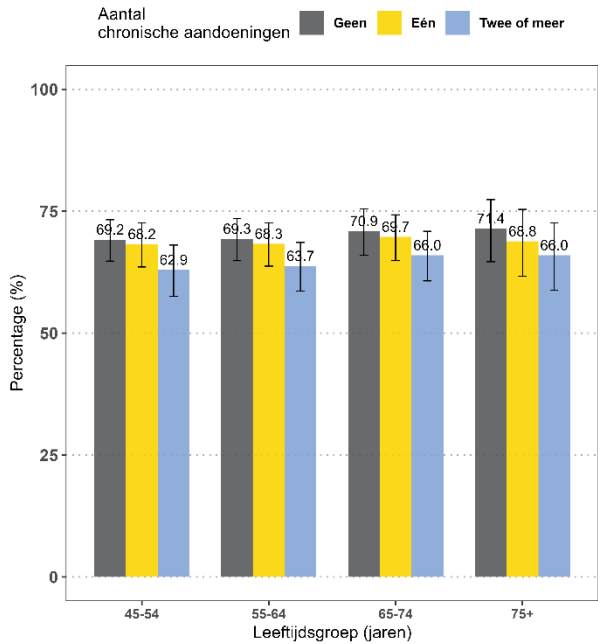


Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa.

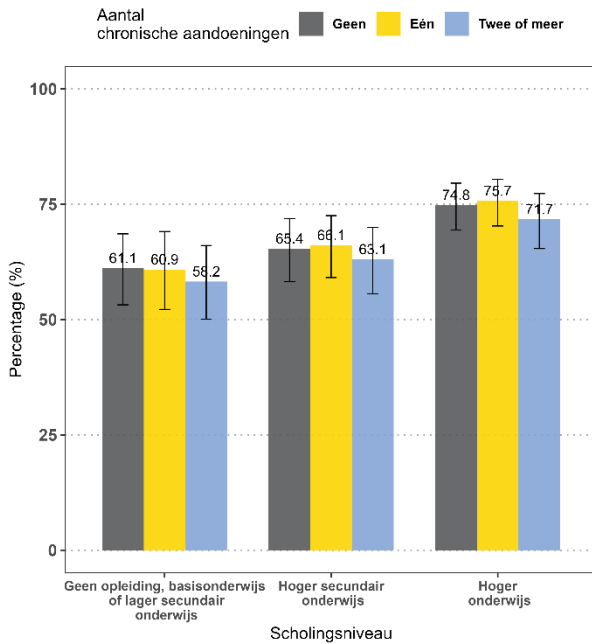
Figuur A29 • Percentage dat het eens of zeer eens is met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is (%) per geslacht en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



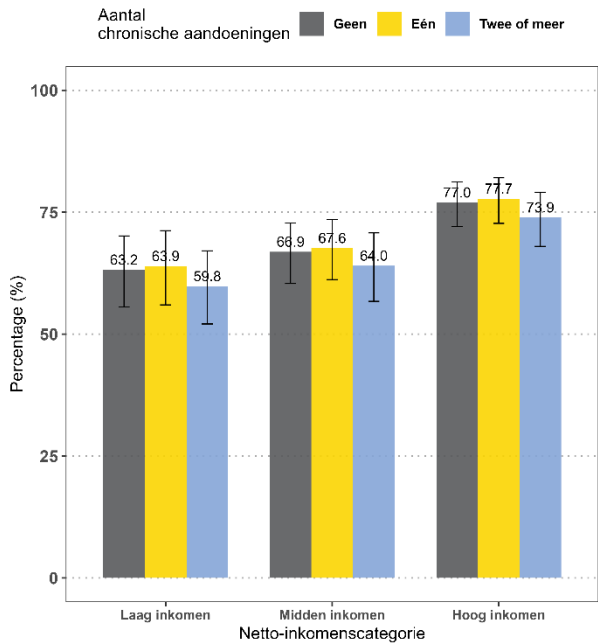
Figuur A30 • Percentage dat het eens of zeer eens is met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is (%) per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



Figuur A31 • Percentage dat het eens of zeer eens is met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is (%) per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België

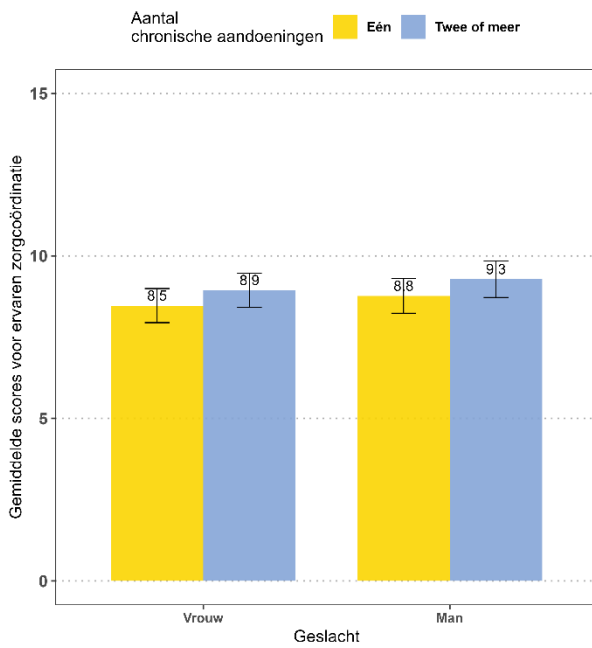


Figuur A32 • Percentage dat het eens of zeer eens is met de stelling dat het gezondheidszorgsysteem betrouwbaar is (%) per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België

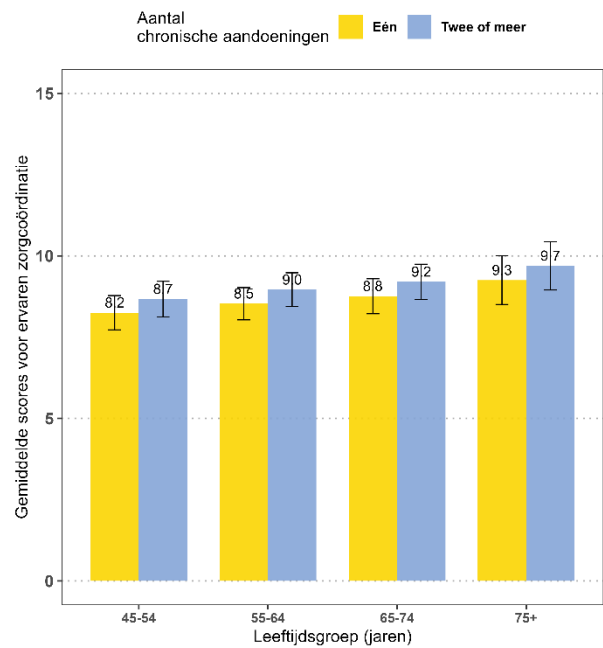


Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa.

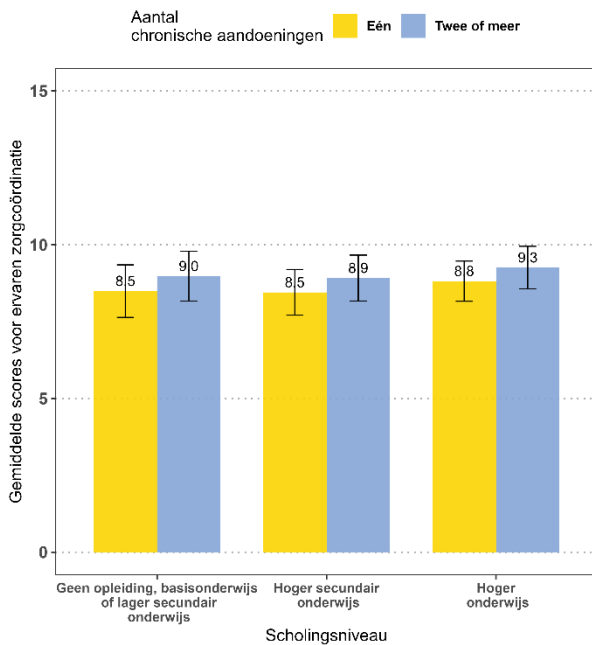
Figuur A33 • Gemiddelde scores voor ervaren zorgcoördinatie per geslacht en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



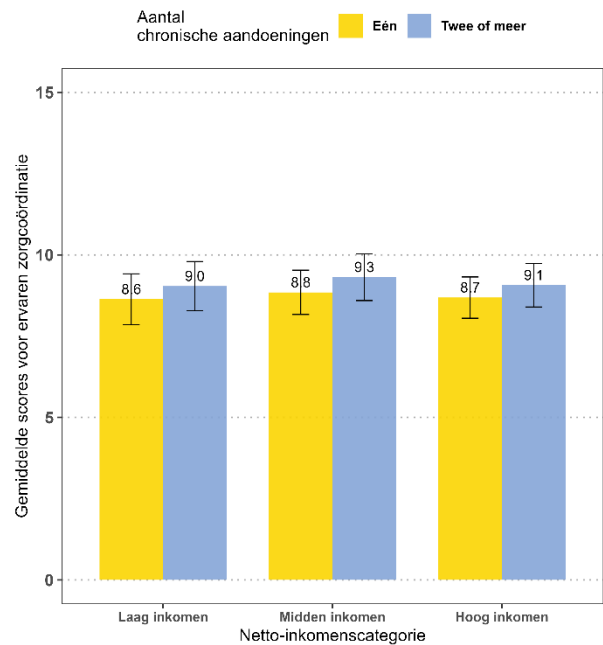
Figuur A34 • Gemiddelde scores voor ervaren zorgcoördinatie per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



Figuur A35 • Gemiddelde scores voor ervaren zorgcoördinatie per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België

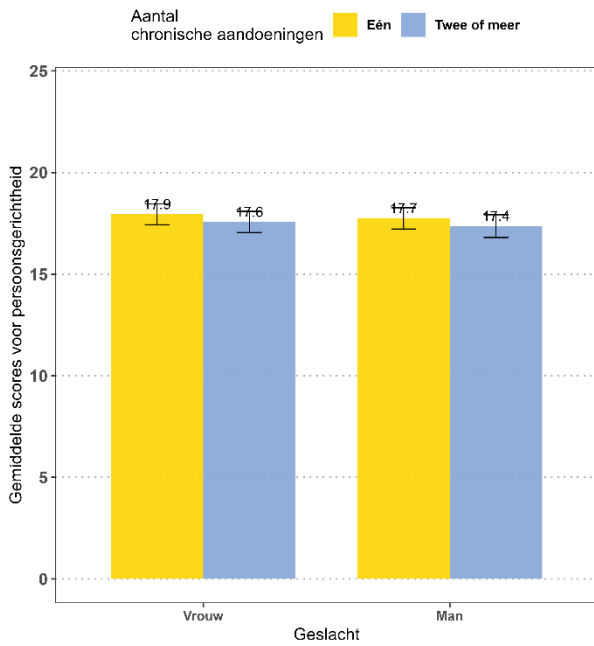


Figuur A36 • Gemiddelde scores voor ervaren zorgcoördinatie per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België

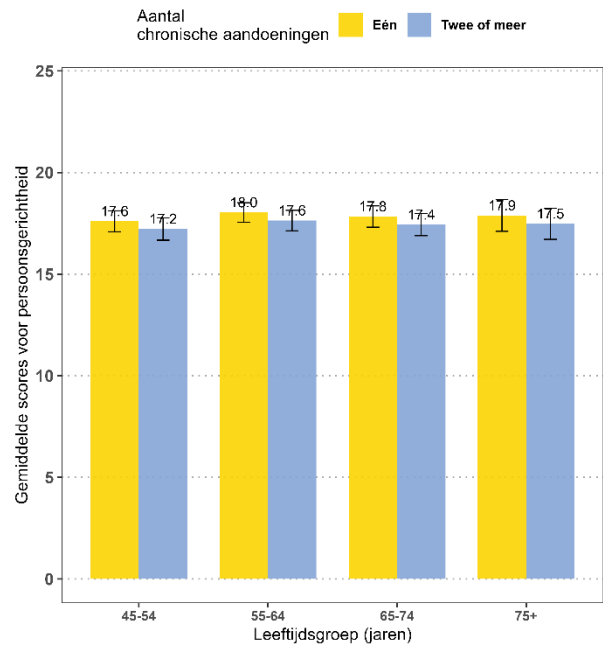


Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa.

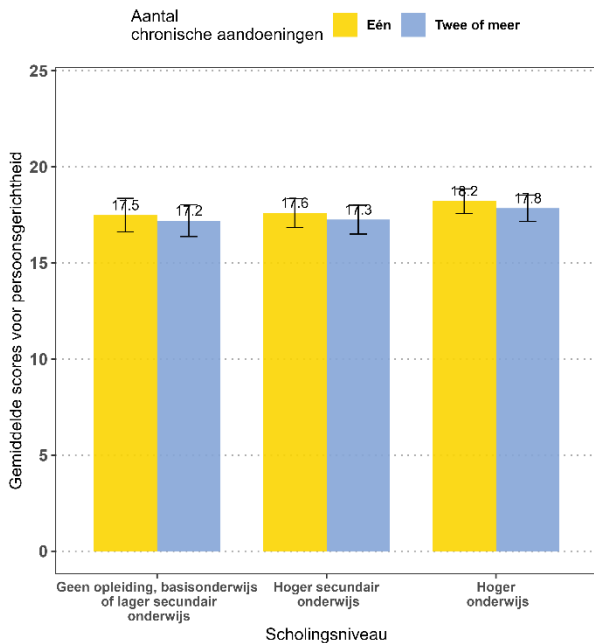
Figuur A37 • Gemiddelde scores voor persoonsgerichtheid van de zorg per geslacht en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



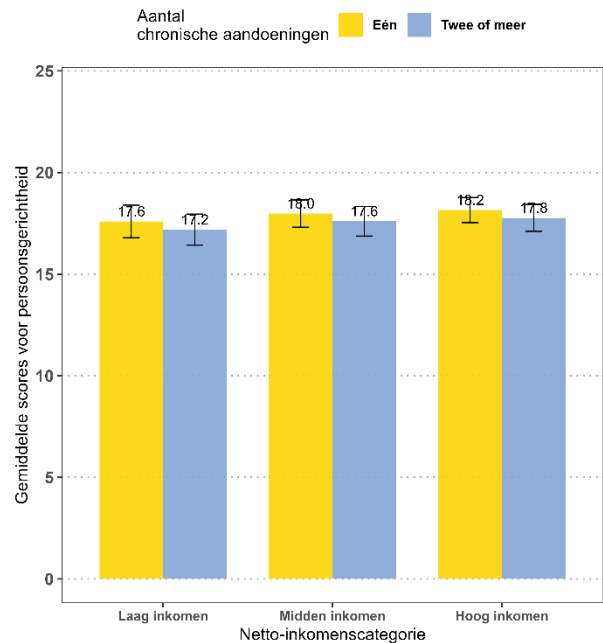
Figuur A38 • Gemiddelde scores voor persoonsgerichtheid van de zorg per leeftijdscategorie en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



Figuur A39 • Gemiddelde scores voor persoonsgerichtheid van de zorg per opleidingsniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



Figuur A40 • Gemiddelde scores voor persoonsgerichtheid van de zorg per inkomensniveau en het aantal chronische aandoeningen (met uitsluiting van hoge bloeddruk), PaRIS Enquête, België



Opmerking: Bij alle vergelijkingen werd rekening gehouden met leeftijd en geslacht. Bij vergelijkingen op het gebied van opleiding werd rekening gehouden met inkomen en vice versa. s

DANKWOORD

Wij willen onze oprechte dank betuigen aan alle leden van zowel het adviescomité als het stuurcomité die door de jaren heen hun expertise, tijd en toewijding hebben ingezet. Hun waardevolle inbreng heeft een cruciale rol gespeeld in de ontwikkeling en voortgang van ons werk.

Adviescomité

Deze groep heeft een sleutelrol gespeeld in de strategische begeleiding en het toezicht op het project.

| | |
|-----------------------|------------------------|
| FOD VVVL - SPF SPSCAE | Saskia Van Den Bogaert |
| | Ilyse Kenis |
| RIZIV - INAMI | Pedro Facon |
| | Nathalie Laus |
| Sciensano | Karin De Ridder |

Stuurgroep

Deze groep heeft actief bijgedragen aan de wetenschappelijke en inhoudelijke richting van het project.

| | | | |
|-----------|---------------------------------------|--------------------------|---|
| LUSS | Mr. Fabrizio Cantelli | | Mr. Thomas Deloffer |
| | Mevr. Marie Villance | RIZIV - INAMI | Mevr. Mariam Agarad |
| | Mevr. Sabine Corachan | | Mevr. Nathalie Laus |
| | Mevr. Diane-Estelle Ngatchou-Djomo | FOD VVVL - SPF SPSCAE | Mr. Mickael Daubie Mevr. Saskia Van Den Bogaert |
| KCE | Mevr. Anja Desomer | | Mevr. Annemie Vlayen |
| Sciensano | Mr. Kris Doggen | | Mevr. Joke Wuyts |
| KU Leuven | Dr. Geert Goderis | | Dr. Quentin Mary |
| Socmut | Mevr. Evelyne Haus | SSMG | Dr. Thomas Orban |
| | Mevr. Siska Germonpré | | Mevr. Jo van Hoof |
| VPP | Mevr. Laura Jame | Domus Medica | |

Onze speciale dank gaat uit naar onze internationale partners bij de OESO voor het nemen van het voortouw bij dit initiatief en het zetten van deze baanbrekende stap. België is vereerd dat het aan dit belangrijke project heeft mogen deelnemen. We willen ook onze oprechte dank betuigen aan het PaRIS-secretariaat voor hun niet-aflatende steun, en aan Nivel en Ipsos voor hun waardevolle begeleiding en hulp tijdens dit project.

Daarnaast willen we onze dank betuigen aan onze collega's van de afdeling Eerstelijnszorg, waaronder Sherihane Bensemmane, Nathalie Bossuyt, Robrecht De Schreye, Sarah Moreels, Mélanie Nahimana en Floriane Rouvez. We bedanken ook de deelnemende huisartsen en patiënten hartelijk voor hun waardevolle inzet; Dit project wordt gefinancierd door het RIZIV/INAMI.

CONTACT

Dagmar Annaert • T + 32 2/642.58.19 • dagmar.annaert@sciensano.be

MEER INFORMATIE

Bezoek onze website

<https://www.sciensano.be/nl/paris-patient-reported-indicator-survey>

of contacteer ons :

PaRIS@sciensano.be

Sciensano • Juliette Wytsmanstraat 14 • Brussel • België • T + 32 2 642 51 11 • T press + 32 2 642 54 20 •
info@sciensano.be • www.sciensano.be

Verantwoordelijke uitgever: C. Léonard, Algemeen directeur • Juliette Wytsmanstraat 14 • Brussel • België • D/2025.14.440/16