

# Terugverwijzing naar de eerstelijns: effect op kwaliteit en kosten

Ziekenhuiszorg terug naar de huisarts bij stabiele patiënten met hypothyreoïdie of diabetes mellitus type 2

Marjon (M.A.M.) Eghuizen, Niek (N.W.) Stadhouders, Simone (A.) van Dulmen, Matthijs (M.) Eefting

## Samenvatting

### Doel

Het evalueren van kwaliteit en kosten van zorg na het terugverwijzen van stabiele patiënten met hypothyreoïdie en diabetes mellitus type 2 (DM2) naar de huisarts.

### Opzet

Dossieronderzoek, vragenlijstonderzoek en het inventariseren van kosten.

### Methode

Bloedwaarden van 193 patiënten die waren terugverwezen naar de huisarts werden uit dossiers verzameld en geanalyseerd op stabiliteit over tijd. Stabiel werd gedefinieerd als bloedwaarden vallend binnen de streefwaarden volgens de richtlijn. Vragenlijsten om patiënttevredenheid in kaart te brengen werden verstuurd naar 193 terugverwezen patiënten en 216 patiënten onder behandeling in het ziekenhuis. Kosten-batenanalyse werd uitgevoerd op basis van kostprijzen en declaratiekosten.

### Resultaten

**Hypothyreoïdie:** De TSH-waarden lieten geen significante stijging zien bij patiënten onder behandeling bij de huisarts (+0,04 mU/l per maand;  $p=0,093$ ). Terugverwezen patiënten waren iets minder tevreden over de zorg in vergelijking met patiënten onder behandeling in het ziekenhuis. Dit verschil was niet significant. De kosten dalen na terugverwijzing.

**DM2:** De HbA1c-waarden lieten geen significante stijging zien na terugverwijzing naar de huisarts (+0,1mMol/Mol per maand  $p=0,217$ ). Terugverwezen patiënten waren significant minder tevreden over het begrijpelijk uitleggen van de behandelaar ( $p=0,020$ ), het meenemen van wensen van de patiënt (0,025), controle van de gezondheid ( $p=0,005$ ) en het vertrouwen in kennis van de behandelaar (0,021), in vergelijking met patiënten onder behandeling in het ziekenhuis. De kosten dalen na terugverwijzing.

### Conclusie

Het terugverwijzen van stabiele patiënten met hypothyreoïdie en DM2 naar de huisarts gaat gepaard met lagere kosten, terwijl zorginhoudelijke kwaliteit op grote lijnen stabiel blijft. Echter lijkt een negatief effect te ontstaan op sommige dimensies van ervaren kwaliteit. De huisarts dient vooral voldoende aandacht te besteden aan opbouw van kennis en aan de controle van de algehele gezondheid van de patiënt. Hiernaast dienen goede afwegingen te worden gemaakt tussen het volgen van richtlijnen en het meenemen van de wensen van de patiënt.

## Inleiding

Door een toename van het aantal chronisch zieken in Nederland zal in de komende decennia een groter deel van de bevolking een beroep doen op de gezondheidszorg, resulterend in hogere zorgkosten.[1] Een deel van de zorg die verleend wordt in het ziekenhuis is volgens huisartsen onnodig, bijvoorbeeld in de follow-up van patiënten.[2] Het verplaatsen van zorg naar de eerstelijns kan de zorguitgaven beperken.[3] De huisarts kan de zorg dichterbij de patiënt verlenen en hierbij meer tijd voor de patiënt nemen. Dit kan ook de kwaliteit ten goede komen.[4] In 2015 hebben Rivas Zorggroep, Huisarts en Zorg (HenZ), en Zorgverzekeraar VGZ samen het programma 'Kwaliteit als Medicijn' (KAM) opgezet.[5] Eén van de onderdelen van KAM is een verplaatsing van zorg naar de eerstelijns: medisch specialisten evalueren of controles van bepaalde patiëntgroepen, die momenteel in het ziekenhuis plaatsvinden, ook uitgevoerd kunnen worden door de huisarts.[5, 6] In 2017-2019 werd bij twee patiëntgroepen, hypothyreoïdie en diabetes mellitus type 2 (DM2), de controle van stabiele patiënten door de huisarts overgenomen. Dit onderzoek evalueert of het terugverwijzen van deze patiëntgroepen van het ziekenhuis naar de huisarts effecten heeft op kwaliteit en kosten van zorg. De hypothese is dat de kwaliteit en veiligheid van de inhoudelijk geleverde zorg gelijk blijft, dat de patiënt net zo tevreden of meer tevreden is, en dat de zorg goedkoper wordt.

## Methode

### Studiepopulatie

94 patiënten met hypothyreoïdie en 99 patiënten met DM2 die in 2017 en 2018 zijn terugverwezen van de medisch specialist (MS) naar de huisarts werden geïncludeerd. Patiënten met hypothyreoïdie toonden minimaal één jaar TSH waarden binnen de referentiewaarden en patiënten met ongecompliceerde DM2 die een 4 maal daags (dd) insulinerégime gebruikten hadden een stabiel HbA1c gedurende minimaal één jaar. Patiënten met dezelfde aandoeningen die nog onder begeleiding van de MS stonden werden geïncludeerd als controlegroep (hypothyreoïdie: n=80; DM2: n=136). Deze patiëntgroep was (nog) niet stabiel ingesteld, waardoor de controlegroep niet volledig vergelijkbaar was met de interventiegroep. Dit kan enige vertekening in de resultaten geven.

### Dataverzameling en analyse

De volgende indicatoren werden verzameld uit patiëntendossiers en gekoppeld aan een gepseudonimiseerde code: geslacht, geboortjaar, terugval naar MS, datum laatst geregistreerde testwaarde bij de MS en de testwaarden bij de huisarts. De bloedwaarden werden bij DM2 beschouwd als goed ingesteld als de HbA1c-waarde 53 mmol/mol of lager lag en bij hypothyreoïdie als de TSH-waarde tussen 0,4-4,0 mU/l lag. De testwaarden bij de MS en de huisarts werden vergeleken met een gepaarde t-toets. Een random-effects GLS regression model en een fixed-effects (within) regression model werden gebruikt om tijdtrends in bloedwaarden te onderzoeken.

Een vragenlijst werd ontwikkeld over de ervaren zorgverlening, gebaseerd op gevalideerde vragenlijsten.[7, 8] De vragenlijst bevatte modules over de kenmerken van de patiënt, kenmerken van de zorgverleners, gezondheid van de patiënt, tevredenheid met de zorgverlening en een aanbevelingsvraag. De vragenlijsten werden per post verstuurd. Het responspercentage bij hypothyreoïdie was 42,6% in de interventiegroep en 30,0% in de controlegroep. Het responspercentage bij DM2 was 45,5% in de interventiegroep en 35,3% in de controlegroep. Verschillen tussen de interventie- en controlegroep werden getoetst op significantie met een chi-kwadraattoets. Op basis van de aanbevelingsvraag werd de netto promotor score (NPS) berekend.

Een businesscase werd opgesteld om het effect van terugverwijzing op de kosten te berekenen. De business case berekende de marginale kosten van het baselinescenario waarbij de controle door de MS plaatsvond, en van het alternatieve scenario waarbij de controle door de huisarts plaatsvond. Vaste kosten, zoals overhead en training, werden buiten beschouwing gelaten. Het gemiddeld bruto salaris

van de huisarts, MS, diabetesverpleegkundige (DVK) en de praktijkondersteuner (POH) werden gebruikt als input voor de business case [9], alsmede declaratiekosten van een consult bij de huisarts en een Diagnose-Behandel-Combinatie (DBC), gebaseerd op de tariefbeschikking 2020 van de NZa en op de passantenprijslijst medisch specialistische zorg 2020 van het Beatrixziekenhuis. De berekeningen met loonkosten gaven een indicatie van efficiëntiewinst, terwijl de berekeningen met tarieven inzicht gaven in de verschillen in schadelast voor de verzekeraars.

## Resultaten

### Effecten op de zorginhoudelijke kwaliteit

#### Het verschil tussen de testwaarden bij de MS en de huisarts

**Hypothyreoïdie:** Bij de MS waren 78 patiënten (83%) goed ingesteld en 16 patiënten (17%) niet. Bij de laatste meting bij de huisarts waren 67 patiënten (76%) goed ingesteld en 21 patiënten (24%) niet. De TSH-waarde bij de MS was gemiddeld 1,7 en significant verschillend van de laatste TSH-waarde (2,9;  $p=0,026$ ) en de gemiddelde TSH-waarde bij de huisarts (3,0;  $p=0,01$ ). Deze gemiddelde waarden vallen wel binnen de bandbreedte voor goed ingestelde waarden. Na terugverwijzing gingen acht patiënten van niet-goed ingestelde waarden naar goed ingestelde bloedwaarden, en 14 patiënten van goed ingestelde waarden naar niet-goed ingestelde bloedwaarden. Twee patiënten gingen van een te lage naar een te hoge TSH-waarde. Longitudinale panelanalyses laten op patiëntniveau geen significante trend zien in de bloedwaarden (+0,04 mU/l per maand;  $p=0,093$ ). Geen van de patiënten was teruggevallen naar behandeling door de MS.

**DM2:** Bij de MS waren 32 patiënten (32%) goed ingesteld en 67 patiënten (68%) niet. Bij de laatste meting bij de huisarts waren 30 patiënten (34%) goed ingesteld en 58 patiënten (66%) niet. De HbA1c-waarde bij de MS was gemiddeld 59,3 en bij de huisarts gemiddeld 60,8. 13 patiënten ondervonden een positieve verandering van de MS naar de huisarts. 13 patiënten ondervonden een negatieve verandering. Longitudinale analyses laten geen significante trend zien in de bloedwaarden (+0,1 mMol/Mol per maand;  $p=0,217$ ). Twee patiënten zijn teruggegaan naar behandeling door de medisch specialist (2%).

### Effecten op de patiënttevredenheid

#### Beschrijvende statistiek

**DM2:** 55,6% van de interventiegroep en 43,8% in de controlegroep was vrouw. De interventiegroep werd vaker behandeld door de POH, terwijl een groter deel van de controlegroep een MS of huisarts zag. 55% van de interventiegroep wijst de POH aan als hoofdbehandelaar. In de controlegroep zag 45% de internist en 45% de DVK, in combinatie met de internist, als hoofdbehandelaar (**Tabel 1**).

**Tabel 1 Hypothyreoïdie:** 90% van de interventiegroep en 80% van de controlegroep was vrouw. De controlegroep was gemiddeld jonger dan de interventiegroep. In de interventiegroep werd voornamelijk de huisarts gezien (85,0%), waarbij 67,5% in de interventiegroep de huisarts als hoofdbehandelaar aanwijst, vergeleken met 16,7% in de controlegroep (**Tabel 1**).

**DM2:** 55,6% van de interventiegroep en 43,8% in de controlegroep was vrouw. De interventiegroep werd vaker behandeld door de POH, terwijl een groter deel van de controlegroep een MS of huisarts zag. 55% van de interventiegroep wijst de POH aan als hoofdbehandelaar. In de controlegroep zag 45% de internist en 45% de DVK, in combinatie met de internist, als hoofdbehandelaar (**Tabel 1**).

**Tabel 1 | Basiskarakteristieken van de interventiegroep en controlegroep van de patiënten met hypothyreoïdie en DM2.** De waarden zijn weergegeven als percentage (%). Missende waarden zijn niet weergegeven als percentage, maar wel meegenomen in de berekening.

Basiskarakteristieken	Interventiegroep hypothyreoïdie n=40	Controlegroep hypothyreoïdie n=24	Interventiegroep DM2 n=45	Controlegroep DM2 n=48
<b>Biografische kenmerken</b>				

<b>Vrouw, %</b>	92,5	79,2	55,6	43,8
<b>Leeftijd</b>				
- 0 t/m 40 jaar, %	25,0	33,3	-	2,1
- 41 t/m 50 jaar, %	20,0	12,5	-	6,3
- 51 t/m 60 jaar, %	20,0	12,5	6,7	29,2
- 61 t/m 70 jaar, %	15,0	33,3	20,0	29,2
- 71 t/m 80 jaar, %	12,5	8,3	42,2	25,0
- 81 jaar en ouder, %	7,5	-	31,1	6,3
<b>Hoogst voltooide opleiding</b>				
- Geen opleiding, %	2,5	-	2,2	12,5
- Basisonderwijs, %	5,0	8,3	26,7	4,2
- Voortgezet Onderwijs, %	22,5	8,3	35,6	33,3
- MBO, %	50,0	54,2	17,8	29,2
- HBO, WO, %	17,5	29,2	4,4	12,5
- Anders, %	2,5	-	13,3	6,3
<b>Kenmerken m.b.t. zorgverleners</b>				
<b>Zorgverleners in het afgelopen jaar</b>				
- Medisch specialist, %	37,5	95,8	60,0	100
- Huisarts, %	85,0	83,3	75,6	81,3
- POH, %	27,5	16,7	73,3	10,4
- Fysiotherapeut, %	30,0	50,0	24,4	20,8
- Diëtist, %	7,5	8,3	13,3	31,3
- Anders, %	12,5	12,5	11,1	25,0
<b>De hoofdbehandelaar zoals patiënten dat zien</b>				
- Internist, %	17,5	75,0	17,8	45,8
- Huisarts, %	67,5	16,7	20,0	2,1
- Anders, %	12,5	4,2	55,6	45,8

#### Gezondheidskenmerken

**Hypothyreoïdie:** Het EQ-5D indexcijfer was in beide groepen 0,8. De interventiegroep gaf iets vaker aan een goede gezondheid te hebben ten tijde van het invullen van de vragenlijst (**Tabel 2**).

**DM2:** Het EQ-5D indexcijfer was lager in de interventiegroep DM2 (0,76) dan in de controlegroep (0,84). Ook de gezondheid ten tijde van het invullen van de vragenlijst lag lager in de interventiegroep (**Tabel 2**).

**Tabel 2 | Gezondheidskenmerken van de interventiegroep en controlegroep van de patiënten met hypothyreoïdie en DM2.** Het indexcijfer is weergegeven als gemiddelde en standaarddeviatie (SD). De gezondheid vandaag is weergegeven als percentage (%). Missende waarden zijn niet weergegeven als percentage, maar wel meegenomen in de berekening.

<b>Gezondheidskenmerken</b>	<b>Interventiegroep Hypothyreoïdie : n=40</b>	<b>Controlegroep Hypothyreoïdie n=24</b>	<b>Interventiegroep DM2 n=45</b>	<b>Controlegroep DM2 n=48</b>
<b>Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (EQ-5D-5L indexscore)</b>	0,803 (0,203)	0,800 (0,148)	0,762 (0,215)	0,835 (0,179)
<b>Gezondheid vandaag</b>				
- Uitstekend, %	10,0	4,2	6,7	12,5
- Zeer goed, %	7,5	12,5	4,4	8,3
- Goed, %	62,5	58,3	53,3	56,3
- Matig, %	20,0	20,8	26,7	18,8

- Slecht, %	-	-	4,4	4,2
-------------	---	---	-----	-----

Het verschil in patiënttevredenheid tussen de interventiegroep en de controlegroep

**Hypothyreoïdie:** De NPS van de interventiegroep was -10,0 en van de controlegroep 29,1. De interventiegroep liet op een aantal vragen een lagere tevredenheid zien, maar het verschil tussen de twee groepen was niet significant (**Bijlage 1**).

**DM2:** De NPS voor de interventiegroep was 4,4 en van de controlegroep 45,8. De interventiegroep liet bij 5 van de 12 stellingen een significant lagere tevredenheid zien (**Bijlage 2**). Dit betreft de begrijpelijkheid van de uitleg van de zorgverlener, het meenemen van de wensen van de patiënt bij de behandeling, de kennis van de zorgverlener, het in de gaten houden van de gezondheid van de patiënt en de algehele tevredenheid van de patiënt over de zorgverlener.

#### Effecten op de betaalbaarheid van zorg

**Hypothyreoïdie:** Op basis van de richtlijnen gaan we uit van één jaarlijks consult bij huisarts of MS van patiënten met stabiele TSH-waarden.[10] De businesscase verwacht een efficiëntiewinst van €1,78 per patiënt per jaar (**Tabel 3**). Voor de gehele interventiegroep betreft dit €167,32 per jaar. Het verschil in schadelast was groter. De declaratiekosten waren €239,85 per patiënt per jaar lager bij terugverwijzing. De interventie liet de schadelast naar verwachting met €22.545,90 per jaar dalen.

**Tabel 3 | Aantal consulten en kosten bij de MS en de huisarts bij de begeleiding van patiënten met hypothyreoïdie.**

Basisscenario: één consult bij de MS in één jaar per patiënt. Interventie: één consult bij de huisarts in één jaar per patiënt.

	<b>Basisscenario: controle bij de MS</b>	<b>Interventie: terugverwijzing naar de HA</b>
<b>Aantal consulten MS (10 minuten)</b>	1	
<b>Aantal consulten huisarts (10 minuten)</b>		1
<b>Bruto maandsalaris</b>	€8900	€6900
<b>Totale loonkosten per patiënt</b>	€8,41	€6,63
<b>Totale declaratiekosten per patiënt</b>	€250,00	€10,15
<b>Totale loonkosten voor de onderzoeksgroep</b>	€790,54	€623,22
<b>Totale declaratiekosten voor de onderzoeksgroep</b>	€23.500,00	€954,10

**DM2:** De richtlijnen gaven aan dat een patiënt zonder klachten en met een goede glykemische regulering een 3-maandelijke controle nodig had bij huisarts of MS. Patiënten met een acceptabele 4-puntsglucosedagcurve/HbA1c, lipidspectrum en bloeddruk volstonden met een halfjaarlijkse controle.[11] In het basisscenario werd uitgegaan van twee jaarlijkse consulten bij de MS en twee consulten bij de DVK. Er werd gerekend met twee interventiescenario's: 1. Drie controles bij de POH en één controle bij de HA; 2. Eén controle bij de POH en één controle bij de HA.

Het basisscenario berekende marginale kosten van €26,04 per patiënt (**Tabel 4**). Een terugverwijzing resulteerde in marginale kosten van €25,77 per patiënt per jaar bij uitgangspunt 1 en €17,43 bij uitgangspunt 2. Voor de gehele patiëntengroep resulteerde de interventie in een jaarlijkse efficiëntiewinst van €26,73 in scenario 1 en €852,39 in scenario 2. De daling in schadelast was groter. De schadelast in het basisscenario was €23.760,00 per jaar voor de gehele patiëntgroep, afgezet tegen €3014,56 tot €5023,26 bij terugverwijzing. De interventie reduceerde de schadelast daarmee met €18.736,74 tot €20.746,44 per jaar.

**Tabel 4 | Aantal consulten en kosten bij de MS en de huisarts bij de begeleiding van patiënten met DM2.** Basisscenario: Twee consulten bij de internist en twee consulten bij de DVK in één jaar per patiënt. Uitgangspunt 1: Eén uitgebreid consult bij de huisarts en drie consulten bij de POH in één jaar per patiënt. Uitgangspunt 2: Eén uitgebreid consult bij de huisarts en één consult bij de POH in één jaar per patiënt. Telefonisch contact en emailcontact is niet meegenomen.

	<b>Basisscenario: controle bij de MS</b>	<b>Interventie uitgangspunt 1: 3 consulten POH</b>	<b>Interventie uitgangspunt 2: één consult POH</b>
<b>Aantal consulten MS (10 minuten)</b>	2		
<b>Aantal consulten huisarts (20 minuten)</b>		1	1
<b>Aantal consulten POH (15 minuten)</b>		3	1
<b>Aantal consulten DVK (10 minuten)</b>	2		
<b>Bruto maandsalaris</b>	MS: €8900 DVK: €3200	HA: €6900 POH: €2900	
<b>Totale loonkosten per patiënt</b>	€26,04	€25,77	€17,43
<b>Totale declaratiekosten per patiënt</b>	€240,00	€50,74	€30,44
<b>Totale loonkosten voor de interventiegroep</b>	€2577,96	€2551,23	€1725,57
<b>Totale declaratiekosten voor de interventiegroep</b>	€23.760,00	€5023,26	€3013,56

## Beschouwing

Het onderzoek laat zien dat terugverwijzing naar de huisarts kosten beperkt met behoud van zorginhoudelijke kwaliteit. Wel laten de resultaten zien dat de ervaren kwaliteit op sommige punten kan dalen. Dit onderzoek geeft een indicatie dat het volgen van de richtlijnen belangrijker is bij DM2, terwijl bij hypothyreoïdie het luisteren naar de klachten en inspelen op de klachten van de patiënt belangrijker lijkt te zijn dan het juist instellen van de bloedwaarden. Een aantal overwegingen moeten hierbij in ogenschouw genomen worden.

### Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek gebruikt stabiele bloedwaarden als uitkomstmaat van zorg. Andere aspecten van kwaliteit, zoals reductie van mortaliteit, zijn niet meegenomen.[12] Het onderzoek heeft een relatief hoog responspercentage, maar de steekproef blijft laag. Doordat sprake is van retrospectief observationeel onderzoek kunnen de verschillen tussen de interventiegroep en controlegroep de uitkomsten beïnvloeden. Doordat de controlegroep zich in een ander stadium van de ziekte bevindt, kan de ervaren gezondheid en tevredenheid afwijken.

### Het waarborgen van patiënttevredenheid

De huisarts biedt laagdrempelige, integrale zorg, dicht aan huis.[13, 14] Vooral voor ouderen heeft goede zorg dicht bij huis de voorkeur.[15] Dit onderzoek laat echter zien dat patiënten onder behandeling bij de huisarts minder tevreden zijn over hun zorg dan patiënten onder behandeling bij de MS. In het ziekenhuis wordt de diabeteszorg multidisciplinair geleverd. Het diabeteszorgteam bestaande uit de internist, DVK, diëtist en een coach wordt zeer goed beoordeeld. Eerdere

ervaringen met een goede MS en DVK kunnen ervoor zorgen dat patiënten kritischer zijn tegenover de huisarts of POH.[16, 17] Bij terugverwijzing is het mogelijk van belang om deze multidisciplinaire samenwerking te behouden, waarbij de huisarts en POH de rol overnemen van de MS en DVK.[18]

Verbetering van de communicatie tussen arts en patiënt kan een positief effect hebben op de patiënttevredenheid.[19] Het vermogen goed te kunnen luisteren naar de patiënt zorgt voor meer vertrouwen en het gevoel serieus te worden genomen.[16] Een tweede essentiële eigenschap waar een zorgverlener volgens de patiënten aan moet voldoen is kennis.[16] Uit de vragenlijst blijkt dat de patiënten met DM2 significant minder tevreden zijn over de deskundigheid van de huisarts of POH. Scholing, alsmede laagdrempelig contact met de MS, kan de kennis zoals door patiënten ervaren verhogen.[2, 13] In dit onderzoek tonen de testwaarden een wisselend aantal meetmomenten per patiënt, terwijl de NHG-standaarden een duidelijk protocol beschrijven.[10, 11] Het adequaat volgen van de richtlijnen kan een belangrijke bijdrage leveren aan de patiënttevredenheid.[20]

## Conclusie

Terugverwijzing van stabiele patiënten met hypothyreoïdie en DM2 naar de huisarts gaat gepaard met lagere kosten, maar kan een negatief effect hebben op sommige dimensies van kwaliteit. De kleine stijging bij testwaarden van de huisarts zijn niet klinisch relevant, maar op gebieden van patiënttevredenheid valt winst te behalen. Er moet daarom aandacht worden besteed aan opbouw van kennis bij de behandelende huisartsen én er moet een goede afweging worden gemaakt tussen het volgen van richtlijnen en streefwaarden en het meenemen van de wensen van de patiënt.

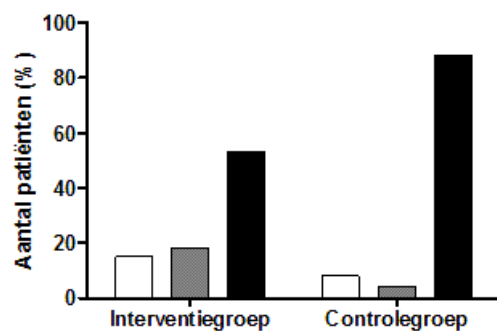
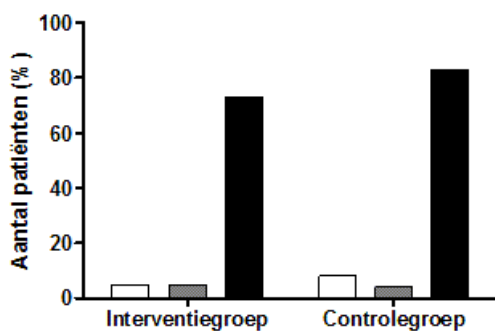
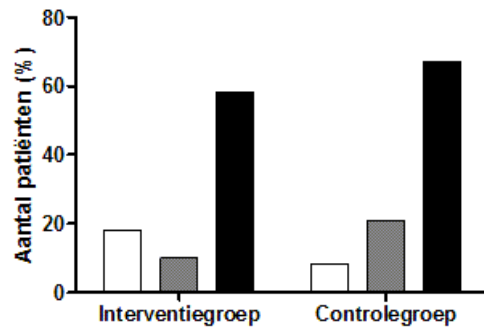
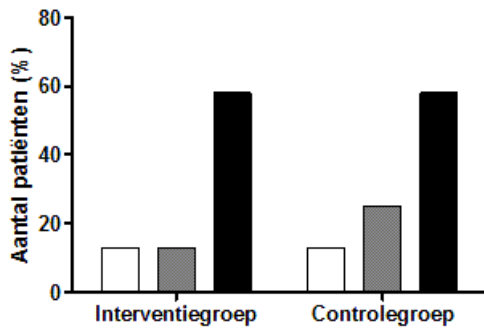
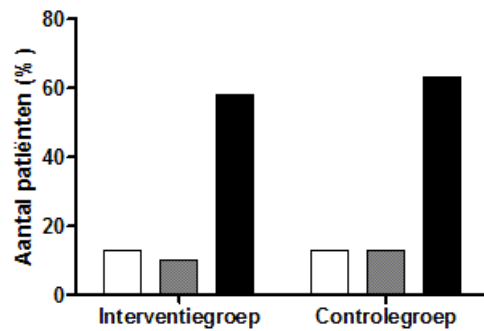
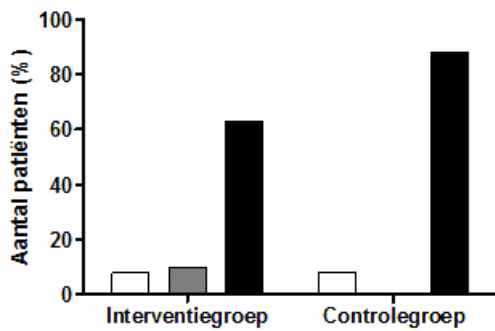
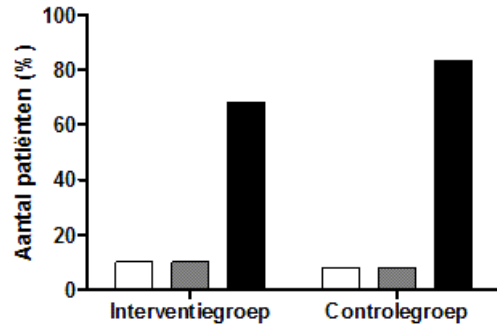
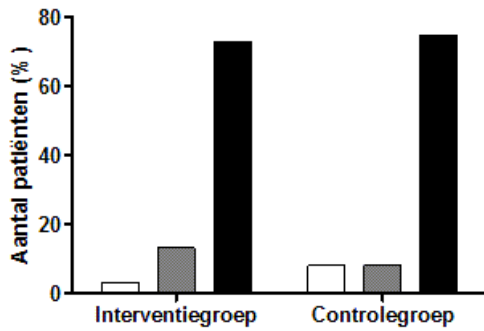
## Referenties

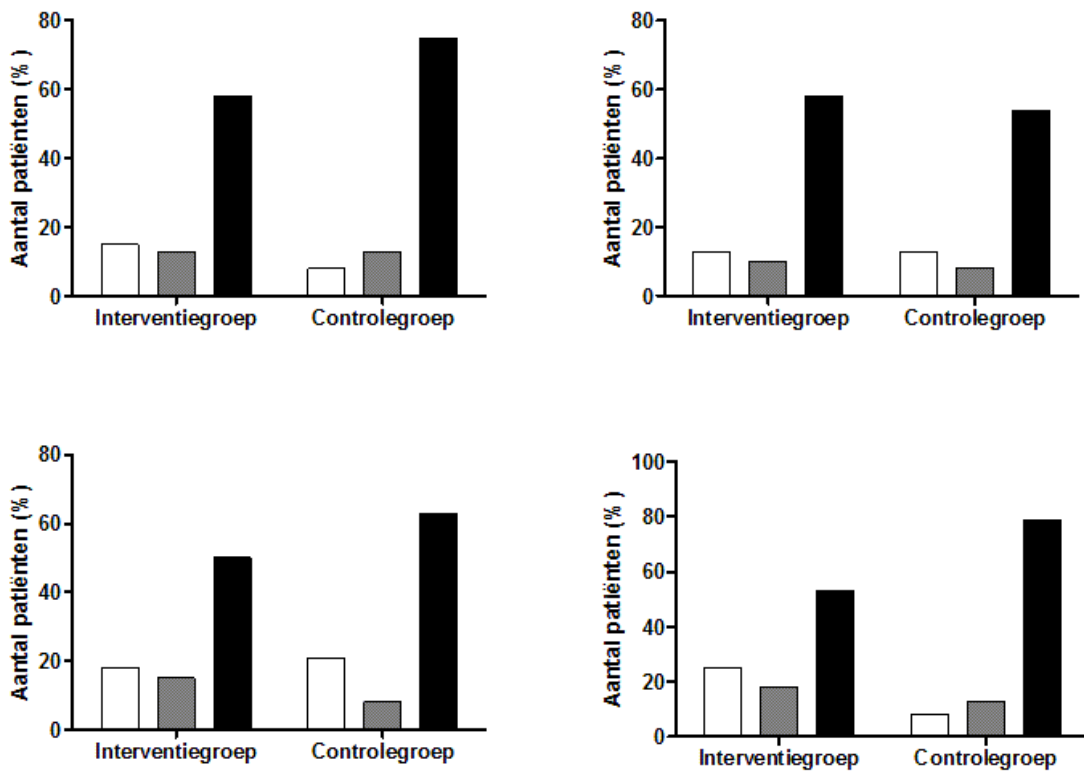
1. Ursum, J., et al., *Zorg voor chronisch zieken*. 2011.
2. Wammes, J., et al., *Onnodige zorg in de Nederlandse gezondheidszorg, gezien vanuit het perspectief van de huisarts*. Nijmegen: Celsus, 2013.
3. Stadhouders, N., et al., *Policy options to contain healthcare costs: a review and classification*. Health Policy, 2016. **120**(5): p. 486-494.
4. de Jong, J., et al., *Substitutiepotentieel tussen eerste-en tweedelijns zorg*. Utrecht, NIVEL, 2016.
5. Kroon, K., *Leertuin Gorinchem. Zorgvisie*, 2018. **48**(3): p. 26-29.
6. *Brochure: Kwaliteit als Medicijn (KAM)*. 2018, HenZ; Rivas Zorggroep; Zorgverzekeraar VGZ.
7. Hendriks, M., M. Krol, and C. Zuizewind, *PREM Eerstelijnszorg en PREM Chronische zorg*. 2016.
8. Argo, P.N.e., *Vragenlijst PREM (Patient Reported Experience Measures) Medisch Specialistische Zorg (versie 3.0)*. 2017.
9. Mijnzfp, T. *website mijnzfp.nl*. 2020.
10. Van Lieshout, J., et al., *NHG-Standaard Schildklieraandoeningen (tweede herziening)*. Huisarts Wet, 2013. **56**: p. 320-30.
11. Rutten, G., et al., *NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (derde herziening)*. Huisarts Wet, 2013. **56**(10): p. 512-25.
12. ZuiderentJerak, T. and T. Kool, *De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg*. Tijd voor een brede benadering. Report IQ Healthcare, NIVEL and iBMG, 2012.
13. Helsloot, R. and A. Timmermans, *De waarde van lijnen*. Huisarts en wetenschap, 2009. **52**(7): p. 358-359.
14. Heijmans, M., P. Spreeuwenberg, and M. Rijken, *Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken: rapportage 2010*. 2010: Nivel Utrecht, Netherlands.
15. Maes, A. and J.-E. de Wildt, *Meer accent op de eerste lijn*. Medisch Contact, 2006. **61**(36).
16. Dang, B.N., et al., *Building trust and rapport early in the new doctor-patient relationship: a longitudinal qualitative study*. BMC Med Educ, 2017. **17**(1): p. 32.

17. Harbishettar, V., et al., *The enigma of doctor-patient relationship*. Indian Journal of Psychiatry, 2019. **61**(Suppl 4): p. S776.
18. Van Royen, P., *Interprofessionele samenwerking, transmurale en interdisciplinaire zorg*. Bijblijven, 2009. **25**(3): p. 31-36.
19. Banerjee, A. and D. Sanyal, *Dynamics of doctor-patient relationship: A cross-sectional study on concordance, trust, and patient enablement*. Journal of Family and Community Medicine, 2012. **19**(1): p. 12.
20. Berg, M. and W. Schellekens, *Kwaliteit kan niet zonder meten*. Huisarts en wetenschap, 2005. **48**(10): p. 306-308.



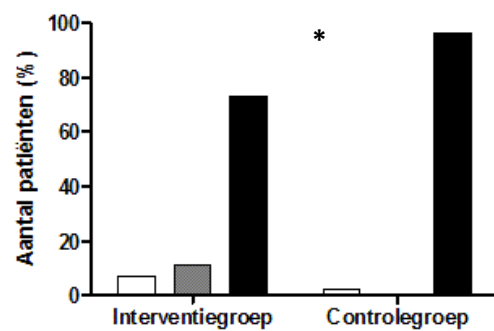
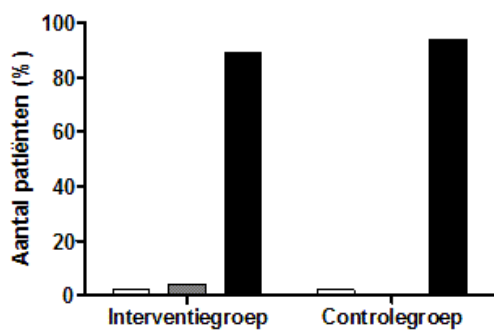
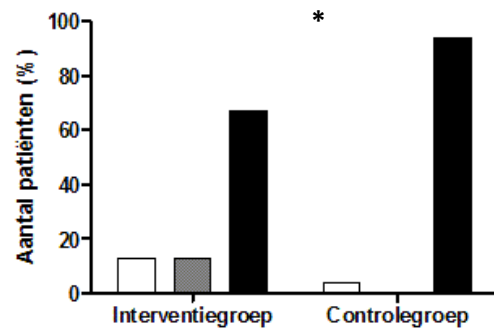
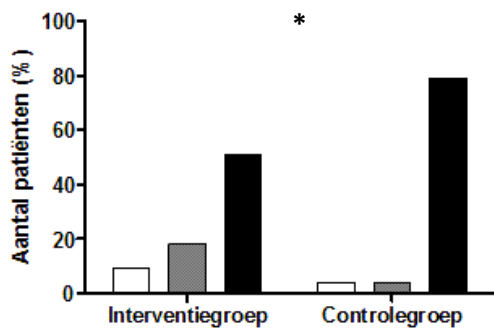
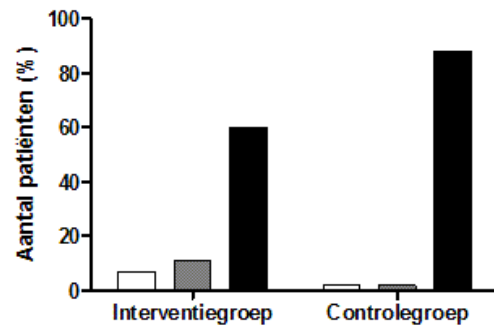
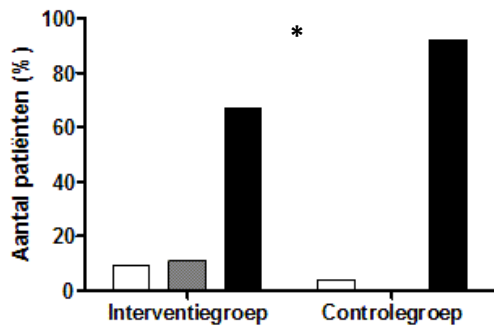
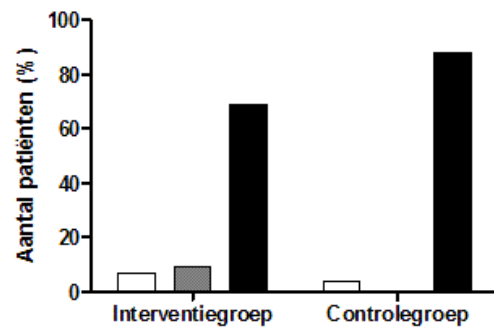
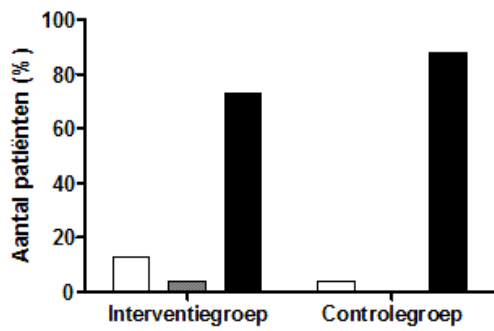
# Bijlage 1: Uitkomsten op de individuele items van de vragenlijst voor patiënten met hypothyroïdie

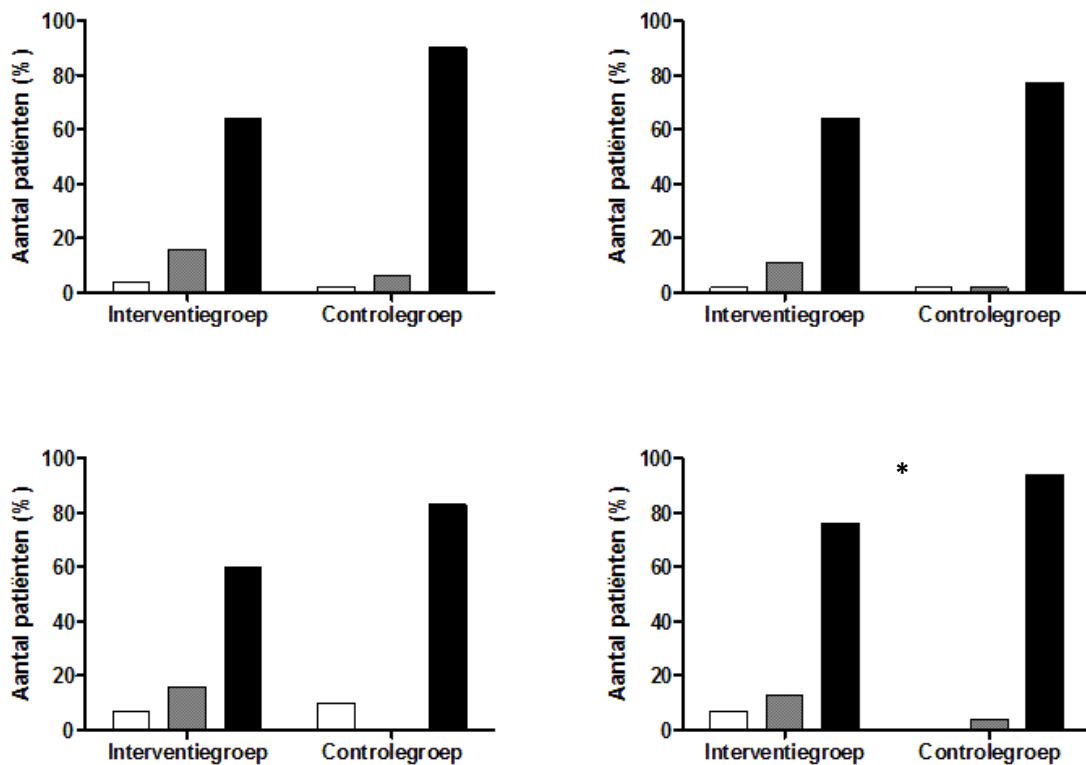




**Figuur 1 | Het aantal patiënten (%) in de interventiegroep hypothyreoïdie en de controlegroep hypothyreoïdie dat antwoord geeft op stellingen uit de vraaggroep 'ervaringen met de zorgverlener' en 'aanbeveling van de zorgverlener'.** Van links naar rechts, van boven naar beneden: 1. Telefonisch bereikbaar; 2. Begrijpt de klacht; 3. Legt begrijpelijk uit; 4. Geeft advies; 5. Neemt patiëntwensen mee; 6. Controleert de algehele gezondheid; 7. Mogelijkheid om vragen te stellen; 8. Vertrouwen in kennis; 9. Behandeling/advies waar patiënt wat mee kan; 10. Behandeling sluit aan op andere behandelingen; 11. Gewenst resultaat; 12. Tevreden over zorgverlener. Missende waarden zijn niet weergegeven, maar wel meegenomen in de frequentieberekening. Wit = oneens; Grijs = niet eens, niet oneens; Zwart = eens.

Bijlage 2: Uitkomsten op de individuele items van de vragenlijst voor patiënten met diabetes mellitus type 2





**Figuur 2 | Het aantal patiënten (%) in de interventiegroep DM2 en de controlegroep DM2 dat antwoord geeft op stellingen uit de vraaggroep 'ervaringen met de zorgverlener' en 'aanbeveling van de zorgverlener'.** Van links naar rechts, van boven naar beneden: 1. Telefonisch bereikbaar; 2. Begrijpt de klacht; 3. Legt begrijpelijk uit; 4. Geeft advies; 5. Neemt patiëntwensen mee; 6. Controleert de algehele gezondheid; 7. Mogelijkheid om vragen te stellen; 8. Vertrouwen in kennis; 9. Behandeling/advies waar patiënt wat mee kan; 10. Behandeling sluit aan op andere behandelingen; 11. Gewenst resultaat; 12. Tevreden over zorgverlener. Missende waarden zijn niet weergegeven, maar wel meegenomen in de frequentieberekening. Wit = oneens; Grijs = niet eens, niet oneens; Zwart = eens. \*P<0.05.