

**TNO-rapport****042022071.13 | Eindrapport****Literatuurverkenning: Kwaliteit van  
eerstelijnszorg aan de multimorbide patiënt****Behavioural and Societal Sciences**Polarisavenue 151  
2132 JJ Hoofddorp  
Postbus 718  
2130 AS Hoofddorp[www.tno.nl](http://www.tno.nl)

T +31 88 866 61 00

F +31 88 866 87 95

[infodesk@tno.nl](mailto:infodesk@tno.nl)

Datum	20 maart 2012
Auteur(s)	Drs. R.A. Bezemer MTD Ir. C.J.P.M. Teirlinck
Exemplaarnummer	
Oplage	
Aantal pagina's	21 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	
Opdrachtgever	Inspectie voor de Gezondheidszorg Dr. C.A.J. Ketelaars
Projectnaam	Veiligheid in zorgnetwerken - Patiëntperspectief
Projectnummer	031.21194/01.13

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2012 TNO

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Opzet onderzoek.....</b>	<b>4</b>
2.1	'Good practices' en vaardigheden & methoden voor patiënten (1 en 2) .....	4
2.2	Beoordeling door patiënten en anderen van de kwaliteit van zorg (3) .....	4
<b>3</b>	<b>Resultaten: 'good practices' en vaardigheden &amp; methoden voor patiënten .....</b>	<b>5</b>
3.1	Internationale literatuur .....	5
3.2	Nederlandse situatie .....	6
<b>4</b>	<b>Resultaten: beoordeling door patiënten en anderen van kwaliteit van zorg... ..</b>	<b>10</b>
4.1	Vergelijking: Beoordeling door patiënten vs indicatoren uit onderzoeken.....	11
4.2	Vergelijking: Beoordelingen van patiënten vs beoordelingen van zorgverleners/behandelaars .....	13
<b>5</b>	<b>Discussie .....</b>	<b>15</b>
5.1	'Good practices' en vaardigheden & methoden voor patiënten .....	15
5.2	Beoordeling door patiënten en anderen van de kwaliteit van zorg .....	16
<b>6</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen .....</b>	<b>17</b>
6.1	Conclusies: 'good practices' en vaardigheden & methoden voor patiënten.....	17
6.2	Conclusies: Beoordeling van kwaliteit van zorg door patiënten en anderen .....	17
6.3	Vervolgactiviteiten.....	18
<b>7</b>	<b>Bibliografie .....</b>	<b>19</b>

# 1 Inleiding

In het kader van het project 'Veiligheid in zorgnetwerken – Patiëntperspectief' is als deelonderzoek een literatuurverkenning uitgevoerd naar de beoordeling van de kwaliteit van de eerstelijnszorg voor multimorbide patiënten. Het project wordt uitgevoerd in samenwerking met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Voor opzet, doelstelling en onderzoeksvragen van het gehele project wordt verwezen naar het projectplan d.d. 24 mei 2011.

Voor de literatuurverkenning zijn in het projectplan de volgende activiteiten benoemd:

1. Literatuurverkenning naar bestaande 'good practices' voor zorgverlening aan multimorbide patiënten binnen en buiten Nederland, met de nadruk op veiligheid en kwaliteitsbewaking en de rol van patiënt zelf daarbij;
2. Literatuurverkenning naar benodigde vaardigheden en beschikbare methoden voor patiënten om de kwaliteit te bewaken van de aan hen geleverde zorg.

Hieraan is lopende het project toegevoegd:

3. Literatuurverkenning naar beoordeling van de kwaliteit van zorg door patiënten in relatie tot andere beoordelingsmethoden (via zorgprofessionals, indicatoren en audits).

In activiteiten 1 en 2 is expliciet gezocht naar informatie over zorgverlening in netwerken van meerdere zorgverleners, omdat dat de multimorbide patiënt duidelijk onderscheidt van niet-multimorbide patiënten. Bovendien is gezocht naar informatie over zelfmanagement, omdat dat aanknopingspunten zou kunnen leveren voor bewaking en beoordeling van de kwaliteit van zorg door patiënt en mantelzorger zelf. Een andere reden is dat zelfmanagement een steeds grotere plaats krijgt in de monitoring en behandeling van chronische patiënten (waartoe multimorbide patiënten doorgaans behoren).

In activiteit 3 gaat het om de vergelijking tussen de beoordeling door patiënten (niet noodzakelijk multimorbide) en de beoordeling door anderen. De achterliggende vraag is of patiëntbeoordeling (een deel van) beoordeling door professionals kan vervangen, zonder de kwaliteit van de beoordeling aan te tasten. Deze literatuurverkenning richt zich overigens niet op de vraag wanneer een beoordeling kwalitatief 'goed' is.

## 2 Opzet onderzoek

### 2.1 'Good practices' en vaardigheden & methoden voor patiënten (1 en 2)

De literatuurverkenning naar 'good practices' en 'vaardigheden & methoden voor patiënten' (activiteiten 1 en 2) is uitgevoerd via databanken met internationale literatuur en, specifiek voor de Nederlandse situatie, via internet en via rapporten verkregen van TNO collega's en een beperkt aantal externe contacten.

Er is gezocht in de literatuuurdatabanken Scopus en Picarta. Zoekwoorden (niet gekoppeld via 'EN') waren: 'multimorbidity', 'comorbidity', 'multidisciplinary primary care', 'self-management', 'quality of care' en 'perceived quality of care'. De verkregen literatuur is vanuit titel, steekwoorden en samenvatting beoordeeld op relevantie voor de vraagstellingen. Dit leidde tenslotte tot 18 referenties.

Voor de Nederlandse situatie is bovendien via rapporten en informatie op het internet gezocht naar onderzoeken en voorbeelden (good practices) van zorgverlening aan multimorbide patiënten. Daartoe zijn ook gesprekken gevoerd met TNO-collega's met aandachtsgebieden zorgnetwerken en zelfmanagement.

Voor een verdere selectie waren aandachtspunten: veiligheid, kwaliteitsbewaking en de rol van de patiënt (zelfmanagement). Daarnaast is gekeken naar benodigde vaardigheden en beschikbare methoden om de kwaliteit van de aan hen geleverde zorg te bewaken. Dit leidde tot 17 referenties.

### 2.2 Beoordeling door patiënten en anderen van de kwaliteit van zorg (3)

De verkenning naar de waarde van beoordeling van de kwaliteit van zorg door patiënten (activiteit 3) is uitgevoerd door te zoeken via PubMed en Scopus. De zoekstrategie was de volgende:

1. Selectie A via: "perceived quality of care" OR "perceived quality of health care" OR "perceived quality of healthcare" OR "patient evaluation" OR "patient judgment"
2. Selectie B via: "quality indicators" OR "quality dimensions" OR "quality measurement" OR "safety indicators"
3. Selectie C via: "patient safety"
4. Selectie D via: "Service Quality"
5. Combinatie (A AND B) leverde na evaluatie op titel en (indien titel interessant) op abstract 10 referenties. Combinatie (A AND C NOT B) leverde op gelijke wijze 1 extra referentie. Combinatie (B AND D) leverde geen nieuwe resultaten.

Alle resultaten zijn beperkt tot publicaties uit 2005 en later. Bij deze 11 resultaten zijn in PubMed en Scopes aanvullende referenties gezocht, via de referenties in het artikel of via door de database aanbevolen artikelen over soortgelijke onderwerpen. Dit leverde nog 15 extra publicaties op. De literatuurverzameling is begin november 2011 uitgevoerd.

### 3 Resultaten: 'good practices' en vaardigheden & methoden voor patiënten

In deze literatuurverkenning worden 'good practices' voor zorgverlening aan multimorbide patiënten meegenomen indien een beschreven praktijksituatie door de auteurs als succesvol geïmplementeerd wordt beschouwd. Bij de verkenning is ook breder gekeken naar ontwikkelingen die tot een toekomstige 'good practice' kunnen leiden. Bij de verkenning naar benodigde vaardigheden en beschikbare methoden voor patiënten om de kwaliteit te bewaken van de aan hen geleverde zorg is ook breed gekeken. Ontwikkelingen die belangrijk zijn om patiënten daarbij te faciliteren en te stimuleren, zoals zelfmanagement en 'guided care', zijn meegenomen.

#### 3.1 Internationale literatuur

In het licht van de vraagstellingen is het nodig het begrip multimorbiditeit nader te omschrijven. Gebruikte termen zijn 'multimorbidity', 'multiple morbidity', 'comorbidity' en 'multiple conditions'. Eén artikel<sup>1</sup> schetst een algemeen beeld van de huidige stand van zaken en toekomstige verwachtingen t.a.v. multimorbiditeit. Combinaties van ziekten betreffen vaak diabetes, COPD, hartfalen en mentale stoornissen. In een aantal artikelen<sup>2,3</sup> worden bij multimorbiditeit ook de sociaal-economische omstandigheden meegenomen, omdat die een relatie hebben met de benodigde complexe zorg. Het betreft de problematiek van laaggeletterdheid in combinatie met omstandigheden in achterstandswijken.

Uit de geselecteerde artikelen uit de internationale literatuur komt duidelijk naar voren dat de problematiek van de behandeling van de multimorbide patiënt wordt onderkend<sup>4,5</sup>. In een aantal documenten worden klinische onderzoeken beschreven naar de relatie tussen multimorbiditeit en de wijze en kwaliteit van de behandeling en zorg<sup>6,7</sup>. Belangrijke onderzochte factoren in deze onderzoeken zijn:

- Het aantal verschillende behandelde aandoeningen;
- Het aantal contacten met professionele zorgverleners;
- De bereidheid tot contacten met niet-professionele zorgverleners, en
- De behoefte aan hulpmiddelen voor zelfmanagement.

Een artikel<sup>8</sup> beschrijft een internationale survey met vragenlijst naar ervaringen van patiënten met multimorbiditeit en geeft tevens een goed overzicht van factoren die daarbij van belang zijn. Er wordt een maat gedefinieerd voor morbiditeit, waarin ook multimorbiditeit is verwerkt. Vanuit de resultaten van de survey worden de onderlinge relaties besproken tussen deze morbiditeitscore, de organisatie van zorg en de ervaren kwaliteit van zorg. Hoofdonderwerpen uit de vragenlijst betreffen:

- Ervaringen met de huisarts, bejegening en kwaliteit van de zorg;
- Ervaringen met de medische specialist bejegening en kwaliteit van de zorg;
- Organisatie van de zorg, zoals beschikbaarheid testresultaten bij bezoek aan arts en uitvoeren van onnodige dubbele testen naar het gevoel van de patiënt;
- Aandacht voor meerdere chronische ziekten en onderlinge beïnvloeding bij behandeling;
- Kwaliteit van zorg in het algemeen.

Conclusies uit dit onderzoek zijn onder andere dat patiënten met een hogere ziektelast gemiddeld een lagere score geven voor de organisatie van zorg en de ervaren kwaliteit van zorg in het algemeen. In de discussie wordt besproken dat dit niet overeenstemt met verschillende andere studies waarin patiënten met multimorbiditeit juist een hogere score geven voor de ervaren kwaliteit van zorg. Verklaringen worden onder andere gezocht in de wijze van onderzoek: de vragenlijsten worden opgestuurd, terwijl andere onderzoeken andere methoden gebruiken.

Naast de beschreven problematiek van multimorbiditeit is in de geselecteerde artikelen slechts in beperkte mate informatie gevonden over de richting die good practices hiervoor zouden moeten volgen. De meest gebruikte term hierbij is 'guided care'<sup>9,10,11</sup>. Daarnaast wordt de term 'collaborative care'<sup>12</sup> en 'patient-centered care'<sup>13</sup> gebruikt. Eén artikel<sup>14</sup> omschrijft 'guided care' als: het integreren van een geregistreerd verpleegkundige, gespecialiseerd in chronische zorg, in een eerstelijns gezondheidszorgpraktijk van 2 tot 5 artsen, met als doel uitgebreide chronische zorg te verlenen aan 50 tot 60 multimorbide oudere patiënten. Hierbij is sprake van interdisciplinaire zorg. In een ander artikel van dezelfde hoofdauteur<sup>15</sup> worden als belangrijke onderdelen van 'guided care' gegeven: een geriatrisch onderzoek, een uitgebreid zorgplan, evidenced-based zorg met pro-actieve follow-up van de behandeling van de verschillende chronische ziekten, coördinatie van de zorg van alle verschillende zorgverleners en zorgverlenende instanties en hulp bij toegang tot faciliteiten van gemeentes e.d.

Eén studie<sup>16</sup> beschrijft mogelijke drempels bij ouderen voor zelfmanagement als gevolg van multimorbiditeit en het effect op kwaliteit van leven. Belangrijke factoren daarbij zijn algemene staat van gezondheid, morbiditeit, fysiek functioneren, sociale activiteit en symptomen van depressiviteit. Als belangrijke drempels voor zelfmanagement worden genoemd: een hoge ziektelast, zowel in aantal aandoeningen als de zwaarte ervan, een laag inkomen en financiële problemen, voortdurende depressiviteit. Daarnaast blijkt een frequent patiënt-arts contact samen te gaan met verminderd zelfmanagement

De inzet van zelfmanagement bij de behandeling van multimorbide patiënten, onder andere als onderdeel van 'guided care', komt in een aantal artikelen aan de orde. Een artikel<sup>17</sup> beschrijft de aanbevelingen van een werkgroep voor de inzet van zelfmanagement bij patiënten met een complex ziektebeeld. In een ander artikel<sup>18</sup> worden de matigende effecten van multimorbiditeit (en depressieve klachten) op de effectiviteit van zelfmanagementprogramma's voor chronisch zieken beschreven.

### 3.2 Nederlandse situatie

TNO- en externe rapporten en literatuur zijn verzameld. Opvallende punten bij de selectie en verwerking van gegevens uit de geselecteerde rapporten en literatuur:

- Veel van de verzamelde documenten hebben betrekking op zelfmanagement met aandacht voor ouderen en chronisch zieken in het algemeen of voor specifieke ziekten. Veiligheid en bewaking van kwaliteit komt niet of zeer beperkt aan de orde. Veel van deze documenten zijn daarom in de uitwerkingsfase afgevalen.

- De meest genoemde chronische ziekten zijn diabetes, COPD en hartfalen (vasculair risicomangement). Vaak staat de inhoud van de documenten in relatie tot de zorgstandaarden voor deze ziekten.

Daarnaast zijn er in Nederland verschillende instanties en programma's actief op het gebied van de multimorbide patiënt en de complexe ouderenzorg. Die worden hieronder toegelicht.

In het Landelijk Actiemodel Zelfmanagement (LAZ) zijn medewerkers van verschillende instanties in de regio Groningen (UMCG, Centrum voor revalidatie; Zorgbelang) actief in een werkgroep voor zelfmanagement bij multimorbiditeit. In een project waarbij ook TNO/CBO betrokken is, wordt een generiek model voor zelfmanagement ontwikkeld via groepsgesprekken met ervaringsdeskundigen met multimorbiditeit. In het rapport 'Zelfmanagement bij mensen met meerdere aandoeningen'<sup>19</sup> wordt verslag gedaan van een verkennend onderzoek ten behoeve van het model zelfmanagement bij multimorbiditeit. Basis voor de groepsgesprekken is een uitgewerkt model op basis van het chronic care model met als elementen:

- Mens met chronische aandoening in relatie tot zorgverlener  
*partnerschap, communicatie, vertrouwen en respect*
- Mens met chronische aandoening  
*competenties: ziektespecifieke kennis en vaardigheden, vertrouwen in eigen kunnen, vermogen tot zelfontplooiing,*
- Zorgverlener  
*competenties: vermogen tot kennisoverdracht, coach-vaardigheden, wegwijzer naar zorgvoorzieningen*
- Aandachtsgebieden zelfmanagement  
*ervaringskennis, leven met de ziekte, eigen aandeel in de zorg, organiseren zorg- en hulpbronnen*
- Randvoorwaarden omgevingsfactoren  
*organisatie van zorgproces, ICT, kwaliteitseisen, ontwikkeling en onderzoek, opleiding en scholing, financiering, wet- en regelgeving, samenleving en omgevingsfactoren/randvoorwaarden.*

Vanuit de groepsgesprekken zijn voor alle elementen bijeengebracht: ervaringen als illustratie, essentiële voorwaarden voor zelfmanagement bij multimorbiditeit, wensen met vertaling van knelpunten en pluspunten die goed blijken te gaan. Het beeld dat uit het onderzoeksverslag ontstaat is dat er vooral inzicht is verkregen in mogelijkheden en drempels die algemeen gelden voor zelfmanagement en dat de multimorbiditeit drempels en problemen versterkt. Deze laatste liggen sterk op het gebied van coördinatie van de zorg en van wet- en regelgeving (zoals het persoonsgebonden budget, pgb). Duidelijke punten t.a.v. de veiligheid in de zorg worden niet genoemd. Er wordt nu gedacht aan verdere stappen om het model in te vullen; dat is tot nu toe nog niet gebeurd, aldus de betrokkenen bij TNO/CBO.

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) is in 2008 gestart in opdracht van het ministerie van VWS. Momenteel nemen ongeveer vierhonderd partijen deel aan verschillende innovatieprojecten. Veel van de thema's hebben betrekking op de eerstelijnsgezondheidszorg: samenhangende eerstelijnszorg, multidisciplinaire teams, coördinatie, transmurale zorg, ketensamenhang voor kwetsbare ouderen, wijkgerichte ondersteuning en versterking van het sociaal netwerk.

Een aantal innovaties in de complexe ouderenzorg die in de regio Nijmegen zijn getest en geëvalueerd wordt besproken in een artikel gepubliceerd op de website van Zorg en Welzijn Netwerk Nijmegen<sup>20</sup>. Hierin wordt aangegeven dat innovatie in de ouderenzorg nodig is op een aantal belangrijke terreinen: meer preventief denken, meer gerichtheid op de wensen en behoeftes van de oudere patiënt, en betere netwerkzorg rondom de kwetsbare oudere. Er worden drie innovatieve manieren beschreven om daarmee om te gaan:

- Easycare-TOS, een slimme identificatiemethode voor (toekomstige) kwetsbare ouderen op het gebied van gezondheid, wonen en welzijn;
- Zorg en Welzijns info Pas (ZWIP) een internetapplicatie waarin de oudere zijn eigen virtuele netwerk kan vormen, en
- Zorg- en Welzijnsstandaard (ZWS) een compacte multidisciplinaire samenwerking die de grenzen van zorg en welzijn overstijgt.

Het innovatieproject “Zorg- en Welzijnsstandaard” is een uitbreiding van het klassieke hometeam. Er wordt geëxperimenteerd met een zorgstandaard voor kwetsbare ouderen. Ouderen die als kwetsbaar en complex zijn aangemerkt, worden besproken in een multidisciplinair overleg (MDO), dat bestaat uit een kernteam. In het kernteam van het MDO nemen personen deel vanuit de medische, de verpleegkundige en de welzijnskant: meestal de huisarts, de praktijkondersteuner/ wijkverpleegkundige, de ouderenadviseur en, afhankelijk van de setting, soms een specialist ouderengeneeskunde. Het uitgangspunt is dat de patiënt vanaf het begin centraal staat. In enkele praktijken wordt geëxperimenteerd met deelname van patiënt en mantelzorger aan het MDO. De oudere zit zelf ‘aan het stuur’. Het eigen inzicht van de ouderen over hoe zij het leven met de aanwezige aandoeningen en beperkingen vorm willen geven, bepaalt de inhoud van het actieplan. Informatie over resultaten van dit project zijn nog niet verkregen.

In het Gronings Interventie Programma (GRIP)<sup>21</sup> worden vier interventies op het gebied van zelfmanagement genoemd: twee versies van ‘GRIP op het leven’, één voor kwetsbare oudere patiënten en één voor licht kwetsbare thuiswonende ouderen, ‘Geef uw leven meer GLANS’ voor sociaal kwetsbare (eenzame) oudere vrouwen en ‘GRIP op lijf en leden, een groepscursus voor ouderen met chronische aandoeningen. Multimorbiditeit wordt hierbij niet expliciet genoemd.

Er zijn weinig specifieke gegevens gevonden met betrekking tot de vraagstelling naar benodigde vaardigheden en beschikbare methoden voor patiënten om de kwaliteit te bewaken van de aan hen geleverde zorg. De zorgstandaarden voor diabetes<sup>22</sup>, COPD<sup>23</sup> en hartfalen<sup>24</sup> bieden wel aanknopingspunten voor belangrijke aspecten hierbij. Het rapport van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden<sup>25</sup> geeft een model voor zorgstandaarden bij chronisch zieken, maar gaat slechts beperkt in op de problematiek van multimorbiditeit daarbij:

*Het is duidelijk dat de complexe problematiek rond multimorbiditeit met het voorgaande niet uitputtend is besproken. Dit onderwerp vraagt om een meer complete analyse, maar die ligt op dit moment buiten de scope van dit rapport. Een nadere beschouwing zal dus in een andere rapportage moeten worden ondergebracht. Hier wordt volstaan met de opmerking dat het model voor zorgstandaarden zodanig is opgebouwd dat mogelijke handvatten worden geboden voor een goede aanpak van de problematiek rond multimorbiditeit en dat een goede aanpak door de toepassing van het model voor zorgstandaarden niet hoeft te worden belemmerd.*



Belangrijke elementen bij omgaan met multimorbiditeit zijn zorgnetwerken, zelfmanagement en bekwaamheid/opleidingen, zie ook de discussie. Met betrekking tot deze facetten is veel literatuur beschikbaar, deels ook met betrekking tot multimorbiditeit, maar deze geven geen rechtstreeks houvast aan patiënten voor beoordeling en bewaking van de aan hen geleverde zorg.

Twee TNO-rapporten<sup>26,27</sup> en een CBO/NCPF rapport<sup>28</sup> beschrijven zelfmanagement en patiëntparticipatie voor chronisch zieken en ouderen. Een RIVM rapport<sup>29</sup> beschrijft de stand van zaken in 2010 ten aanzien van de organisatie van zorgprogramma's voor diabetes, COPD en VRM bij 97 zorggroepen. Het invoeren van meerdere zorgprogramma's wordt beschreven als een knelpunt met mogelijk gevolgen voor multimorbide patiënten. Soms worden verschillende zorgprogramma's uitgevoerd door afzonderlijke rechtspersonen/zorggroepen. Multimorbide patiënten zijn dan voor hun chronische zorg bij meerdere zorggroepen in zorg. Vooralnog is onduidelijk wat dit betekent voor de kwaliteit van de feitelijke zorgverlening. Daarnaast is de rol van de patiënt in de zorggroep nog onderontwikkeld. Veel zorggroepen geven nog geen of onvoldoende aandacht aan zelfmanagement.

Een NIVEL-rapport<sup>30</sup> is gericht op multidisciplinaire samenwerking in de 1<sup>e</sup> lijn, niet expliciet op de multimorbide patiënt. Met name patiënten met diabetes, COPD en cardiovasculaire aandoeningen zijn betrokken in multidisciplinaire samenwerking in de 1<sup>e</sup> lijn. Patiëntbelang wordt als een belangrijke determinant voor multidisciplinaire samenwerking beschreven. Geconstateerd wordt dat er bij patiënten een duidelijke behoefte bestaat aan zelfmanagement en eigen regie. In 2010 is een NMa rapport<sup>31</sup> verschenen, gericht op organisatie van zorggroepen en multidisciplinaire samenwerking voor onder andere diabetes, COPD en cardiovasculaire aandoeningen. Voor het patiëntperspectief wordt verwezen naar de zorgstandaarden. In relatie tot bekwaamheid en opleidingen voor zorgverleners is een recent RVZ-rapport<sup>32</sup> van belang. Dat gaat uit van het patiëntperspectief en ondersteuning van zelfmanagement, het chronic care model en de chronische zorg in Nederland en stelt vast dat zorgverleners hierop nog onvoldoende zijn voorbereid.

In relatie tot methoden voor de patiënt om de aan hem verleende zorg te bewaken is tenslotte ook informatie vanuit patiëntenquêtes en vragenlijsten over de ervaren kwaliteit van zorg van belang. De vragenlijsten uit de CQ-index Diabetes<sup>33</sup> en de CQ-index Huisartsenzorg<sup>34</sup> zijn hier met name van toepassing. Het Nivel/IMTA rapport<sup>35</sup> uit 2007 beschrijft de opzet van een patiëntonderzoek naar de kwaliteit van de geleverde zorg:

*Aan kwaliteit van zorg, ook een resultaat, zitten verschillende kanten. Verschillende partijen die bij de zorg betrokken zijn, kijken hier vaak anders tegenaan. Zo zijn voor patiënten bijvoorbeeld bereikbaarheid, continuïteit van de zorg en de deskundigheid van en bejegening door de zorgaanbieder belangrijke maatstaven voor kwaliteit (Sixma et al. 1998). Zorgaanbieders meten kwaliteit veelal af aan effectiviteit en veiligheid van zorgverlening terwijl zorgverzekeraars vooral ook oog hebben voor doelmatigheid.*

## 4 Resultaten: beoordeling door patiënten en anderen van kwaliteit van zorg

Voor de beoordeling van de kwaliteit van zorg aan patiënten zijn verschillende bronnen en benaderingswijzen mogelijk. De beoordeling kan gegeven worden door patiënten, of door zorgverleners of andere organisaties. Daarnaast kan de beoordeling op verschillende aspecten gericht zijn. Bij de review van artikelen in deze verkenning worden voor beide punten de volgende twee indelingen gehanteerd:

### Beoordelaar:

- Oordelen van patiënten m.b.v. vragenlijsten. De CQ index, deels gebaseerd op Quote, geeft vragenlijsten voor verschillende sectoren, waaronder de eerstelijnsgezondheidszorg en huisartsen<sup>36</sup>. Hiermee worden zorggroepen en zorgverleners beoordeeld; de resultaten worden o.a. gebruikt voor certificatie en het transparant maken van de kwaliteit van de zorg. Daarnaast zijn er brede onderzoeken, gericht op aspecten van bijvoorbeeld zelfmanagement en patiënttevredenheid. Deze zijn uitgevoerd op nationale en internationale schaal en niet herleidbaar naar het niveau van individuele zorggroepen en zorgverleners. [*bron B1*]
- Oordelen van zorgverleners, van (onafhankelijke) instanties d.m.v. audits, of door zorgverzekeraars of onderzoekers. [*bron B2*]

### Beoordeelde kwaliteitsaspecten:

- Patiënttevredenheid, patiëntbejegening, communicatie van zorgverleners met de patiënt/mantelzorger [*kwaliteitsaspect K1*]
- De organisatie van de zorg [*kwaliteitsaspect K2*]
- De kwaliteit van medische behandeling en zorg, het klinisch effect ervan, voldoen aan richtlijnen [*kwaliteitsaspect K3*]
- De veiligheid van de behandeling/zorg, complicaties [*kwaliteitsaspect K4*]

Deze indeling sluit deels aan bij het conceptuele model van kwaliteit van zorg dat beschreven wordt in het artikel van Donabedian<sup>37</sup>. De beschrijving gaat aan de hand van drie componenten:

- 'technical quality of care' (mate waarin het gebruik van zorg voldoet aan een vastgestelde standaard of waarin deze op adequate en acceptabele wijze voldoet aan de gestelde behoefte)
- 'interpersonal quality' (aspecten van communicatie en interactie tussen zorgverlener en patiënt)
- 'amenities' (bejegening, patiëntvriendelijkheid)

De wijze van en mogelijkheid tot beoordeling hangt mede af van het medisch specialisme. Bijvoorbeeld beoordeling van het (klinisch) resultaat bij behandelingen van ziekten aan hart en longen is het beste mogelijk door juist de behandelaar/zorgverlener aan de hand van normwaarden en richtlijnen. Voor een patiënt/mantelzorger zijn deze minder toegankelijk en ook moeilijk in zijn specifieke situatie op waarde te beoordelen. In de GGZ is juist ook voor de behandelaar het oordeel van de patiënt richtinggevend: hoe voelt u zich en gaat het door de behandeling beter met u?

Tabel: Instrumenten beoordeling kwaliteit van zorg

	Bron van beoordelingen		Kwaliteitsaspecten			
	B1	B2	K1	K2	K3	K4
CAHPS <sup>40</sup>	X			X	X	
CQI <sup>44</sup>	X		X	X		
HCAPHS <sup>39</sup>		X	X	X		
HEDIS (Medicare) <sup>40</sup>		X			X	
HQA <sup>39</sup>		X			X	X
NHSPPI <sup>44</sup>		X			X	
PEI <sup>44</sup>	X			X		
PGR <sup>45</sup>	X		X			
PIRT <sup>38</sup>	X					X
PMOS <sup>38</sup>	X			X		
PSI <sup>39</sup>		X	X	X	X	X
CQ indexen <sup>33,34</sup>		X	X	X	X	

CAHPS :Consumer Assessment of Health Plans Study CQI: Consultation Quality Index HCAPHS: Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems HEDIS: Health Plan Employer Data and Information Set HQA: Hospital Quality Alliance (HQA), a collaboration of leading health care organizations NHSPPI: National Health Service Practice Performance Index PEI: Patient Enablement Instrument PGR: patient's global rating PIRT: patient incident reporting tool PMOS: patient measure of organisational safety QUOTE: QUality Of care Through the patient's Eyes PSI: Patient Safety Indicators	Bron van beoordelingen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• B1: Oordelen van patiënten</li> <li>• B2: Oordelen van zorgverleners of instanties/onderzoekers</li> </ul> Kwaliteitsaspecten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• K1: Patiënttevredenheid</li> <li>• K2: Organisatie van zorg</li> <li>• K3: Kwaliteit medische behandeling/zorg</li> <li>• K4: Kwaliteit medische behandeling/zorg</li> </ul>
---	---

#### 4.1 Vergelijking: Beoordeling door patiënten vs indicatoren uit onderzoeken

Van de onderzoeken in deze review gaan er acht<sup>39,40,41,42,43,44,45,46</sup> over vergelijkingen tussen oordelen van patiënten en kwaliteitsindicatoren uit onderzoek en databanken. Artikelen die met meest direct ingaan op deze relatie komen uit de ziekenhuisomgeving<sup>39,40,41,42</sup>. Hierbij worden meer significante correlaties gevonden dan in de extramurale zorg en de eerstelijnsgezondheidszorg<sup>43,44,45,46</sup>. Het ziekenhuis is één enkele organisatie en kan zelfs als één 'service line' worden beschouwd. In de extramurale zorg en de eerstelijnsgezondheidszorg zijn meer organisaties betrokken en is er meer variatie in zorgverleners en zorgplannen. Hier variëren de indicatorensets ook meer dan bij ziekenhuizen. In deze studies zijn de correlaties tussen patiëntoordelen en kwaliteitsindicatoren veel onduidelijker, meestal worden hiertussen slechts zwakke, niet-significante correlaties gevonden.

Bij een onderzoek vanuit de NHS database werden voor 8 van de 80 items significante correlaties gevonden.

Bij de onderzoeken in ziekenhuizen<sup>39,40</sup> zijn de *patiëntoordelen* verkregen via zowel algemeen gebruikte methodieken als door onderzoekers zelf ontwikkelde methodieken. De algemeen gebruikte methodieken zijn de 'Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems' (HCAPHS) en de CAHPS (Consumer Assessment of Health Plan Study). De patiëntoordelen omvatten zowel items t.a.v. patiënttevredenheid als organisatie van de zorg. Belangrijke items zijn: algemene tevredenheid, vriendelijkheid, bejegening, respect, interpersoonlijke kwaliteiten, coördinatie van zorg, wachttijd, vertraging, communicatie en omgeving. De *indicatoren* in deze onderzoeken zijn zowel gericht op kwaliteit van behandeling en zorg als op patiëntveiligheid. Hierbij wordt gebruik gemaakt van zowel algemeen gebruikte methodieken als door onderzoekers zelf ontwikkelde indicatoren. Algemeen gebruikte methodieken zijn de indicatoren van de HQA en HEDIS. De HQA meet welk percentage van de patiënten het gewenste 'medische proces' krijgt. Dit wordt aangevuld met indicatoren t.a.v. patiëntveiligheid, zoals PSI die meet hoeveel van de patiënten een bepaalde complicatie krijgt. De HEDIS-systematiek van Medicare meet welk percentage van de patiënten de aanbevolen preventieve screening/controles krijgt. In een van de studies zijn gegevens verzameld over incidenten, bijna-incidenten en foutieve handelingen.

Patiëntbeoordelingen volgens de HCAHPS blijken bij verschillende behandelingen (o.a. myocardinfarct, longontsteking, chirurgie, decubitus) sterk gecorreleerd met de HQA en PSI indicatoren. Hierbij moet worden opgemerkt dat de patiëntbeoordelingen van het ziekenhuisproces gekoppeld zijn aan de indicatoren van hetzelfde proces in hetzelfde ziekenhuis. Een aantal CAHPS-patiëntbeoordelingen ('getting needed care' en 'health plan information and customer service') blijken beide sterk gecorreleerd met HEDIS indicatoren bij mammografie, oogonderzoek voor diabetici en bètablokker bij myocardinfarct. Opvallend is dat de meeste HEDIS-indicatoren niet significant correleren met de CAHPS-beoordelingen 'communication with doctors' en 'getting care quickly'. In een studie<sup>41</sup> waarin gegevens verzameld zijn over incidenten, is een significante correlatie gevonden tussen enerzijds door de patiënt gerapporteerde problemen en afwijkingen in kwaliteit van zorg en organisatie en anderzijds incidenten, bijna-incidenten en foutieve handelingen. Vooral de patiëntbeoordeelde items 'coördinatie van zorg' en 'interpersoonlijke kwaliteiten' correleren met incidenten en fouten.

Een van de artikelen<sup>42</sup> beschrijft een onderzoek naar de ervaren kwaliteit van zowel de zorg in het ziekenhuis bij een chirurgische ingreep en de poliklinische zorg daarna. Hierbij is de relatie onderzocht tussen enerzijds patiënttevredenheid, kwaliteit van behandeling en zorg en tijd van arts en anderzijds de (medische) resultaten in absolute zin (zes maanden na operatie) en in relatieve zin (verschil tussen baseline en follow-up status). De uitkomsten van de medische resultaten blijken significant gecorreleerd aan de patiënttevredenheid. Patiënten blijken meer gericht op de mate van gezondheid die ze op het moment zelf ervaren dan op de mate van verbetering t.o.v. voorheen.

In drie artikelen<sup>43,44,45</sup> zijn gegevens aangetroffen over de eerstelijnsgezondheidszorg met een vergelijking tussen patiëntbeoordelingen en kwaliteitsindicatoren. De patiëntoordelen betreffen patiënttevredenheid, vertrouwen, de kennis van de huisarts en de toegang tot zorg. Gebruik wordt gemaakt van de CQI, Consultation Quality Index, met als indices o.a. de mate waarin een patiënt de arts kent en de lengte van

het consult. In een studie wordt het patiëntoordeel bepaald uit beantwoording van slechts één algemene vraag (patient's global rating) "Hoe beoordeelt u de (kwaliteit van) zorg gedurende het afgelopen jaar?". De kwaliteitsindicatoren zijn o.a. gebaseerd op klinische richtlijnen, vergelijkbaar met de Nederlandse zorgstandaarden. Voorbeelden zijn monitoring en beheersing van hypertensie en griepvaccinatie. In een van de studies worden performance-indicatoren uit een databank van de NHS, zoals voorschrijfgedrag voor medicatie, preventie en kwaliteit in het algemeen, vergeleken met de resultaten van een breed onderzoek onder patiënten in dezelfde regio's. In de studies worden slechts zwakke, niet-significante correlaties tussen de patiëntoordelen en de indicatoren voor kwaliteit van zorg gevonden. Er wordt echter wel een prima correlatie gevonden tussen de patiëntitems onderling, ook voor de kwaliteit van zorg. In het onderzoek vanuit de NHS databank zijn een zeer beperkt aantal (8 van de 80) significante correlaties gevonden tussen de patiëntoordelen en de kwaliteitsindicatoren. Er bleek o.a. een correlatie tussen de totale NHSPPI score en de lengte van het consult. Daarnaast wordt het 'te goed je huisarts kennen' geassocieerd met minder goed voorschrijfgedrag. In de studie<sup>45</sup> m.b.v. de patient's global rating bleek dit patiëntoordeel niet geassocieerd met een betere technische kwaliteit van de zorg maar vooral met de kwaliteit van de interpersoonlijke relatie. In een onderzoek in de psychiatrie<sup>46</sup> is de relatie onderzocht tussen patiënttevredenheid en de klinische kwaliteit ('technical quality of care'). Uit het onderzoek blijkt een significante, maar niet heel sterke associatie tussen deze twee maten.

#### 4.2 **Vergelijking: Beoordelingen van patiënten vs beoordelingen van zorgverleners/behandelaars**

Van de onderzoeken in deze review hebben er vier betrekking op een vergelijking tussen beoordelingen van patiënten en beoordelingen van zorgverleners<sup>47, 48, 49, 50</sup>. Hiervan hebben<sup>47,49,50</sup> betrekking op de geestelijke gezondheidszorg.

De oordelen van *patiënten* betreffen de algemene tevredenheid en het contact (interactie) met de arts, de organisatie van zorg zoals de wachttijd en bejegening, en de resultaten van de behandeling. Een aantal van de items komt overeen met vragen uit de QUOTE / CQ lijsten.

De oordelen van de *zorgverleners* komen zowel van behandelaars en collegabehandelaars, als van verwijzende huisartsen en van onderzoekers. Deze beoordelingen betreffen de behandeling van de patiënt, de professionele competentie, tijd, efficiëntie en werkomgeving. Van belang is wel dat bij onderzoeken in de geestelijke gezondheidszorg de zorgverlening juist om de persoonlijke interactie met de patiënt draait en daardoor verwacht kan worden dat patiënten deze zorg beter kunnen beoordelen dan somatische medische zorg. In één van de onderzoeken<sup>50</sup> is een vergelijking gemaakt tussen de tevredenheid van de patiënt en de tevredenheid van de verwijzer en de arts met de zorg. De resultaten van patiënten leidden tot onderscheid tussen de beoordeelde teams/services, de resultaten van de verwijzers en de behandelaars niet. Deze resultaten correleerden ook niet met de resultaten van de patiënten. Tegelijk was er onafhankelijk een breder onderzoek onder zorgverleners. Patiëntuitkomsten correleerden daarmee goed; de uitkomsten van verwijzers en behandelaars niet. Deze uitkomst versterkt de waarde van patiëntbeoordeling van de kwaliteit van zorg.

Bij een onderzoek in de ambulante geestelijke gezondheidszorg<sup>47</sup> in Noorwegen levert een vergelijking van de kwaliteitsbeoordeling van patiënten en behandelende

artsen geen enkele significante correlatie. In de studie zijn de variaties tussen de scores nader onderzocht. Gebleken is dat 98% van de variatie in scores op patiëntniveau bepaald wordt, en slechts 2% op het niveau van klinische teams. De teams werken dus behoorlijk uniform, óf de patiënten zijn zeer verschillend. In een onderzoek<sup>49</sup> in de psychiatrie in Noorwegen zijn de beoordelingen van poliklinische psychiatrische zorg door huisartsen (als verwijzers) en door patiënten vergeleken. Huisartsen werd gevraagd naar 8 items, o.a. algemene tevredenheid, wachttijd en competentie. Patiënten werd gevraagd naar 6 items, o.a. algemene tevredenheid, informatie en contactmogelijkheden. Dit resulteerde in 48 combinaties, waarvan een groot deel (ongeveer 80%) significant correleerde. Ook in een studie<sup>48</sup> naar de huisartsenzorg wordt de variatie van de scores van patiënten en behandelaars onderzocht. Variatie tussen de oordelen van patiënten wordt voor 90 tot 95% bepaald op patiëntniveau en voor 5 tot 10% op het niveau van de behandelaar (huisarts of praktijk).

## 5 Discussie

### 5.1 'Good practices' en vaardigheden & methoden voor patiënten

In Nederland zijn er verschillende initiatieven op het gebied van behandeling van multimorbide patiënten. Het betreffen: Landelijk Actiemodel Zelfmanagement, Nationaal Programma Ouderenzorg, Zorg en Welzijn Netwerk Nijmegen, en het Gronings Interventie Programma. Eén artikel<sup>20</sup> geeft een overzicht van een aantal van deze initiatieven en programma's en van drie innovatieprojecten in de regio Nijmegen. Daarnaast geeft het artikel een overzicht van de stand van zaken van de eerstelijnszorg voor ouderen met complexe problematiek.

Al deze initiatieven en programma's zijn gericht op de zorg aan (kwetsbare) ouderen waarbij zelfmanagement dikwijls een belangrijke rol speelt. De specifieke problematiek van multimorbiditeit komt hierbij slechtst beperkt aan de orde. Tevens is meestal sprake van onderzoeken en pilots en is er nog geen sprake van opschaling en bredere implementatie in de dagelijkse praktijk. Resultaten van de onderzoeken zijn ook nog niet altijd bekend.

Dit beeld wordt bevestigd door de verkenning in de internationale literatuur. Met name één onderzoeksgroep (Boyd et al.) is actief op het gebied van 'guided care' en in de gevonden literatuur is er vooral sprake van onderzoek en (nog) niet van bredere implementatie in de praktijk.

Het volgende algemene beeld komt uit deze literatuurverkenning naar voren:

- Het grootste deel van de verkregen gegevens is van vrij recente datum: 2010 en 2011;
- In dit tijdbestek is er duidelijk aandacht ontstaan voor de problematiek van behandeling van en zorg voor multimorbide patiënten;
- Uitwerking van deze problematiek verkeert nog in een onderzoeksfase;
- Gegevens over implementatie en uitrol naar de dagelijkse praktijk zijn nog niet verkregen;
- Op basis van de momenteel verkregen gegevens en de huidige ontwikkelingen kan nog niet gesproken worden van 'good practices' voor zorg aan de multimorbide patiënt.

Met betrekking tot de vraagstelling naar benodigde vaardigheden en beschikbare methoden voor patiënten om de kwaliteit te bewaken van de aan hen geleverde zorg is weinig tot geen directe informatie beschikbaar.

In de literatuurverkenning hebben we ons geconcentreerd op de kwaliteit van de organisatie van de zorg. Inhoudelijke kwaliteit van medische behandeling en (verpleegkundige) zorg is slechts deels door een patiënt of mantelzorger te beoordelen. In het kader van zelfmanagement kunnen patiënten wel zelf informatie over ziekte en mogelijke behandelingen verzamelen en met de behandelaar bespreken. Tot het bewaken van de inhoudelijke kwaliteit zal echter vooral de behandelaar in staat zijn.

Ten aanzien van de beoordeling van de organisatie van de zorg zoals ervaren door patiënt en mantelzorger, zijn gegevens uit patiëntenquêtes en bijbehorende vragenlijsten beschikbaar. De hierin genoemde aspecten zijn voor een patiënt

bruikbaar als checklist. Daarnaast worden er bij de zorgstandaarden zorgplannen ontwikkeld in de vorm van boekjes voor de patiënt waarin deze zijn individueel zorgplan, bij en in overleg met de zorgverlener, kan opstellen, bijhouden en dus ook bewaken (bijvoorbeeld ref. 51). In dit boekje wordt ook verwezen naar de patiëntversie van de betreffende zorgstandaard<sup>52</sup>.

Met betrekking tot bejegening en vriendelijkheid zijn de in de CQ-indexen nagevraagde aspecten bruikbaar.

## 5.2 Beoordeling door patiënten en anderen van de kwaliteit van zorg

Opvallend is dat in het geval van ziekenhuizen de keuze van indicatorenset behoorlijk bepalend is voor de uitkomst in ranglijsten. Dat geldt zeker voor de (vele) ziekenhuizen die niet heel goed of heel slecht zijn (de middenmoot)<sup>53</sup>. Er is blijkbaar geen echte overeenstemming over de precieze indicatoren die de kwaliteit en veiligheid van ziekenhuiszorg goed meten. Daarom leveren uitkomsten van onderzoek naar de relatie met patiëntbeoordeling toegevoegde waarde voor beschouwingen over het nut van indicatoren, niet alleen in de ziekenhuiszorg, maar ook in andere zorgsectoren. Patiënttevredenheid is over het algemeen vrij sterk geassocieerd met 'technical quality of care' en met 'active treatment'. Dat kan komen doordat zorgverleners meer 'hun best doen' als patiënten tevreden zijn, of doordat zorg door zorgverleners met betere competenties (zowel 'technische' als 'interpersonal skills') tot tevredener patiënten leidt. Zeker in de geestelijke gezondheidszorg is dit laatste niet onaannemelijk: onderscheid tussen deze skills en 'technical quality' is nogal dun. Aandachtspunt is dat klinische kwaliteit sterk gebaseerd is op gesprekken en ervaringen van patiënten, wat tot bias kan leiden.

Het is ook belangrijk te onderkennen dat voor een betrouwbare indicatie van de 'technical quality of care' via patiëntbeoordeling, forse samples nodig zijn en case-mix correctie nodig kan zijn.<sup>46</sup> Dat kan moeilijker zijn dan het meten en analyseren van indicatoren. Verder is patiënttevredenheid iets anders dan 'technical quality of care', waardoor in sommige zorgsituaties goede correlaties gevonden kunnen worden, en in andere situaties minder. Daardoor kan patiënttevredenheid niet gebruikt worden als indicator voor 'technical quality of care'.



## 6 Conclusies en aanbevelingen

### 6.1 Conclusies: 'good practices' en vaardigheden & methoden voor patiënten

Het beeld uit de internationale literatuur komt redelijk goed overeen met de onderzochte Nederlandse situatie. Algemene conclusies:

- Het probleem van behandeling van de multimorbide patiënt wordt onderkend en beschreven. Oorzaken worden vooral gezien in het gebrek aan multidisciplinaire samenwerking, coördinatie en communicatie. Het probleem van tegenstrijdigheid van behandelstrategieën voor verschillende ziekten wordt expliciet genoemd.
- Voor de Nederlandse situaties worden tegenstellingen en gebrek aan onderlinge afstemming in richtlijnen en zorgstandaarden voor de verschillende ziekten specifiek genoemd.
- Oplossingen voor dit probleem worden slechts beperkt beschreven. In de internationale literatuur wordt met name 'guided care' beschreven. De betreffende artikelen, grotendeels uit één onderzoeksgroep, beschrijven onderzoeken over 'guided care' en de positieve effecten ervan. Het betreffen echter pilots. Beschrijvingen van situaties waarin deze vorm van zorg in de dagelijkse zorg is ingevoerd en geïmplementeerd, zijn niet gevonden.
- Ook in de Nederlandse situaties worden onderzoeken en pilots beschreven met vormen van multidisciplinaire en geïntegreerde zorg aan multimorbide patiënten. Ook deze beperken zich tot pilots en is er nog geen sprake van implementatie en brede invoering in de praktijk. Tevens zijn resultaten nog niet zodanig bekend, dat gesproken kan worden van 'good practices'.

### 6.2 Conclusies: Beoordeling van kwaliteit van zorg door patiënten en anderen

- Vergelijkingen tussen oordelen van patiënten van zorgverleners onderling en met kwaliteitsindicatoren zijn beschikbaar in onderzoeken in ziekenhuizen en in de extramurale zorg en eerstelijnsgezondheidszorg.
- De onderzoeken in ziekenhuizen geven significante correlaties tussen oordelen van patiënten en/of zorgverleners enerzijds en kwaliteitsindicatoren anderzijds. De correlaties zijn duidelijk beter dan in de extramurale zorg. Een verklaring hiervoor is dat het ziekenhuis één enkele organisatie is en zelfs als één 'service line' kan worden beschouwd.
- Bij de onderzoeken in de extramurale zorg (incl. eerstelijnsgezondheidszorg) worden meest zwakke, niet-significante correlaties tussen de patiëntoordelen en de indicatoren voor kwaliteit van zorg gevonden. Correlaties die wel optraden betreffen een totale patiëntoordeel score met de lengte van het consult. Daarnaast wordt het 'te goed je huisarts kennen' geassocieerd met minder goed voorschrijfgedrag. Een algemene patiënttevredenheidsscore (patient global rating) bleek niet geassocieerd met een betere technische kwaliteit van de zorg maar vooral met de kwaliteit van de interpersoonlijke relatie.
- In de meeste onderzoeken met een vergelijking tussen beoordelingen van patiënten enerzijds en van zorgverleners anderzijds wordt geen correlatie gevonden tussen deze beoordelingen. Dit kan deels veroorzaakt worden doordat patiënten bereikbaarheid, continuïteit, deskundigheid en bejegening

belangrijk achten, terwijl het zorgverleners zich meer richten op effectiviteit en veiligheid. De 'bril' is dus verschillend.

- Bij onderzoek naar de variaties in scores blijkt dat deze in hoge mate met patiëntkarakteristieken samenhangen en slechts in geringe mate met de klinische teams.
- De interactie tussen behandelend arts en patiënt is erg belangrijk. Met name in de geestelijke gezondheidszorg staat dit op de voorgrond: indicatoren voor het effect van de behandeling hangen sterk samen met het oordeel van de patiënt.

### 6.3 Vervolgactiviteiten

Uit deze literatuurverkenning blijkt dat vooral in de laatste jaren waardevol onderzoek wordt uitgevoerd naar de kwaliteit van geïntegreerde zorg voor multimorbide patiënten. Dit geldt ook voor onderzoek naar de beoordeling van de zorg door patiënten in vergelijking met beoordeling door zorgverleners en anderen. Deze ontwikkelingen bieden aanknopingspunten voor de rol van de patiënt, niet alleen in de zorgverlening (zelfmanagement), maar ook in de beoordeling door de patiënt van de kwaliteit van de geleverde zorg.

Om nader inzicht te krijgen in de relatie tussen beoordeling door patiënt en zorgverlener in Nederland is verder veldonderzoek nodig in de gewenste specifieke sector, onder de gewenste patiëntengroep en naar de gewenste kwaliteitsaspecten (zie het begin van hoofdstuk 4). Hierbij is dan een up-to-date inzicht in beschikbare literatuur vereist, in verband met het vele onderzoek dat momenteel plaatsvindt.

Daarnaast is het aan te bevelen om het onderzoek te volgen dat bij de onderzoeksgroepen rond C.M. Boyd<sup>1</sup> wordt uitgevoerd over invoering van 'guided care', en de ontwikkelingen te volgen bij het Landelijk Actiemodel Zelfmanagement en het Zorg en Welzijn Netwerk Nijmegen. Dit zou kunnen leiden tot beter beschreven karakteristieken van een 'good practice'.

---

<sup>1</sup> Division of Geriatric Medicine and Gerontology, Department of Medicine, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD, United States EN Center on Aging and Health, 2024 E Monument St, Baltimore, MD 21205, United States

## 7 Bibliografie

- 
- <sup>1</sup> Boyd, CM et al., *From bedside to bench: Summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Comorbidity and Multiple Morbidity in Older Adults*, Aging - Clinical and Experimental Research, Volume 20, Issue 3, June 2008, pp 181-188.
- <sup>2</sup> Chan, WS et al., *A multidisciplinary primary care team consultation in a socio-economically deprived community: An exploratory randomised controlled trial*, BMC Health Services Research, Volume 11, 2011, Article number 15.
- <sup>3</sup> O'Brien, R et al., *An 'endless struggle': A qualitative study of general practitioners' and practice nurses' experiences of managing multimorbidity in socio-economically deprived areas of Scotland*, Chronic Illness, Volume 7, Issue 1, March 2011, pp 45-59.
- <sup>4</sup> Boyd, CM et al., *Future of multimorbidity research: How should understanding of multimorbidity inform health system design?*, Public Health Reviews, Volume 32, Issue 2, 2010, pp 451-474.
- <sup>5</sup> Morris, RL et al., *Shifting priorities in multimorbidity: A longitudinal qualitative study of patient's prioritization of multiple conditions*, Chronic Illness, Volume 7, Issue 2, June 2011, pp 147-161.
- <sup>6</sup> Boyd, CM et al., *Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: Implications for pay for performance*, Journal of the American Medical Association, Volume 294, Issue 6, 10 August 2005, pp 716-724.
- <sup>7</sup> Noël, PH et al., *The challenges of multimorbidity from the patient perspective*, Journal of General Internal Medicine, Volume 22, Issue SUPPL. 3, December 2007, pp 419-424.
- <sup>8</sup> Burgers JS et al., *Quality and coordination of care for patients with multiple conditions.: results from an international survey of patient experience*, Eval. Health Prof. 2010, 33(3): 343-364.
- <sup>9</sup> Aliotta, SL et al., *Guided care :a new frontier for adults with chronic conditions*, Professional Case Management, Volume 13, Issue 3, May 2008, pp 151-158.
- <sup>10</sup> Boulton, C et al., *Early effects of "guided care" on the quality of health care for multimorbid older persons: A cluster-randomized controlled trial*, Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences, Volume 63, Issue 3, March 2008, pp 321-327.
- <sup>11</sup> Boyd, CM et al., *Guided care for multimorbid older adults*, Gerontologist, Volume 47, Issue 5, October 2007, pp 697-704.
- <sup>12</sup> Noël, PH et al., *Collaborative care needs and preferences of primary care patients with multimorbidity*, Health Expectations, Volume 8, Issue 1, March 2005, pp 54-63.
- <sup>13</sup> Bokhour BG et al., *Improving methods for measuring quality of care, a patient-centered approach in chronic diseases*, Med Care Res Rev 2009, 66: 147-166.
- <sup>14</sup> Boyd, CM et al., *The effects of guided care on the perceived quality of health care for multi-morbid older persons: 18-month outcomes from a cluster-randomized controlled trial*, Journal of General Internal Medicine, Volume 25, Issue 3, March 2010, pp 235-242.

- 
- <sup>15</sup> Boyd, CM et al., *A pilot test of the effect of guided care on the quality of primary care experiences for multimorbid older adults*, Journal of General Internal Medicine, Volume 23, Issue 5, May 2008, pp 536-542.
- <sup>16</sup> Bayliss, EA et al., *Barriers to self-management and quality-of-life outcomes in seniors with multimorbidities*, Annals of Family Medicine, Volume 5, Issue 5, September 2007, pp 395-402.
- <sup>17</sup> Bayliss, EA et al., *Supporting self-management for patients with complex medical needs: Recommendations of a working group*, Chronic Illness, Volume 3, Issue 2, June 2007, pp 167-175.
- <sup>18</sup> Harrison M, *A secondary analysis of the moderating effects of depression and multimorbidity on the effectiveness of a chronic disease self-management programme*, Patient Education and Counseling, Article in press, 2011.
- <sup>19</sup> Rapport Zorgbelang, *Zelfmanagement bij mensen met meerdere aandoeningen; Verkennend onderzoek ten behoeve van het model zelfmanagement bij multimorbiditeit*. Februari 2011.
- <sup>20</sup> Shers HJ en Nieuwboer M, *Eerstelijns innovaties in de complexe ouderenzorg*, zie [www.zowelnn.nl/projecten/easycare](http://www.zowelnn.nl/projecten/easycare).
- <sup>21</sup> Workshop op de GGZ-kennisdag 2009, zie [www.gripenglans.nl](http://www.gripenglans.nl), laatst bekeken september 2011.
- <sup>22</sup> Nederlandse Diabetes Federatie, *Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2*, 2007.
- <sup>23</sup> Long Alliantie Nederland, *Zorgstandaard COPD*, juni 2010.
- <sup>24</sup> Platform Vitale Vaten, *Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement*, 2009.
- <sup>25</sup> Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten Coördinatieplatform Zorgstandaarden. ZonMw programma Diseasemanagement chronische ziekten, februari 2010.
- <sup>26</sup> TNO-rapport KvL/P&Z 2010.093, *De patiënt gebruikt stuurbevoegdheid*, december 2010.
- <sup>27</sup> TNO-rapport KvL/P&Z 2010.092, *Rapportage onderzoek naar patient empowerment en zelfmanagement van ouderen; Verkennend onderzoek in het kader van proeftuin peri-operatieve zorg voor ouderen*, december 2010.
- <sup>28</sup> CBO/NCPF, *Blauwdruk patiëntenparticipatie in richtlijnontwikkeling; Leidraad voor richtlijnontwikkelaars en werkgroepleden*.
- <sup>29</sup> RIVM/LVG 260332001/2010, *De organisatie van zorggroepen anno 2010 Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren*, 2010.
- <sup>30</sup> NIVEL, *Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn Achtergronden en resultaten van een trend- en verdiepingsstudie*, 2010.
- <sup>31</sup> NMA, *Richtsnoeren Zorggroepen*, augustus 2010.
- <sup>32</sup> RVZ *Bekwaam is bevoegd; Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg*, april 2011.
- <sup>33</sup> NIVEL, Centrum Klantervaring Zorg, *Ervaringen met de zorg van de huisarts en andere zorgverleners in de huisartsenpraktijk; CQ-Index Huisartsenzorg (andere zorgverleners)*, versie 1.3.
- <sup>34</sup> NIVEL, Centrum Klantervaring Zorg, *Ervaringen met zorg bij diabetes; CQ-Index Diabetes (inclusief complicaties)*, versie 4.2.
- <sup>35</sup> NIVEL, Erasmus MC IMTA, *Samenwerking en substitutie in Gezondheidscentrum West – Evaluatie van de eerste ervaringen met geïntegreerde eerstelijnszorg volgens het Menzis-model*, 2007.
- <sup>36</sup> Centrum Klantervaring Zorg, [www.centrumklantervaringzorg.nl](http://www.centrumklantervaringzorg.nl).

- 
- <sup>37</sup> Donabedian A, *The definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
- <sup>38</sup> Ward JK et al., *Patient involvement in patient safety: Protocol for developing an intervention using patient reports of organisational safety and patient incident reporting*, BMC Health Serv. Res. 2011.
- <sup>39</sup> Isaac T, Zaslavsky AM et al., *The relationship between patients' perception of care and measures of hospital quality and safety*, Health Serv Res. 45(4)2010, pp 1024-1040. Epub 2010 May 28.
- <sup>40</sup> Schneider EC, Zaslavsky AM et al., *National quality monitoring of medicare health plans: The relationship between enrollees' reports and the quality of clinical care*, Medical Care, 39 (12)2010, pp. 1313-1324.
- <sup>41</sup> Taylor BB, Marcantonio ER et al., *Do medical inpatients who report poor service quality experience more adverse events and medical errors?*, Med Care 46(2)2008.
- <sup>42</sup> Kane RL, Maciejewski M, Finch M, *The Relationship of Patient Satisfaction with Care and Clinical Outcomes*, Medical Care, 35 (7)1997, pp. 714-730.
- <sup>43</sup> Rao M, Clarke A et al., *Patients' own assessments of quality of primary care compared with objective records based measures of technical quality of care: Cross sectional study*, British Medical Journal, 333 (7557)2006, pp 19-22.
- <sup>44</sup> Heaney DJ et al., *The development of a routine NHS data-based index of performance in general practice (NHSPPI)*, Family Practice 19 (1)2002, pp 77-84.
- <sup>45</sup> Chang JT, Hays RD, et al., *Patients' global ratings of their health care are not associated with the technical quality of their care*, Annals of Internal Medicine, 144 (9)2006, pp. 665-672.
- <sup>46</sup> Edlund MJ, Young AS, et al., *Does satisfaction reflect the technical quality of mental health care?*, Health Services Research, 38 (2)2003, pp. 631-645.
- <sup>47</sup> Bjørngaard JH, Ruud T et al., *Patients' experiences and clinicians' ratings of the quality of outpatient teams in psychiatric care units in Norway*, Psychiatric Services 58(8)2007, pp. 1102-1107.
- <sup>48</sup> Sixma HJ, Spreuwenberg PM et al., *Patient Satisfaction with the General Practitioner: A Two-Level Analysis*, Medical Care 36(2)1998, pp 212-229.
- <sup>49</sup> Bjertnaes OA, Garratt A et al., *The association between GP and patient ratings of quality of care at outpatient clinics*, Fam Pract. 2009, pp. 384-390.
- <sup>50</sup> Shipley K, Hilborn B, et al., *Patient satisfaction: A valid index of quality of care in a psychiatric service*, Acta Psychiatrica Scandinavica 101(4)2000, pp. 330-333.
- <sup>51</sup> Nederlandse Hartstichting, de Hart & Vaatgroep, *Zorgplan Vitale Vaten, individueel zorgplan hart en vaatziekten*, [www.vitalevaten.nl](http://www.vitalevaten.nl).
- <sup>52</sup> Platform Vitale Vaten, *Aanpak van risicofactoren van hart- en vaatziekten Zogstandaard Vasculair Risicomanagement Deel II (voor patiënten)*.
- <sup>53</sup> Stausberg J, Halim A, Färber R, *Concordance and robustness of quality indicator sets for hospitals: an analysis of routine data*, BMC Health Services Research 2011, 11:106.