

Integrale ketenzorg door gespecialiseerd verpleegkundigen

Een onderzoek naar de relatie tussen de geboden continuïteit en kwaliteit van zorg en de effecten van het interventieproject 'integrale ketenzorg' op patiëntenervaringen

Masterthesis, juni 2011

Master 'Arbeid Zorg en Welzijn: Beleid en Interventie'

Begeleidsters UU: prof. dr. T. Knijn, dr. B. Da Roit

Tweede beoordelaar: dr. R. Abma

Begeleider UMC Utrecht, Juliuscentrum afd. zorginnovatie: dr. W. Ros

Iefke Roodenburg 3477142

I.Roodenburg@students.uu.nl

Voorwoord

Deze thesis is het resultaat van een onderzoek naar de effecten van integrale ketenzorg op patiëntenniveau, dat is uitgevoerd in het kader van een afstudeeropdracht van de masteropleiding ‘Arbeid, Zorg en Welzijn: Beleid en Interventie’ aan de Universiteit Utrecht. Dit onderzoek is een deelonderzoek van het onderzoeksproject ‘integrale ketenzorg’ van het UMC te Utrecht. Zonder de hulp van professor Guus Schrijvers had ik nooit kunnen participeren in dit onderzoek, hij hielp mij aan een vervangend onderwerp toen een project onder zijn supervisie geen doorgang kon vinden. Hier ben ik hem erg dankbaar voor.

Ook gaat mijn dank uit naar de coördinator van het project ‘integrale ketenzorg’: Wynand Ros. Hij was bereid om mij te laten meewerken met de dataverzameling en de data voor mijn deelonderzoek beschikbaar te stellen. Maartje van der Kluit (onderzoeker) en Wynand Ros hebben mij vijf maanden lang met raad terzijde gestaan en telkens weer de tijd genomen om mijn stukken kritisch te bekijken. Ondanks hun drukke agenda waren zij bereid om samen te brainstormen over de juiste richting. Zonder hun hulp was ik waarschijnlijk niet op tijd klaar geweest.

Hierbij wil ik ook mijn dank uitspreken richting Barbara da Roit en Trudie Knijn van de Universiteit Utrecht. Hun feedback en adviezen zorgden ervoor dat ik de juiste richting bleef volgen. Tot slot wil ik hierbij familie en vrienden bedanken. Zij hebben mij altijd gesteund, ook wanneer ik in de loop naar een deadline wel eens een sociale activiteit liet schieten. Speciale dank gaat uit naar mijn vader. Hij las keer op keer met veel geduld en precisie mijn werk na op spelfouten en consistentie. Na zijn goedkeuring kon ik het materiaal met een gerust hart laten beoordelen.

Iefke Roodenburg

Samenvatting

Een organisatie in het westen van het land levert gespecialiseerd verpleegkundige ketenzorg in zowel de eerste- als tweedelij aan patiënten met een chronische ziekte of acute aandoening. Met een integrale werkwijze waarbij er gericht gespecialiseerde inzet plaatsvindt, het zelfmanagement van de patiënt gestimuleerd wordt en er lijnoverstijgend zorg wordt geleverd, beoogt de organisatie de algehele continuïteit en kwaliteit van zorg te verbeteren. In dit onderzoek is het programma voor patiënten met hartfalen onderzocht op deze beoogde werking. Tevens is de relatie tussen de ervaren continuïteit en kwaliteit van zorg onderzocht en is nagegaan of er mogelijk andere factoren zijn die de ervaringen met deze aspecten beïnvloeden.

In dit onderzoek zijn door middel van de CQ-index, een gestandaardiseerde en gevalideerde vorm voor het inventariseren van ervaren (kwaliteit van) zorg, patiëntervaringen in kaart gebracht. De ervaringen van patiënten met zorg van de betreffende organisatie verschillen niet significant met de ervaringen van patiënten die een gebruikelijke wijze van zorg ontvangen. In dit onderzoek zijn wel diverse significante relaties aangetoond tussen continuïteit en kwaliteit van zorg, waarbij met name het kwaliteitsaspect ‘vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverlening’ gerelateerd is aan diverse continuïteitsaspecten, zoals bijvoorbeeld het ontvangen van tegenstrijdige informatie. Het vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverlening is lager wanneer patiënten meer problemen hebben ondervonden of ervaringen slechter zijn geweest. Tevens is er een significant verschil aangetoond tussen de ernst van de aandoeningen en het kwaliteitsaspect ‘ervaren problemen met toegang tot de zorgverlening’. Patiënten met een meer ernstige vorm van hartfalen ervaren meer problemen met de toegang tot de zorgverlening.

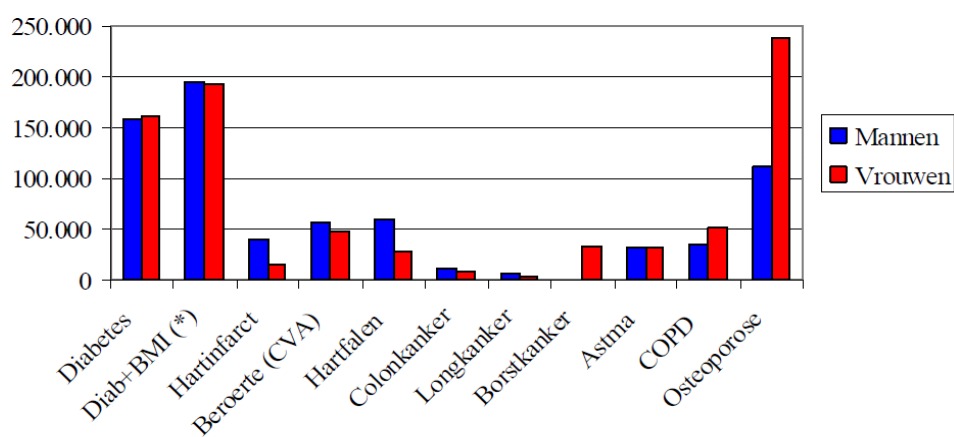
Inhoud

1. Inleiding	4
1.1 Probleemstelling.....	4
1.2 Doelstelling.....	7
1.3 De noodzaak voor het uitvoeren van onderzoek.....	8
2. Theoretische verkenning	9
2.1 De aandoening hartfalen.....	9
2.2 Achtergrond en context van het probleem.....	10
2.2.1 <i>Macroniveau</i>	10
2.2.2 <i>Mesoniveau</i>	10
2.2.3 <i>Microniveau</i>	11
2.3 De interventie.....	11
2.4 Het theoretisch kader.....	12
2.4.1 <i>Continuïteit van zorg</i>	12
2.4.2 <i>Kwaliteit van zorg</i>	13
2.4.3 <i>Patiëntenervaringen met betrekking tot continuïteit en kwaliteit</i>	14
2.5 Bestaande bevindingen over continuïteit en kwaliteit van zorg.....	16
2.6 Bestaande bevindingen over ketenzorg.....	16
2.7 Vergelijking interventieprogramma met gebruikelijke wijze van zorgverlening.....	18
2.8 Vraagstelling.....	19
3. Onderzoeksopzet	21
3.1 Operationalisering van concepten, variabelen en verwachtingen.....	21
3.2 Onderzoeksmethode en analyse.....	22
3.3 Maatschappelijke relevantie, wetenschappelijke relevantie en ASW verantwoording.....	25
4. Resultaten	26
4.1 Resultaten factor- en schaalanalyse.....	26
4.2 Resultaten met betrekking tot onderzoeksvragen.....	27
4.2.1 <i>Deelvraag 1</i>	27
4.2.2 <i>Deelvraag 2</i>	28
4.2.3 <i>Deelvraag 3</i>	29
4.2.4 <i>Deelvraag 4</i>	33
5. Conclusies en discussie	37
5.1 Conclusie en discussie met betrekking tot resultaten.....	37
5.2 Reflectie op het onderzoek.....	39
5.3 Pawson en Tilley.....	40
5.4 Aanbevelingen.....	41
6. Literatuurlijst	
Bijlagen: 1	

1. Inleiding

1.1 Probleemstelling

In Nederland is het aantal mensen met een chronische ziekte de afgelopen jaren gestegen en zal de komende jaren naar verwachting blijven stijgen (Baan et al., 2009; de Loor & Jaarsma, 2002; Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2007). De toenemende vergrijzing en de langere levensverwachting, maar ook medisch-technologische ontwikkelingen en ongezonde leefstijlgewoontes door de hoge mate van welvaart zijn hier debet aan (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), 2008a; van Damme, 2010; Walshe & Smith, 2006).



Toelichting figuur 1.1: een schatting van de prevalentie over 2005-2025 naar diverse chronische ziekten in absolute cijfers. (): geschatte prevalentie mede gebaseerd op de toename van overgewicht.*

Bron: RIVM, 2007

Het gevolg is dat er zich meer en vaker complexere zorgvragen aandienen, veroorzaakt doordat mensen meerdere (chronische) ziektes hebben¹ (VWS, 2008a; van Damme, 2010). Het hebben van een chronische ziekte gaat veelal gepaard met het regelmatig bezoeken van diverse artsen en andere zorgverleners, zowel in het ziekenhuis als daarbuiten (RIVM, 2009).

Maar, zo stelt Wagner (1998), de gezondheidssector is van oorsprong ingericht op de behandeling van acute zorg. De noden die een chronische ziekte met zich meebrengt, zouden hierdoor minder goed beantwoord worden. Een van die noden is bijvoorbeeld goede afstemming tussen verschillende zorgverleners. Mensen met een chronische ziekte moeten niet bij elk bezoek aan een zorgverlener uit

¹ Er is sprake van comorbiditeit bij het bestaan van twee (chronische) ziektes en van multimorbiditeit bij meer dan twee (chronische) ziektes.

hoeven leggen wat hen mankeert en waarvoor ze onder behandeling staan. Bovendien is bij verergering van klachten een snelle en gerichte behandeling gewenst.

De gezondheidssector is ingedeeld in zogenoemde echelons, dit houdt in dat eerste- en tweedelijnszorg gescheiden zijn. Zorgverlening die valt onder ‘eerstelijnszorg’ is vrij toegankelijk en vanuit deze eerstelijnszorgverlening vinden de eerste stappen van een behandeling plaats. De meest herkenbare eerstelijns zorgverlener is de huisarts. Wanneer een uitgebreidere behandeling of nader onderzoek nodig is, wordt er doorverwezen naar de zogenaamde ‘tweedelijnszorg’, bijvoorbeeld een instelling of een specialist in het ziekenhuis. Er is veelal geen rechtstreekse toegang tot de tweedelijnszorg (Benson, 2006; VWS, 2008a). Deze echelonnering wordt als de voornaamste oorzaak gezien voor het probleem waarbij de zorg voor chronisch zieken niet optimaal gewaarborgd is (VWS, 2008b; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) 2008) De overheid stuurt sinds enkele jaren aan op verbetering van de zorgverlening op het gebied van dit probleem, wat uit het volgende citaat van toenmalig minister Klink blijkt:

Ik wil stimuleren dat partijen in het veld meer ruimte krijgen om de zorg samenhangend te organiseren rondom de zorgvraag. (...) Om deze samenhang in het zorg- en ondersteuningsaanbod van de hulpvrager te vergroten is multidisciplinaire samenwerking een vereiste. De verbetering van de coördinatie tussen de hulpverleners en dus afstemming van activiteiten zal tegenstrijdige adviezen voorkomen. Ook zal het de meerwaarde van de individuele hulpverlening vergroten en zodoende de doelmatigheid en de kwaliteit van de hulpverlening verbeteren.’ (VWS, 2008b p. 2)

De nadruk in dit citaat ligt op het verbeteren van coördinatie, continuïteit en kwaliteit van de zorgverlening voor chronisch zieken. Maar de echelonnering en het hieruit voortkomend risico van een slechte continuïteit en coördinatie van zorg is niet het enige probleem in de zorgverlening voor chronisch zieken. Toenmalig minister Klink schreef ook het volgende in dezelfde publicatie:

‘ Mensen moeten geholpen worden zo goed mogelijk met hun chronische aandoening om te kunnen gaan om een zo hoog mogelijk kwaliteit van leven te houden.’ (VWS, 2008, p.2)

Dit wil niet altijd zeggen dat mensen letterlijk geholpen worden. Er is een beweging zichtbaar waarbij meer wordt aangestuurd op eigen verantwoordelijkheid en zelfmanagement. Schrijvers et al. (2005) stellen dat patiënten vaak afhankelijk worden door alles wat er in een zorgverlenings situatie gebeurt. Zij zien zichzelf niet langer als ‘eigenaar van hun gezondheidsprobleem’, terwijl eigen inzet, zoals gezond gedrag, therapietrouw en kennis om te kunnen handelen bij verergering van klachten, erg belangrijk is bij de behandeling van en zorgverlening aan chronisch zieken. Het helpen van mensen om met hun chronische aandoening om te gaan kan dus ook inhouden dat de organisatie van de zorgverlening dusdanig wordt ingericht dat een patiënt beter in staat wordt gesteld om zelf verantwoordelijkheid te nemen.

Een ander probleem dat zich voordoet is het dreigend tekort aan personeel in de zorg. In de ‘Arbeidsmarktbrief 2007 Werken aan de zorg’ (VWS, 2007) wordt gesteld dat het zaak is om te innoveren in nieuwe zorgconcepten zodat het huidige niveau van de Nederlandse gezondheidszorg blijft bestaan. Bovendien wordt er in deze brief een knelpunt gesignaleerd op het gebied van opleidingsniveau in de zorg: er zijn de jaren voorafgaand aan de brief relatief meer laagopgeleiden dan hoogopgeleiden geworven. Om problemen op het gebied van kwaliteit te beperken moet er ingezet worden op het adequaat opleiden van onder andere gespecialiseerd verpleegkundigen. De overheid stuurt aan op het verbeteren van prestaties in de zorg, waarbij het doel betere kwaliteit van zorg is en een meer gerichte inzet van mensen en middelen. De overheid wil dit mede bewerkstelligen door het zichtbaar maken van prestaties van zorgaanbieders (VWS, 2007).

Er worden (en zijn) diverse initiatieven gestart om bovenstaande problemen het hoofd te bieden, naar voorbeelden uit de Verenigde Staten. Daar is men in de jaren negentig begonnen met zogenoemde ‘disease management’ programma’s als mogelijk antwoord op diverse problemen, zoals de toename van chronisch zieken en oplopende kosten en uitgaven in de gezondheidszorg. ‘Disease management’ kent de volgende definitie:

‘de programmatische en systematische aanpak van specifieke ziekten en gezondheidsproblemen door middel van het gebruik van managementinstrumenten met als doel de kwaliteit en de doelmatigheid te bevorderen.’

(Spreeuwenberg (2000), zoals weergegeven door Schrijvers (2005), p. 11)

‘Disease management’ wordt nog steeds in verband gebracht met het Amerikaanse model. De Nederlandse variant ‘ketenzorg’ kan gezien worden als een afgeleide van het Amerikaanse concept (RIVM, 2009), al wordt er ook wel gesproken van ‘disease management’ in de Nederlandse context (Schrijvers et al, 2005). Dat deze begrippen met elkaar te maken hebben, is op te maken uit de vergelijking van de definitie van ‘disease management’ en ketenzorg:

‘Ketenzorg is een samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het cliëntproces centraal staat (wat blijkt uit de geformaliseerde afspraken tussen betrokken zorgaanbieders over samenhang en continuïteit van de patiëntenzorg). Het cliëntperspectief staat centraal en de zorg wordt ingericht op basis van geldende richtlijnen en standaarden, zodat de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste persoon wordt geleverd.’

(www.cbo.nl/thema/Ketenzorg)

Zo zijn er reeds diverse ketenzorgprogramma’s opgezet, waarin de samenwerking tussen diverse zorgverleners wordt afgestemd met als doel de continuïteit en kwaliteit van zorg te bevorderen. Hiervoor zijn goede communicatie, informatieoverdracht en afbakening van verantwoordelijkheden een vereiste (RIVM, 2009). Een organisatie in het westen van het land komt met een vernieuwend

concept dat gebaseerd is op ketenzorg, maar waarbij niet alleen het probleem van een minder goede continuïteit en kwaliteit van zorg wordt aangepakt door middel van het aaneenschakelen van de zorg, maar ook wordt ingespeeld op de vraag naar hoger opgeleide zorgverleners en beter zelfmanagement van patiënten, om zo tot een optimale situatie te komen voor het verbeteren van de continuïteit en kwaliteit van zorg. Het is een organisatie die specialistische verpleegkundige zorg levert, bijvoorbeeld ziekenhuisverplaatste en ziekenhuisvoorkomende zorg. De organisatie heeft voor de doelgroep chronisch zieken een ketenzorgproject opgezet, waarbij gespecialiseerd verpleegkundigen zowel in de eerste als in de tweedelijns werkzaam zijn en cliëntvolgend werken. Er wordt verondersteld dat dit de continuïteit in de begeleiding en de behandeling optimaal waarborgt. Ook veronderstelt de organisatie dat de werkwijze leidt tot kwalitatief betere zorg. De inzet van de gespecialiseerd verpleegkundigen vereist taakherschikking vanwege de kennis en kunde die werkzaamheden in zowel de eerste- als tweedelijns vereisen. Tevens wordt zelfmanagement bij patiënten actief gestimuleerd door informatievoorziening en leefregels (naslagwerk van de organisatie, 2009a). Dit programma sluit aan bij de ideeën van de overheid over de toekomst en de vormgeving van de gezondheidszorg. De veronderstelde toegevoegde waarde moet aangetoond worden voor de toekomstige financiering en zal om die reden een effectiviteitsonderzoek moeten ondergaan. De vraag hierbij is of het interventieproject van de organisatie een kostenpost is of kostenbesparend werkt, waarbij diverse aspecten als kwaliteit van leven en (hieruit voortkomend) zorggebruik meegenomen moeten worden (naslagwerk van de organisatie, 2009a).

1.2 Doelstelling

Dit onderzoek is een deelonderzoek van een groter onderzoeksproject van het Juliuscentrum te Utrecht, dat een looptijd kent van ruim een jaar. In dat onderzoek wordt de kwaliteit van zorg zoals geleverd door de betreffende organisatie geëvalueerd vanuit vier perspectieven te weten: het perspectief van de professional (zorg volgens standaard en gebruiksvriendelijkheid voor en tevredenheid van professionals), het perspectief van de patiënt (patiëntervaringen), het perspectief van de gezondheidsuitkomst (medische gegevens, kwaliteit van leven) en het perspectief van doelmatigheid en kosten (Ros, 2011). Het onderzoek wordt uitgevoerd bij vier patiëntgroepen: ziekte van Parkinson, multiple sclerose, reuma en hartfalen. Dat onderzoek zal aantonen of het interventieprogramma al dan niet een toegevoegde waarde heeft.

Dit onderzoek is dus een deelonderzoek en betreft de patiëntervaringen van patiënten met hartfalen. Met dit onderzoek wordt getracht meer inzicht te verschaffen in de effecten die de vernieuwende werkwijze van de organisatie teweegbrengen op de continuïteit en kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt. Tevens zal er gekeken worden naar de relatie tussen continuïteit en kwaliteit van zorg en de mogelijke beïnvloeding van andere factoren. Het onderzoek heeft de vorm van een beleidsevaluatie, waarin wordt nagegaan of deze wijze van zorgverlening inderdaad zijn

uitwerking heeft op de zorg, gemeten aan de hand van patiëntenervaringen. Aan de hand van deze ervaringen van patiënten wordt bekeken of er sprake is van het ervaren van meer continuïteit en kwaliteit van zorg wanneer zij zorg ontvangen via het interventieproject. In dit onderzoek wordt dus niet alleen nagegaan of het interventieprogramma inderdaad werkt, ook wordt nagegaan hoe en waarom het programma al dan niet werkt. Deze werkwijze is gebaseerd op de ideeën van Pawson en Tilley (1997). Zo levert het onderzoek niet alleen een bijdrage aan deze specifieke situatie (het evalueren van het project) maar is de uit het onderzoek voortgekomen informatie ook bruikbaar voor soortgelijke interventieprogramma's.

1.3 De noodzaak voor het uitvoeren van onderzoek

Sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar deze vorm van ketenzorgprogramma's is nodig om verschillende redenen. Allereerst is er overheids- en verzekeringsgeld mee gemoeid. Integrale ketenzorgprogramma's zoals opgesteld door onder andere de organisatie in dit onderzoek zijn een relatief nieuwe ontwikkeling en de vraag is wat deze programma's kunnen betekenen voor chronisch zieken. Wordt de veronderstelde werking inderdaad aangetoond of vallen resultaten tegen? Maar alleen het afleggen van verantwoording richting overheid en verzekeringsinstanties is niet voldoende, ook de burger wordt mondiger, is beter geïnformeerd en wordt kritischer (VWS, 2010; van Damme, 2010). Het evalueren en auditeren van de zorgverlening is de standaard geworden (Pawson & Tilley, 1997) en ook de burger heeft toegang tot deze informatie. En niet onbelangrijk is de vraag of de zorg inderdaad 'beter' wordt, oftewel, verhogen integrale ketenzorgprogramma's de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening?

2. Theoretische verkenning

Dit onderzoek gaat onder andere na of het interventieprogramma invloed heeft op de ervaren continuïteit en kwaliteit van zorg bij patiënten met hartfalen. Om die reden wordt hier eerst een omschrijving gegeven van de ziekte en de zorg die deze aandoening vereist. Vervolgens zal aan de hand van een omschrijving van de achtergronden en de context op macro, meso en microniveau duidelijk worden waarom de inrichting van het huidige zorgstelsel en de vormgeving van het gezondheidsbeleid tot problemen leidt. Nadat het probleem is geschetst, zal de interventie van de organisatie meer specifiek omschreven worden. Tot slot wordt het theoretisch kader voor dit onderzoek weergegeven.

2.1 De aandoening hartfalen

De aandoening chronisch hartfalen is de afgelopen jaren sterk gestegen. Dit heeft te maken met de toenemende vergrijzing maar ook met de verbeterde behandeling voor hart- en vaataandoeningen. Iemand kan bijvoorbeeld hartfalen krijgen na een doorgemaakt hartinfarct: het hartinfarct wordt overleefd maar de schade aan het hart leidt tot verminderde capaciteit. Hartfalen wordt ook wel *decompensatio cordis* genoemd waarvoor de volgende definitie bestaat:

'Toestand waarbij het hart tekortschiet in de van hem geëiste arbeid (hartzwakte); de verschijnselen zijn afhankelijk van de oorzaak, doch altijd is de kracht van de hartspier relatief (de verlangde prestatie is te groot) of absoluut (ziekte van de hartspier) te gering.

(Zakwoordenboek der Geneeskunde, 2003)

Chronisch hartfalen is niet te genezen. Patiënten zijn bijna altijd op medicatie aangewezen en ook een gezonde en bewuste leefstijl kan bijdragen aan de gezondheidstoestand. Een patiënt met hartfalen moet zich bijvoorbeeld veelal dagelijks wegen² en regelmatige bijstellingen van de medicatie zijn eerder regel dan uitzondering. In sommige gevallen kan de pompfunctie van het hart door middel van een gerichte behandeling nog verbeterd worden. Het doel van de behandeling is tevens om terugval en een noodgedwongen ziekenhuisopname te voorkomen (Schrijvers et al. , 2005). De aandoening hartfalen is verantwoordelijk voor het grootste deel aan ziekenhuisopnames van patiënten boven de 65 jaar. Binnen zes maanden na ontslag wordt 25-50% weer opgenomen. Er wordt beweerd dat een deel van deze heropnames niet nodig is en dat de huidige organisatie van de zorg en behandeling niet op juiste wijze is vormgegeven voor deze groep patiënten (RIVM, 2009). De mortaliteit van deze

² Een snelle gewichtstoename in korte tijd kan wijzen op ophoping van vocht in het lichaam: een gevolg van een ontoereikende capaciteit van het hart.

aandoening is hoog, ongeveer 50% van de patiënten overlijdt binnen vijf jaar na het stellen van de diagnose (RIVM, 2009).

2.2 Achtergrond en context van het probleem

2.2.1 Macroniveau

Het zorgsysteem in Nederland is uitgebreid maar gefragmenteerd. De oorzaak hiervan ligt in de indeling in echelons (eerste- en tweedelijnszorg). De eerstelijnszorg, wat de primaire zorg inhoudt die veelal dichtbij huis en toegankelijk is, wordt onderscheiden van tweedelijnszorg. De tweedelijnszorg is de meer specialistische zorg waarvoor een doorverwijzing vanuit de eerste lijn nodig is. Deze fragmentatie van het zorgsysteem wordt als een probleem gezien voor het vroegtijdig ingrijpen en behandelen van chronisch zieken (VWS, 2010). Ook in vergelijking met internationaal perspectief blijkt dat Nederland de afstemming en coördinatie in de zorgverlening nog niet optimaal heeft vormgegeven. Nederland scoort goed op de gezondheidszorg maar loopt op dit punt achter (RIVM, 2008). Sinds 2006 zijn er een aantal veranderingen doorgevoerd op het gebied van het zorgstelsel. Zo is de Zorgverzekeringswet ingevoerd, waardoor partijen beter in staat worden gesteld om de zorg rondom de patiënt te organiseren (VWS, 2008b). De medeverantwoordelijkheid van de burger en kostenbeheersing zijn hiermee een grotere rol gaan spelen. De zorgvraag van de patiënt wordt leidend in de zorgverlening. De strikte scheiding tussen zorgverleners, veroorzaakt door de indeling in echelons, wordt hiermee vervaagd (van Damme, 2010).

In het rapport ‘Schaal en zorg’ van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008) wordt op het belang van een goede (lijnoverstijgende) samenwerking gewezen en wordt er het advies uitgebracht om de echelonnering voor een deel op te heffen. Dit advies lijkt de overheid over te nemen (VWS, 2008b). Zo worden het opzetten van ketenzorgprogramma’s en andere vraaggerichte zorgprogramma’s actief gesteund door de invoering van nieuwe financieringsvormen³.

2.2.2 Mesoniveau

Er zijn drie belangrijke richtlijnen voor handen op het gebied van de zorg voor hartfalen: de CBO-richtlijn, de NHG standaard en het protocol multidisciplinaire voorlichting hartfalen van de Hartstichting. Deze richtlijnen benoemen de belangrijkste onderdelen van de zorg maar geven niet weer hoe de zorg georganiseerd dient te worden (Schrijvers et al. , 2005). Instellingen zijn dus vrij om de zorg voor patiënten met hartfalen vorm te geven.

Walsh & Smith (2006) zien het gebrek aan ‘proces management’ als oorzaak van het probleem op instellingsniveau.

³ Zoals functionele bekostiging, diagnosebehandelcombinaties en zorgzwaartepakketten (van Damme, 2010).

'Usually there is no written timetable or plan showing how the patient should move through the system, and no one person acts as a 'proces manager', steering and coordinating the care that the patient receives and assuring quality and efficiency.' (Walsh & Smith, 2006, p. 6)

Dit komt overeen met de bevindingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), die in 2003 een onderzoek deed naar ketenzorg bij hartfalen. Zij toonde het bestaan van hartfalenpoli's in diverse ziekenhuizen aan, maar concludeerde ook dat de huisarts veelal in de eerste- en laatste fase als coördinerend zorgverlener bij het ziekteproces is betrokken. Binnen een hartfalenpoli is er sprake van enige intramurale samenwerking, maar afstemming met de eerstelijns (dus transmurale samenwerking) komt veel minder voor (Schrijvers et al., 2005). Het RIVM (2009) rapporteert het voorkomen van medische fouten op een geschatte 3% tot 16%. Deze ongewenste effecten van een behandeling of medische ongelukken zijn volgens het RIVM (2009) vaak niet te wijten aan persoonlijke fouten, maar aan een opeenvolging van dingen die misgaan in de behandeling.

2.2.3 Microniveau

Het microniveau betreft het niveau van de patiënt, al dan niet in interactie met een zorgverlener. Schrijvers et al. (2005) geven aan dat er nog onvoldoende aandacht is voor de sociale en psychologische kanten van het zorgproces. Artsen zouden zich vaak niet bewust zijn van de gevolgen van de consulten op patiënten. Patiënten worden hierdoor afhankelijk en voelen zich niet verantwoordelijk voor hun gezondheidstoestand. De eigen verantwoordelijkheid en inzet wordt daarentegen onmisbaar geacht bij de behandeling van chronisch zieken.

2.3 De interventie

Het interventieprogramma dat hier bekeken wordt is opgezet om de problemen rond echelonering in de zorg, eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en dreigend tekort aan hoger gekwalificeerd personeel het hoofd te bieden. Uit samenwerking tussen een ziekenhuis en een thuiszorgorganisatie in het westen van het land is interventieproject ontstaan. De organisatie is een transmuraal verpleegkundige organisatie en kenmerkt zichzelf als 'een expertisecentrum waarin deskundige zorg en begeleiding, zorginnovatie, verpleegkundige transmurale zorgprogramma, ontwikkeling voor chronisch zieken en deskundigheidsbevordering voor collega zorgverleners centraal staan' (naslagwerk van de organisatie, 2009a p.4). Zij levert gespecialiseerde verpleegkundige zorg en hanteert een werkwijze voor het samenkomen van eerste- en tweedelijnszorg die nog niet veel wordt toegepast. Deze werkwijze houdt het zogenoemde 'clientvolgend' werken in, dat wil zeggen dat de cliënt door gespecialiseerd verpleegkundigen van de betreffende organisatie wordt begeleid in zowel de eerste- als tweedelijns. In de eerstelijns houdt dit bijvoorbeeld gespecialiseerde verpleegkundige zorg in de huisartsenpraktijk of thuiszorg in en in de tweedelijns is er sprake van zorgverlening naast de specialist in het ziekenhuis (Naslagwerk van de organisatie, 2009a). De medewerkers werken

regionaal en zijn hierdoor werkzaam in de eigen omgeving van de cliënt. De werkwijze verschilt van de ‘gebruikelijke’ wijze van zorgverlening doordat zowel de gespecialiseerde zorg die door de ziekenhuisverpleegkundige wordt geleverd (de gespecialiseerde ziekenhuisverpleegkundige heeft veelal eigen spreekuren ter ondersteuning van de zorg door de specialist) als de zorg door een gespecialiseerd thuiszorgverpleegkundige is vervangen door de zorgverlening van een gespecialiseerd verpleegkundige vanuit het ketenzorgproject. Op deze wijze is dezelfde verpleegkundige werkzaam in zowel de eerste- als tweedelijns. De gedachte hierachter is dat de afstemming tussen de eerste- en tweedelijnszorg beter verloopt doordat er direct contact is in beide lijnen, dat onvolkomenheden in afstemming tussen beide lijnen sneller aan het licht komen en opgelost worden en dat veiligheid en kwaliteit worden verhoogd door de vermindering van het aantal overdrachtsmomenten. De gespecialiseerd verpleegkundige van de organisatie is zowel werkzaam in het ziekenhuis als daarbuiten en kan de kennis en expertise uit beide gebieden toepassen. Dit vereist actieve toepassing van taakherschikking. De organisatie organiseert tevens scholingsprogramma’s ter deskundigheidsbevordering, geordend per specialisme (Naslagwerk van de organisatie, 2009a). De organisatie veronderstelt dat de gehele gehanteerde werkwijze de continuïteit en kwaliteit van zorg bevordert (Naslagwerk van de organisatie, 2009b).

2.4 Het theoretisch kader

Continuïteit van zorg en kwaliteit van zorg zijn veelgebruikte begrippen: er moet sprake zijn van een goede continuïteit van zorg en de kwaliteit van zorg moet goed zijn. Maar wat continuïteit en kwaliteit van zorg inhouden, is niet altijd even duidelijk en verschilt nogal per onderzoek of situatie. In dit onderzoek wordt gebaseerd op de omschrijvingen van Haggerty et al. (2003) (continuïteit van zorg) en Donabedian (2005) (kwaliteit van zorg).

2.4.1 Continuïteit van zorg

De term continuïteit van zorg is niet altijd even helder omschreven. Zo wordt continuïteit van zorg ook wel verward met coördinatie van zorg of geïntegreerde zorgverlening (Haggerty et al., 2003; van Servellen, Fongwa & D’Errico, 2006). Volgens Haggerty et al. (2003) zijn er twee hoofdelementen die continuïteit van zorg onderscheiden van deze andere begrippen. Deze hoofdelementen zijn ‘de zorg voor de individuele patiënt’ en ‘zorg gedurende een periode’. Van deze twee elementen moet volgens Haggerty et al. (2003) sprake zijn als er over ‘continuïteit van zorg’ gesproken wordt. De ‘zorg gedurende een periode’ is met name kenmerkend voor de zorgverlening voor chronisch zieken. Dit in tegenstelling tot de (zeer) korte duur van een periode van zorg bij een acute ziekte (van Servellen et al., 2006). Haggerty et al. (2003) kwamen tot de conclusie dat er in feite sprake is van drie verschillende soorten van continuïteit van zorg en dat dit de begripsverwarring veroorzaakt.

Informatieve continuïteit betreft de informatievoorziening tussen verschillende zorgverleners over

een specifieke aandoening of over de gezondheidstoestand van de patiënt.

Management continuïteit gaat over de consistentie en flexibiliteit met betrekking tot zorgverlening voor (met name) chronisch of complexe ziekten. Worden zorgafspraken en zorgdoelen van verschillende zorgverleners bijvoorbeeld afgestemd en zijn deze inzichtelijk voor alle partijen?

Relationele continuïteit omschrijft de mate van voortgang tussen de patiënt en één of meerdere zorgverleners. Dit betreft zowel de voortgang in het verleden als zicht op de voortgang van deze relatie(s) in de toekomst.

Een bepaald interventieprogramma kan betrekking hebben op één van de bovenstaande vormen, maar meestal worden er meerdere vormen van continuïteit beïnvloed door een interventieprogramma.

Haggerty et al. (2003) stellen dat er door het gebruik van deze meer specifieke indeling de link naar kwaliteit van zorg makkelijker kan worden nagegaan. Ook vergemakkelijkt dit model het maken van een link tussen continuïteit van zorg en kwaliteitszorg als uitkomst (van Servellen et al., 2006).

In het interventieprogramma worden alle drie vormen van continuïteit van zorg nagestreefd. Zo geven de gespecialiseerd verpleegkundigen ‘regelmatig terugkoppeling en stemmen zij af met de primaire behandelaar en andere betrokken zorgverleners’ (Naslagwerk van de organisatie, 2009b, p.6), dit heeft betrekking op informatieve continuïteit. ‘De transmuraal verpleegkundige ondersteunt andere zorgverleners (...) voor chronisch zieken waardoor eenheid in kwaliteit en uitvoering wordt nagestreefd’ (p.8) en ‘er is nauwe samenwerking en afstemming met de medisch specialist en huisarts over de behandeling en de zorg’ (p.2). Deze citaten geven het streven naar management continuïteit weer. Relationele continuïteit van zorg wordt nagestreefd doordat de gespecialiseerd verpleegkundigen enerzijds meer taken zelf verrichten en anderzijds naar verwachting sneller veranderingen signaleert, waardoor er ook sneller ingegrepen kan worden (door de verpleegkundige of een andere zorgverlener) (Naslagwerk van de organisatie, 2009b). Het streven naar relationele continuïteit wordt bovendien zichtbaar doordat de gespecialiseerd verpleegkundige zowel in de eerste- als tweedelijns werkzaam is naast de patiënt. De patiënt heeft hierdoor een vast aanspreekpunt.

De hoofdelementen van continuïteit van zorg, dus ‘zorg gedurende een periode’ en ‘zorg voor de individuele patiënt’ zijn gewaarborgd in dit onderzoek, door het geheel aan zorg van individuele patiënten te meten gedurende het afgelopen half jaar. Bovendien is het zorgverleningsproces van alle patiënten in dit onderzoek continu, dat wil zeggen, zij blijven heel hun leven onder controle staan voor hun chronische aandoening. De te bezoeken zorgverleners en de regelmaat van de controles kunnen per patiënt verschillen.

2.4.2 Kwaliteit van zorg

De interesse in kwaliteit van dienstverlening is in alle sectoren toegenomen, maar vooral in de gezondheidszorg. Kwaliteit van zorg is een veelgebruikt en ruim begrip maar leidt juist daarom ook tot verwarring (Walshe & Smith, 2006). Donabedian (2005) stelt dat kwaliteit van zorg vooral die

zaken inhouden die op een bepaald moment als belangrijk en vanzelfsprekend worden geacht door de maatschappij of organisatie. Hierbij wordt het voorbeeld gegeven van de communicatie tussen dokter en patiënt: wordt er prijs op gesteld dat er gelijkwaardig overleg plaatsvindt of heeft de dokter het als autoriteit voor het zeggen? Wanneer een werkwijze niet overeenkomt met de huidige opvatting wordt mogelijk de zorg als kwalitatief minder beoordeeld. Omdat de betreffende organisatie in dit onderzoek zelf niet weergeeft wat zij belangrijk vindt omtrent kwaliteit van zorg, moeten er voor dit onderzoek kwaliteitsindicatoren benoemd worden. Indicatoren voor de kwaliteit van zorg worden daarom ontleent aan de handleiding CQ-index, waarin de volgende kwaliteitsdimensies worden genoemd: bejegening, informatieverstrekking, autonomie of zelfbeschikkingsrecht, deskundigheid zorgverleners, procedures en afspraken, beschikbaarheid, (telefonische) bereikbaarheid, inrichting van de praktijk(ruimte) en nazorg (Sixma, Hendriks, de Boer & Delnoij, 2008). De CQ-index wordt gezien als de meest actuele en wetenschappelijk gevalideerde meetstandaard met betrekking tot het in kaart brengen van de kwaliteit van de zorg vanuit patiëntperspectief (<http://www.centrumklantervaringzorg.nl/wat-is-de-cq-index.html>). Om die reden wordt verondersteld dat de gehanteerde indicatoren even actueel en wetenschappelijk gevalideerd zijn. Bij het gebruik van typologieën en modellen is een indeling vaak niet zwart-wit en bestaan er grijze gebieden (RIVM, 2008). Dit zal ook bij deze indeling het geval zijn. Bovendien bieden de indicatoren een houvast in de handmatige indeling naar onderwerp, uit een factoranalyse moet blijken of de items uit de vragenlijst daadwerkelijk bovenstaande onderliggende dimensies (indicatoren) meten.

2.4.3 Patiëntenervaringen met betrekking tot continuïteit en kwaliteit

Jenkinson, Coulter & Bruster (2002) adviseren om niet alleen de tevredenheid van patiënten in kaart te brengen. Zij deden een onderzoek naar patiënttevredenheid en patiëntenervaringen en kwamen tot de conclusie dat het inventariseren van ervaringen van de zorg meer betekenisvolle data opleverden om de kwaliteit van zorg te beoordelen dan data die door middel van het vragen naar patiënttevredenheid verworven waren. Ook de bevindingen van Sixma, Kerssens, van Campen & Peters (1998) ondersteunen deze gedachtegang. Maar patiëntenervaringen worden als meetinstrument niet vrij van bias geacht en moeten daarom kritisch worden bekeken wanneer deze niet in relatie tot andere factoren worden beschouwd. Sensky & Catalan (1992) toonden aan dat het welbevinden van patiënten bijvoorbeeld de ervaringen kan beïnvloeden. Om uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit van zorg aan de hand van patiëntenervaringen moet er volgens Donabedian (2005) met een aantal zaken rekening gehouden worden. Hij stelt niet dat kwaliteit van zorg niet gemeten kan worden aan de hand van patiëntenervaringen maar dat men wel alert moet zijn. Uitkomsten in de medische sector zijn namelijk niet altijd gemakkelijk in kaart te brengen. Hij geeft hierbij voorbeelden van gezondheidsuitkomsten over langere termijn en 'tevredenheid'. De kans is groot dat hierbij allerlei nevenzaken gemeten worden waarvoor goed gecontroleerd moet worden (Donabedian, 2005). Gezondheidsuitkomsten die pas op latere termijn tot uiting komen, kunnen niet goed worden gemeten,

zo stelt hij. Tevredenheid kan bijvoorbeeld beïnvloed worden door de gezondheidstoestand, zoals ook Sensky & Catalan (1992) omschrijven. Ook stellen Sensky & Catalan (1992) dat men moet waken voor het meten van kwaliteit van leven in plaats van kwaliteit van zorg. Kwaliteit van zorg, gemeten aan de hand van patiëntenervaringen, is dus niet zo eenduidig als het lijkt. Om die reden stelt Donabedian (2005) een evaluatie voor waarin meer gekeken zou moeten worden naar ‘hoe’ iets werkt en niet zozeer ‘of’ iets werkt:

‘More often one needs to ask, ‘what goes on here?’ rather than, ‘what is wrong; and how can it be made better?’ (...) It does mean (...) that the distinction between values, and elements of structure, process or outcome, is recognized and maintained; and that both are subjected to equally critical study. Partly to achieve this kind of orientation emphasis must be shifted from preoccupation with evaluating quality to concentration on understanding the medical care process itself.’

(Donabedian, 2005, p. 721)

Zijn idee over hoe kwaliteit van zorg gemeten moet worden komt overeen met de werkwijze die Pawson en Tilley (1997) hanteren in evaluatieonderzoek. Pawson en Tilley pleiten voor een zogenoemde ‘realistische evaluatie’ waarbij niet alleen wordt gekeken of iets werkt maar ook welke processen (mechanismen) zich afspelen in een bepaalde context. Deze werkwijze biedt wellicht meer inzicht in de rol van de variabelen ‘kwaliteit van zorg’ en ‘continuïteit van zorg’ dan een experimenteel onderzoek. Pawson en Tilley (1997) zijn dus ook van mening dat er bij het doen van evaluatieonderzoek niet alleen gekeken moet worden of iets werkt, maar ook hoe het werkt. Deze visie komt voort vanuit kritiek op het zuiver experimenteel ontwerp. Om na te kunnen gaan hoe het komt dat een interventie al dan niet werkt, moet er volgens Pawson en Tilley (1997) onderscheid gemaakt worden tussen de statische omgeving (context), de werking van de interventie (mechanisme) en de regelmatigheid die hieruit voortkomt (uitkomst). Uitkomsten van onderzoek beschouwen zij niet bij voorbaat als generaliseerbaar. Iedere context is immers uniek en zal op enigerwijze verschillen van een andere. Pawson en Tilley (1997) spreken daarom liever van de uitkomsten van het specifieke programma: wat werkt voor wie in welke omstandigheden. Ook wanneer een programma niet werkt, kan de kennis over wat (en waarom) er zoal niet werkt meegenomen worden naar een volgend soortgelijk programma. Er is dan dus geen sprake van het gebruiken van een succesvolle interventie voor een soortgelijke situatie maar van het gebruiken van kennis over de werking van het mechanisme.

De tijd waarin een interventie plaatsvindt, zien Pawson en Tilley (1997) ook als onderdeel van de context. Zo stellen zij (p. 71): ‘Programs are ideas. Ideas have their time and place.’ Dit sluit aan bij de ideeën van Donabedian (2005) over kwaliteit van zorg, waarbij hij kwaliteit ziet als ‘iets’ wat men op dat moment belangrijk vindt. Verder houdt de context al het onveranderlijke, of de zeer langzaam veranderende omgeving in. Naast bepaalde opvattingen of normen en waarden is dit de omgeving (bijvoorbeeld een achterstandsbuurt of een chique wijk, maar ook het (leef)klimaat in Nederland of in Italië).

2.5 Bestaande bevindingen over continuïteit en kwaliteit van zorg

Over het belang van goede continuïteit van zorg voor chronisch zieken (Nutting, Goodwin, Flocke, Zyzanski & Stange, 2003) wordt niet getwist, maar over de juiste meetmethode om dit in kaart te brengen bestaat geen consensus. Er wordt tegenwoordig in toenemende mate gebruik gemaakt van het patiëntperspectief als uitkomstindicator van de geleverde zorg (Preston, Cheater, Baker & Hearnshaw, 1999).

Haggerty et al. (2003) stellen dat de aanwezigheid van randvoorwaarden om continuïteit te waarborgen niet voldoende is om daadwerkelijk continuïteit van zorg te garanderen. Zorg moet volgens hen ervaren worden als ‘samengaand en geschakeld’. Maar uit een rapport van het RIVM (2003) blijkt dat 60% van de patiënten bijvoorbeeld al niet weet of er überhaupt afstemming tussen zorgverleners heeft plaatsgevonden of aan kan geven dat het niet gebeurd is.

Bevindingen uit de literatuur laten zien dat de relatie tussen continuïteit van zorg en kwaliteit van zorg niet altijd duidelijk is. Continuïteit van zorg kan bijvoorbeeld worden gezien als een onderdeel van kwaliteit van zorg, maar ook als een voorwaarde om goede kwalitatieve zorg te kunnen leveren. Zo stelt het RIVM (2009):

‘Als een patiënt onder behandeling is, heeft hij te maken met diverse artsen en andere zorgverleners, binnen en buiten het ziekenhuis. De inzet van de behandelaars in deze ‘ketenzorg’ moet goed worden afgestemd. Ketenzorg stelt daarom eisen aan de communicatie en informatieoverdracht tussen zorgverleners. Ook een duidelijke afbakening van verantwoordelijkheden is daarbij noodzakelijk. De mate waarin deze aspecten aanwezig zijn, vormt een graadmeter (indicator) van de kwaliteit’.

(RIVM, 2009, p. 3)

Om die reden zal er niet alleen worden gekeken of de interventie leidt tot een toename van de ervaren continuïteit en kwaliteit van zorg, maar ook zal er worden geprobeerd om inzicht te krijgen in de vraag waarom en hoe de interventie tot een bepaalde uitkomst heeft geleid. Daarom is dit onderzoek gebaseerd op benadering van een zogenoemde ‘realistische evaluatie’.

2.6 Bestaande bevindingen over ketenzorg

De overheid stuurt actief aan op de invoering van ketenzorg en de vervaging van de scheiding tussen eerste- en tweedelijnszorg. Maar Helsloot & Timmermans (2009) pleiten juist voor een indeling in lijnen. De gedachtegang van Helsloot & Timmermans is gebaseerd op het feit dat juist een indeling in lijnen zorgt voor een goede ‘poortwachtersfunctie’ naar de tweedelijnszorg en dat een indeling in lijnen niet zozeer een goede afstemming en samenwerking tegenwerkt. Smeenk, de Witte, Nooyen en Crebolder (2000) stellen dat er veel overlapping optreedt tussen eerste- en tweedelijnszorg. Een slechte coördinatie van zorg zien zij als oorzaak hiervan. Weinig coördinatie van zorg zien zij als oorzaak

voor een slechte continuïteit van zorg. In een verkennende studie naar transmurale zorg bij terminale kankerpatiënten toonden zij aan dat er vooral op het gebied van verpleegkundige transmurale zorg ('zorg door de muren heen', dus niet alleen gericht op de zorg in een instelling of de zorg buiten een instelling) winst te behalen valt. Maar zij hebben dit niet aan kunnen tonen op het gebied van patiëntenervaringen. Of deze uitkomsten ook gelden voor de zorg voor chronisch zieken zal zich moeten uitwijzen. Onderstaande bevindingen laten namelijk wel positieve resultaten zien op diverse andere terreinen, maar het perspectief van de patiënt wordt buiten beschouwing gelaten.

Calsbeek & Rosendal (2007) deden onderzoek naar slaag- en faalfactoren van ketenzorg. De factoren die zij hebben omschreven is vooral gericht op het niveau van de zorgverleners. De volgende slaag- en faalfactoren met betrekking tot de organisatorische context zijn door hen omschreven: afbakening tussen disciplines in eerste- en tweedelijns in een richtlijn (slaagfactor), duidelijkheid in beginfase over verantwoordelijkheden (slaagfactor), goede informatiestromen (bijvoorbeeld elektronische dossiers of patiëntvolgende dossiers) (slaagfactor), ontbreken van een duidelijke regie (faalfactor), het ontbreken van een ketenprotocol (faalfactor) en onduidelijkheid over bevoegdheid, bekwaamheid, en taak van de zorgverleners (faalfactor). Veel van bovenstaande zaken lijken goed gewaarborgd te zijn in de wijze waarop de organisatie in dit onderzoek de zorg heeft georganiseerd, zoals ook te lezen is in het door hen opgestelde rapport. Het ontbreken van grote hiaten in de randvoorwaarden doet de kans van slagen van het programma toenemen.

Kodner & Spreeuwenberg (2002) zien integrale zorg als een oplossing voor de zorg voor chronisch zieken, die veelal complex en veeleisend is. De achterliggende gedachte hierbij is dat integrale zorg moet leiden tot betere kwaliteit van zorgverlening en meer op de individuele patiënt is gericht. Zij geven ook aan dat integrale zorg nodig is om het sterk gefragmenteerde en complexe systeem van de gezondheidszorg 'bijeen' te houden. Wel geven Kodner & Spreeuwenberg (2002) aan dat het slagen van een programma in belangrijke mate afhangt van de doelgroep waarvoor integrale zorg wordt ingezet. Ook Grady, Dracup & Kennedy et al. (2000) onderschrijven in hun onderzoek het nut van integrale zorgverlening bij patiënten met hartfalen. Hun onderzoek wees uit dat integrale zorgverlening bijdraagt aan: het terugdringen van sterftcijfers, de kwaliteit van leven, betere naleving, terugdringen van het aantal heropnames, kostenbesparing en een verlengde levensduur. Verder rapporteert ook Rich (1999) over verbeterde resultaten met integrale zorgverlening.

Integrale ketenzorg, zoals door de organisatie in dit onderzoek gehanteerd, lijkt gezien de bevindingen uit de literatuur een reële kans van slagen te hebben. Het is wel opvallend dat in veel onderzoeken het effect op patiëntenniveau niet wordt benoemd of aangetoond is.

In een onderzoek van McAlister et al. (2001) naar de effectiviteit van diverse programma's op het gebied van aaneengeschakelde zorg voor patiënten met hartfalen, wordt aangeraden om patiënten te betrekken door middel van educatie en het bevorderen van zelfmanagement. Dit zijn volgens de onderzoekers, naast multidisciplinaire teams en de toegang tot specialistische zorg, de elementen die

de kans van slagen van dit soort 'disease management' programma's verhoogt.

De werkwijze die de organisatie in dit onderzoek hanteert omtrent de inzet van de gespecialiseerd verpleegkundigen, heeft op het gebied van oncologische zorg reeds goede resultaten opgeleverd. Het betreffende programma is onderzocht door Wolfe (1993). Het patiëntvolgend werken werd hier ook gecombineerd met taakherschikking (en training) en werkzaamheden van de verpleegkundigen in zowel de eerste- als tweedelij. De tevredenheid met de toegenomen continuïteit werd niet alleen aangetoond bij het verplegend personeel maar ook bij de patiënten.

2.7 Vergelijking interventieprogramma met gebruikelijke wijze van zorgverlening

Eerder werd aangegeven dat het interventieprogramma zich onderscheidt van de 'gebruikelijke wijze van zorgverlening'. Onder deze 'gebruikelijke wijze' wordt de zorg verstaan zoals deze in het algemeen plaatsvindt. Het programma geeft aan dat er lijnoverstijgend gewerkt wordt, dat er gebruik gemaakt wordt van specialistisch verpleegkundigen in zowel de eerste- als in de tweedelij en dat er actieve aansturing plaatsvindt op het gebied van zelfmanagement van de patiënt. Patiënten kunnen door de specialistisch verpleegkundigen gevolgd worden in zowel de eerste- als tweedelij. Er wordt door de organisatie verondersteld dat deze werkwijze de continuïteit van zorg verbetert. Ook kunnen de specialistisch verpleegkundigen worden ingezet in complexe situaties voor aanvullende kennis bij uitvoering van complexe zorg. De organisatie veronderstelt dat dit de continuïteit ten goede komt, doordat er niet van behandelaar wordt gewisseld. Naast een verbetering van de continuïteit van zorg gaat de organisatie er vanuit dat de werkwijze die zij hanteren leidt tot een toename van de kwaliteit van zorg.

2.8 Vraagstelling

Bovenstaande bevindingen en concepten hebben geleid tot de formulering van de volgende vraagstelling:

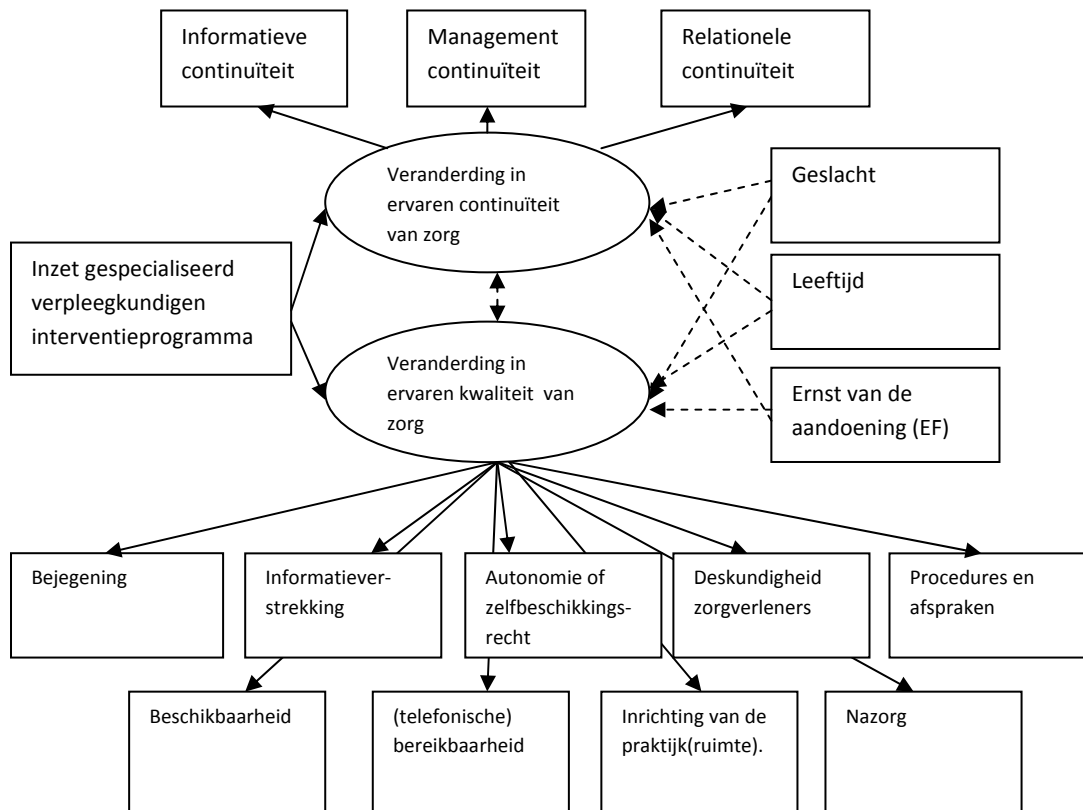
Ervaren patiënten van het interventieprogramma een andere mate van continuïteit en kwaliteit van zorg dan patiënten die gebruikelijke zorg ontvangen en wat is de relatie tussen deze twee aspecten?

Deze vraag zal worden beantwoord door middel van de volgende deelvragen:

1. Ervaren patiënten met zorg van het interventieprogramma een andere mate van continuïteit van zorg dan patiënten die de gebruikelijke wijze van zorg ontvangen?
2. Ervaren patiënten met zorg van het interventieprogramma een andere mate van kwaliteit van zorg dan patiënten die de gebruikelijke wijze van zorg ontvangen?
3. Is er een relatie tussen de ervaren continuïteit van zorg en de ervaren kwaliteit van zorg?
4. Welke factoren beïnvloeden mogelijk de werking van de interventie?
 - 4.1 Worden continuïteit en kwaliteit van zorg door mannelijke patiënten anders ervaren dan door vrouwelijke patiënten?
 - 4.2 Worden continuïteit en kwaliteit van zorg anders ervaren door patiënten met verschillende opleidingsniveaus?
 - 4.3 Worden continuïteit en kwaliteit van zorg anders ervaren door patiënten met een meer of minder ernstige vorm van hartfalen?

Toelichting: de keuze om te formuleren in termen van een verandering in plaats van verbetering van continuïteit en kwaliteit van zorg is bewust gemaakt omdat het mogelijk wordt geacht dat ervaringen ook slechter kunnen zijn.

Op de volgende pagina staat een schematische weergave van de te onderzoeken veronderstelling.



Figuur 2.1 Een schematische weergave van de veronderstelde werking van het interventieprogramma. De keuze voor de indicatoren is gebaseerd op theoretische gronden zoals omschreven in dit hoofdstuk.

3. Onderzoeksopzet

3.1 Operationalisering van concepten, variabelen en verwachtingen

Dit onderzoek is gestart met de verwachting dat patiënten met zorg van het interventieprogramma een andere wijze van continuïteit en kwaliteit van zorg ervaren dan patiënten die een gebruikelijke wijze van zorgverlening ontvangen.

In de literatuur wordt verondersteld dat een betere continuïteit leidt tot betere ervaringen en meer tevredenheid met de zorg. Een betere continuïteit van zorg heeft in het onderzoek van Smeenk et al. (2000) daarentegen niet tot betere patiëntenervaringen geleid. De mogelijkheid van beïnvloeding door gezondheidstoestand speelt hierbij mogelijk een rol (Sensky & Catalan, 1992). Ook is het mogelijk dat er in het onderzoek van Smeenk et al. (2000) geen onderscheid is gemaakt tussen verschillende vormen van continuïteit van zorg, zoals verondersteld door Haggerty et al. (2003)⁴. Om die reden worden vooralsnog andere ervaringen (gemeten aan de hand van de drie soorten continuïteit van zorg, zoals verondersteld door Haggerty et al. (2003)) op het gebied van continuïteit van zorg met het interventieprogramma verondersteld.

Kwaliteit van zorg is door de organisatie niet verder gedefinieerd. Het is dan ook niet geheel duidelijk wat kwaliteit van zorg volgens de organisatie inhoudt en wat er belangrijk gevonden wordt. Wel veronderstelt de organisatie dat de werkwijze die zij hanteert de continuïteit van zorg verbetert en dat de kwaliteit van zorg hierdoor toeneemt. Omdat er in dit onderzoek alleen patiëntervaringen worden geïnventariseerd en een beter resultaat op dit gebied niet per definitie is aangetoond, wordt er tweezijdig getoetst. Dat wil zeggen dat er in eerste instantie wordt uitgegaan van ‘een effect’ in plaats van ‘een verbetering’. Aangezien de organisatie geen kwaliteitsaspecten heeft benoemd waarop de verbetering moet plaatsvinden, zijn voor dit onderzoek de kwaliteitsindicatoren ontleend aan de handleiding CQ-index (Sixma et al. , 2008).

Naast een verandering op het gebied van continuïteit en kwaliteit van zorg is de verwachting dat er een relatie bestaat tussen de continuïteit en kwaliteit van zorg. Want het interventieprogramma zet in op bevordering van de continuïteit waardoor de kwaliteit van zorg zou moeten toenemen (Naslagwerk van de organisatie, 2009a).

Sensky & Catalan (1992) geven weer dat de gezondheidstoestand mogelijk de ervaringen van patiënten beïnvloedt. Aangezien het hebben van hartfalen zowel geestelijk als lichamelijk ongemak met zich mee kan brengen, lijkt de verwachting van Sensky & Catalan (1992) ook zeker voor deze

⁴ Zij stellen dat continuïteit van zorg verschillende aspecten kan inhouden en maken het onderscheid tussen informatieve continuïteit, management continuïteit en relationele continuïteit.

patiëntencategorie kan gelden. De verwachting is dat wanneer de pompfunctie van het hart minder is (ernst van de aandoening, gemeten in EF), de ervaringen van patiënten ook minder positief zijn. In dit onderzoek wordt ook getoetst of het opleidingsniveau en het geslacht invloed heeft op de ervaringen met continuïteit en kwaliteit van zorg.

3.2 Onderzoeksmethode en analyse

Dit onderzoek is een onderdeel van het onderzoek ‘evaluatie integrale ketenzorg’. Dat onderzoek is experimenteel opgezet en om die reden zal dit onderzoek ook experimenteel opgezet zijn. Naast de experimentele opzet die wordt gehanteerd, wordt er in dit onderzoek gebruik gemaakt van de ideeën van Pawson en Tilley (1997) over het doen van evaluatieonderzoek. Hierdoor zal de benadering niet zuiver experimenteel zijn. Het onderzoekproject ‘evaluatie integrale ketenzorg’ kent een quasi-experimentele opzet en meet de uitkomsten onder vier verschillende patiëntencategorieën met een chronische ziekte, waaronder patiënten met hartfalen. Voor dit onderzoek worden alleen de ervaringen van patiënten met hartfalen bekeken. Respondenten zijn geselecteerd aan de hand van inclusiecriteria voor hartfalen: $EF \leq 40\%$ ⁵. Dit staat voor een berekening van de pompfunctie van het hart en betekent dus dat alleen mensen met een ejectionfraction (EF) van 40% of minder meedoen aan het onderzoek. Deze berekening ondersteunt de gestelde diagnose hartfalen, maar wordt niet bij elke patiënt standaard uitgevoerd. Om die reden is het bij de werving van de respondenten tot de volgende aantallen gekomen: uit een lijst met patiënten die aan deze voorwaarde voldoen zijn door de onderzoekers van het project ‘evaluatie integrale ketenzorg’ 180 patiënten gekozen, 108 patiënten uit een ziekenhuis als controlegroep en 72 patiënten uit een ander ziekenhuis als groep die het interventieprogramma ontvangt. Deze aantallen worden voldoende geacht voor een poweranalyse voor een T-test voor twee onafhankelijke steekproeven waarbij de gewenste power $p = .80$ is. Het significantieniveau is bepaald op $p < .05$ met een effectgrootte van $.50$. Er is rekening gehouden met een non-respons van 50%, inclusief uitval (Ros, 2011). Reden voor een hoge non-respons heeft in het geval van hartfalen bijvoorbeeld te maken met de hogere leeftijd, de hoge mate van mortaliteit en het bestaan van comorbiditeit (RIVM, 2009), wat allemaal de kans op tussentijdse uitval vergroot. Ook de inzet die het evaluatieproject van de patiënten vraagt, kan leiden tot non-repons. Zo wordt er door middel van een brief gevraagd of patiënten het komende jaar drie keer een vragenlijst in willen vullen en vijf keer gebeld mogen worden voor een interview. Ook behoort inzage in het medisch dossier tot een onderdeel van het onderzoek.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens die zijn voortkomen uit de vragenlijsten van maand ‘nul’ (februari 2011). Aan de hand van deze gegevens heeft de analyse plaatsgevonden. Omdat de interventie reeds was gestart, is er geen voormeting uitgevoerd. Om diezelfde reden heeft er ook

⁵ Deze norm is ontleent aan de CBO-richtlijn hartfalen (2010).

geen random toewijzing plaatsgevonden. De zorgverlening was reeds regiogebonden ingericht.

De vragenlijst die is gebruikt voor dit onderzoek bevat vragen zoals opgesteld in de CQ-index, omdat deze als de meest actuele en wetenschappelijk gevalideerde meetstandaard voor patiëntervaringen met betrekking tot kwaliteit van zorg wordt gezien (<http://www.centrumklantervaringzorg.nl/wat-is-de-cq-index.html>). De CQ-index is een vragenlijst die bestaat uit onderdelen van CAHPS en QUOTE. Deze zijn beide wetenschappelijk gefundeerd en deze meten ervaringen van patiënten (dus niet alleen tevredenheid) waarbij de CAHPS meer ingaat op de toegankelijkheid van zorg en of iemand dat als probleem ervaart, de vragen van QUOTE zijn meer gericht op aandoeningspecifieke aspecten van de kwaliteit van zorg (Delnoij & Sixma, 2006). Er zijn reeds diverse ziektespecifieke vragenlijsten ontwikkeld. Een van die vragenlijsten betreft het onderwerp COPD ketenzorg. Deze vragenlijst is gebruikt om een versie ‘hartfalen ketenzorg’ te ontwikkelen. De opbouw en structuur van de vragenlijst is geheel volgens de CQ-werkwijze. De ziektespecifieke aspecten zijn ontleent aan diverse richtlijnen, zoals de CBO-richtlijn hartfalen en de New York Heart Association (NYHA), en expertise van een hartfalenverpleegkundige. De vragenlijst bestaat voornamelijk uit het vragen naar ervaringen en ervaren problemen met de zorgverlening. De vragen zijn geordend naar zorgverlener of onderwerp (bijvoorbeeld het bezoek aan de cardioloog of medicatiegebruik) en bevatten screenervragen. Er wordt hierdoor onderscheid gemaakt tussen terecht en onterecht niet-ingevulde vragen. Dit is van belang voor de analyse.

De analyse is uitgevoerd in SPSS. Er is een handmatige controle uitgevoerd over 10% (random geselecteerd door SPSS) van de ingevoerde casussen. Verder zijn er enkele variabelen hergecodeerd voor de analyse in verband met een negatieve formulering en zijn de antwoordmogelijkheden ‘weet ik niet’ als missende variabelen beschouwd.

Om relaties tussen de concepten continuïteit van zorg en kwaliteit van zorg te kunnen omschrijven, zijn er somscores berekend over de items onder deze concepten. Hiervoor moest een factoranalyse en een betrouwbaarheidsanalyse worden uitgevoerd. Aan de factor- en betrouwbaarheidsanalyse is een itemanalyse vooraf gegaan. Hieruit bleek dat de respons voor de patiënten met hartfalengroep te klein was om een betrouwbare schaalanalyse op toe te passen. Sixma et al. (2008) adviseren in de CQ-handleiding om 10 maal zoveel respondenten als variabelen te hanteren in de factor- en schaalanalyse. Omdat alle vragenlijsten dezelfde structuur van vragen bevatten, is er besloten om de schaalanalyse toe te passen op het grote bestand, dat wil zeggen het bestand met antwoorden van alle patiënten met hartfalen, reuma en parkinson (de gegevens van patiënten met multiple sclerose waren op dit moment nog niet voor handen). De responsregel kon hierbij beter beantwoord worden. In het uiterste geval (bij een erg lage respons) is hierbij een respons van vijf maal zoveel respondenten als variabelen (Ros, 1990) gehanteerd.

Opnieuw is er een itemanalyse over dit bestand uitgevoerd en zijn de items met een te lage respons

(<15), een te hoge non-respons (>10% van de respondenten heeft een vraag onterecht niet ingevuld⁶) en een extreme scheve verdeling (90% van de antwoorden in de hoogste of laagste antwoordmogelijkheid) verwijderd voor de analyse (Sixma et al., 2008). Vervolgens is er de handleiding van de CQ-index aangehouden waarin geadviseerd wordt een factoranalyse toe te passen op de ordinale variabelen die dezelfde antwoordcategorie bevatten. De antwoordcategorie ‘nee, helemaal niet- grotendeels— een beetje- ja, helemaal’ hebben dezelfde waardes gekregen als de antwoordcategorieën nooit- soms- meestal- altijd en zijn zodoende ook als dezelfde antwoordcategorie beoordeeld.

De eisen die vooraf gesteld werden aan de data waren: dat de respons voldoende hoog moest zijn (5 maal aantal respondenten dan variabelen) , dat de data voldeden aan de Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (een KMO-waarde van .60 of hoger) en dat Bartlett’s Test of sphericity significant was ($p < .05$) (Sixma et al. , 2008). De KMO-waarde is een maat die aangeeft in hoeverre er sprake is van een vast patroon in correlaties, dus of de afzonderlijke correlaties overeenkomen met de som van correlaties. De Bartlett’s test gaat na of de correlaties tussen variabelen significant verschillen van nul ⁷ (Field, 2009).

Voordat de factoranalyse⁸ werd uitgevoerd zijn er op theoretische gronden clusters gemaakt van continuïteit en kwaliteit van zorg. Vooral vanwege de responsregel (5 tot 10 maal aantal respondenten dan variabelen) is er per cluster getoetst. Bij bijzonderheden of veel losse items zijn clusters samengevoegd of uit elkaar gehaald, totdat er sprake was van een logische, consistente en betrouwbare schaal. Deze factoranalyses werden aangevuld met een betrouwbaarheidsanalyse per schaal. De betrouwbaarheid is uitgedrukt in Cronbach’s Alpha, een maat die aangeeft in welke mate items in een schaal correleren met de gehele schaal (Sixma et al. , 2008).

Wanneer een schaal consistent en betrouwbaar bleek, zijn er somscores gemaakt per cluster (variabele). Vervolgens werden de deelvragen aan de hand van de somscores bekeken en zijn er voor het concept continuïteit van zorg bovendien analyses uitgevoerd op itemniveau.

Er zijn vervolgens in de meeste gevallen niet-parametrische toetsen uitgevoerd omdat de data van ordinaal meetniveau waren of niet voldeden aan de normaalverdeling. Deze is nagegaan door middel van het bekijken van een histogram met normaalverdeling bij $N > 50$ en door middel van een Kolmogorov-Smirnov en Shapiro-Wilk toets bij $N < 50$. Deze testen de nulhypothese dat de variabele normaal verdeeld is en wordt verworpen bij $\text{sig.} < .05$ (De Vocht, 2009). Alle data voldeden aan de homogeniteit in varianties, getoetst door middel van Levene’s testen. Levene’s test kan bij grote steekproeven onterecht de nulhypothese verwerpen dat de varianties gelijk zijn. Om die reden is er bij

⁶ Sixma et al. (2008) prefereren een non-respons van maximaal 5% maar geven ook aan dat dit criterium relatief streng is. Een percentage van 10% missende waarden wordt tevens acceptabel geacht.

⁷ Als variabelen niet correleren kunnen er ook geen clusters gevonden worden (Field, 2009)

⁸ De factoranalyse werd uitgevoerd met behulp van een Principle Component Analysis met oblique rotatie, zoals geadviseerd door Sixma et al. (2008)

één variabele bij een significante uitkomst opnieuw getoetst door middel van een Hartley's F-test en bleek er alsnog sprake te zijn van gelijke varianties. De gebruikte niet-parametrische toetsen zijn: Chi-kwadraattoetsen (voor nominale variabelen), Mann-Whitney toetsen (voor de vergelijking van twee groepen, minimaal ordinaal meetniveau), Fishers Exact testen (soort Chi-kwadraat maar dan alleen voor 2x2 tabellen, kan gebruikt worden wanneer niet aan de voorwaarde van een chi-kwadraattoets wordt voldaan⁹), Kruskal-Wallis toets (meer dan twee groepen) en Spearman's correlatie (voor het nagaan van relaties). De gebruikte parametrische toetsen voor de variabelen waarvan de data wel voldeden aan de normaalverdeling zijn de Student T-toets en de Pearson correlatie. Indien mogelijk is er dus wel parametrisch getoetst, aangezien het nadeel van niet-parametrische toetsen is dat ze mogelijk een onjuiste nulhypothese minder snel verwerpen (de Vocht, 2009).

Er is vanwege het grote aantal vergelijkingen gekozen om de resultaten in een tabel weer te geven. De significante verschillen en relaties staan vervolgens toegelicht.

3.3 Maatschappelijke relevantie, wetenschappelijke relevantie en ASW verantwoording

In deze tijd, waarin zorgverlening regelmatig geëvalueerd en tot in detail verantwoord moet worden (Pawson & Tilley, 1997) zijn continuïteit en kwaliteit van zorg in ieder geval sleutelbegrippen. Maar continuïteit en kwaliteit van zorg zijn begrippen die helemaal niet zo eenduidig gehanteerd worden. Ook de relatie tussen deze twee begrippen is tot op heden nog niet goed onderzocht: er bestaat nog veel onduidelijkheid over de rol van continuïteit op kwaliteit van zorg. Hopelijk draagt dit onderzoek een stukje bij aan de opvulling van deze kennisleemte. Maar dit onderzoek is vooral praktijkgericht. Het komt voort uit de vraag naar een beleidsevaluatie van een zorginnovatie: is het bruikbaar en wat levert het op? Het oplossen van praktijkproblemen heeft veelal niet alleen betrekking op de direct betrokkenen, maar ook op de maatschappij die zich er omheen bevindt (Boeije, 't Hart & Hox, 2009) en kan om die reden als maatschappelijk relevant worden beschouwd. Dit onderzoek, als deelonderzoek van het project 'integrale ketenzorg' draagt bij aan deze vraag door de continuïteit en kwaliteit van zorg te bekijken vanuit patiëntenperspectief. Om na te gaan of de interventie echt werkt, moeten meer aspecten dan alleen de patiëntenervaringen bekeken worden. De daadwerkelijke werking van de interventie zal dus duidelijk worden aan de hand van het eerdergenoemde meer omvangrijke onderzoeksproject. Dit onderzoek heeft een interdisciplinair karakter door de samenwerking tussen diverse disciplines, te weten: psychologie, verplegingswetenschap en algemene sociale wetenschappen. Deze interdisciplinaire samenwerking kan mogelijk nieuwe inzichten opleveren.

⁹ Alle verwachte celfrequenties moeten hoger dan 1 zijn en maximaal 20% van de verwachte celfrequenties mag tussen 1 en 5 liggen (De Vocht, 2009).

4. Resultaten

Dit onderzoek kent twee vormen van resultaten. Enerzijds de resultaten omtrent de ontwikkeling van de meetmethode en anderzijds de resultaten die een antwoord geven op de onderzoeksvragen. In dit hoofdstuk staan beide resultaatvormen weergegeven. De resultaten worden in hoofdstuk 5 verder besproken.

4.1 Resultaten factor- en schaalanalyses

Omdat er op het bestand met gegevens van patiënten met hartfalen vanwege een te lage N geen betrouwbare schaal- en factoranalyse kon worden toegepast, is er gebruik gemaakt van een groter bestand waarin de gegevens van patiënten met reuma (29,9%) de ziekte van Parkinson (35,6%) en hartfalen (34,5%) opgenomen waren. In deze groepen zijn dezelfde vragen gesteld met betrekking tot continuïteit en kwaliteit van zorg. De interventiegroep bestond uit 140 personen, de controlegroep uit 144. In dit grotere bestand waren 162 mannen en 122 vrouwen opgenomen. De gemiddelde leeftijd was 69,73 jaar.

Op basis van theoretische gronden is er een verdeling gemaakt van items over de indicatoren voor kwaliteit van zorg zoals genoemd in de handleiding CQ-index: bejegening, informatieverstrekking, autonomie of zelfbeschikkingsrecht, deskundigheid zorgverleners, procedures en afspraken, beschikbaarheid, (telefonische) bereikbaarheid, inrichting van de praktijk(ruimte) en nazorg (Sixma et al. , 2008). Deze indicatoren werden als suggestie vermeld, het zijn geen verplichte aspecten. De samenhang tussen deze items is getoetst in een factoranalyse. De schalen die voortkwamen uit deze analyse, waren in sommige gevallen niet voldoende betrouwbaar en samenhangend. Om die reden zijn uiteindelijk de volgende indicatoren onderscheiden: uitleg over medicatiegebruik, begrijpelijkheid voor de patiënt, autonomie of zelfbeschikkingsrecht, problemen met toegankelijkheid, feiten over toegankelijkheid, aansluiting op persoonlijke situatie patiënt, advies en uitleg van de fysiotherapeut, vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverleners, patiënttevredenheid en afspraken bij klachten. Deze indeling leidde tot meer betrouwbare en consistente schalen. De volledige itemlijst met bijbehorende alfabetaalcoëfficiënten is opgenomen als bijlage.

Op het gebied van continuïteit van zorg is tevens op basis van theoretische gronden een indeling gemaakt naar informatieve continuïteit, management continuïteit en relationele continuïteit. Alleen de indicator management continuïteit leverde een consistente en betrouwbare schaal op. De items waarin informatieve continuïteit van zorg gemeten werd, leverde geen consistente en betrouwbare schaal op maar onderscheidde zich wel van management continuïteit, er werden dus wel verschillende vormen van continuïteit van zorg gemeten maar deze waren niet tot verschillende schalen te reduceren. Relationele continuïteit kwam in de reeds bestaande vragenlijst niet voldoende aan de orde. Om

bovenstaande redenen is besloten om de overige variabelen op itemniveau te analyseren, naast de schaal 'management continuïteit'.

Ook de variabelen voor continuïteit van zorg zijn terug te vinden in de itemlijst, zie hiervoor de bijlage.

4.2 Resultaten met betrekking tot onderzoeksvragen

Met behulp van de variabelen, voortkomend uit de factor- en schaalanalyse, is getracht de onderzoeksvraag te beantwoorden. Het interventieprogramma voor patiënten met hartfalen diende hiervoor als uitgangspunt. 95 Respondenten (52,78%) hebben de vragenlijst over ketenzorg bij hartfalen ingevuld en teruggestuurd. 47 Respondenten (65,28%) waren afkomstig uit de interventiegroep en 48 (44,44%) uit de controlegroep. De gemiddelde leeftijd van de respondenten uit de interventiegroep is 67,49 jaar, de gemiddelde leeftijd van de respondenten uit de controlegroep 74,21. In de interventiegroep is 74,5% man en 25,5% vrouw, in de controlegroep is 89,6% man en 10,4% vrouw.

Algemene onderzoeksvraag:

Hoe verhouden patiëntervaringen met betrekking tot de gespecialiseerd verpleegkundige zorg van het interventieprogramma zich tot de patiëntervaringen met betrekking tot de 'gebruikelijke wijze' van zorgverlening?

4.2.1 Deelvraag 1

→ Deelvraag 1: ervaren patiënten met zorg van het interventieprogramma een andere mate van continuïteit van zorg dan patiënten die de gebruikelijke wijze van zorg ontvangen?

Tabel 4.1 *In deze tabel staan het aantal respondenten per geslacht (N), de gemiddelde rangscore per geslacht, de Z-score en het significantieniveau per variabele weergegeven. Er is hoofdzakelijk gebruik gemaakt van Mann-Whitney toetsen, waarbij nagegaan wordt of de varianties in de populaties gelijk zijn (de Vocht, 2009) omdat er sprake van niet normaal verdeelde variabelen dan wel van ordinale variabelen. Voor (dichotome) nominale variabelen is er getoetst door middel van een Fisher's Exact test of van een chi-kwadraattoets wanneer de celfrequentie voldoende hoog was (de Vocht, 2009).*

Mann-Whitney toets over variabelen:	N interventie-groep	GEM. RANGSCORE interventiegroep	N controle-groep	GEM. RANGSCORE controlegroep	Z	P
Informatieve continuïteit – gegevens beschikbaar	44	44,51	44	44,49	-.01	> .05
Informatieve continuïteit – apotheker op de hoogte	34	30,71	32	36,47	-1.46	> .05
Informatieve continuïteit – bij opname op de hoogte	22	17,20	11	16,59	-.21	> .05
Management continuïteit	38	30,67	27	36,28	-1.42	> .05
Management continuïteit – behandeling afgestemd	31	21,69	15	27,23	-1.54	> .05
Fishers Exact test over variabele:	N interventie	N controle				P
Informatieve continuïteit – anderen uitslag gekregen	10	11				> .05
Chi-kwadraattoets over variabele:	N interventie	N controle	DF	X ²		P
Relationele continuïteit – behandeld door vervanger	46	45	1	8.19		< .01

Er is een significant verschil tussen de interventiegroep en de controlegroep op het gebied van relationele continuïteit – behandeld door vervanger ($\chi^2(1) = 8,19, p < .01$). Een behandeling door een vervangend zorgverlener heeft vaker plaatsgevonden in de interventiegroep.

4.2.2 Deelvraag 2

➔ **Deelvraag 2: ervaren patiënten met zorg van het interventieprogramma een andere mate van kwaliteit van zorg dan patiënten die de gebruikelijke wijze van zorg ontvangen?**

Tabel 4.2 In de onderstaande tabel staan de resultaten van de vergelijking tussen de interventiegroep en de controlegroep en de diverse aspecten van kwaliteit van zorg. Er is voornamelijk niet-parametrisch getoetst. Twee variabelen konden, omdat zij voldeden aan de voorwaarden, getoetst worden middels een Students T-toets. Eventuele significante verschillen zijn omcirkeld.

Mann-Whitney toets over variabelen:	N interventie-groep	GEM. RANGSCORE interventiegroep		N controle-groep	GEM. RANGSCORE controlegroep		Z	P	
Uitleg medicatiegebruik	46	43,05		45	49,01		-1.10	> .05	
Begrijpelijkheid uitleg voor patiënt	42	39,24		37	40,86		-.32	> .05	
Autonomie of zelfbeschikkingsrecht	38	37,01		33	34,83		-.45	> .05	
Problemen met toegankelijkheid	18	18,92		18	18,08		-.34	> .05	
Feiten over toegankelijkheid	26	29,06		28	26,05		-.74	> .05	
Aansluiting op persoonlijke situatie	43	37,10		37	44,45		-1.41	> .05	
Afspraken bij klachten	41	40,26		38	39,72		-.11	> .05	
Vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverleners	45	40,89		43	48,28		-1.45	> .05	
T-toets over variabelen	N interventie-groep	M interventie-groep	SD interventie-groep	N controle-groep	M controle-groep	SD controle-groep	DF	t	P
Advies en uitleg fysiotherapeut	11	1,77	1,06	3	2,00	1,32	12	-.32	> .05
Patiënttevredenheid	46	8,17	1,04	46	8,47	1,15	90	-1.33	> .05

Er is geen significant verschil in ervaren kwaliteit van zorg tussen beide groepen.

4.2.3 Deelvraag 3

➔ **Deelvraag 3: is er een relatie tussen de ervaren continuïteit van zorg en de ervaren kwaliteit van zorg?**

Tabel 4.3 In deze tabel is een deel van een Spearman (niet parametrische toets) correlatietabel uit SPSS te zien. Het grijze gebied is voor deze deelvraag niet relevant aangezien daar een vergelijking wordt gemaakt tussen de indicatoren voor continuïteit van zorg en niet in relatie tot kwaliteit van zorg. De relevante correlaties en/ of significantieniveau's zijn aangegeven met een groene cirkel (significant en een correlatie > .3) of met een rode cirkel (correlatie > .2 maar niet significant).

			domeinscore tegenstrijdige informatie	Gegevens bij een bezoek aan een zorgverlener beschikbaar 1	Was apotheker op de hoogte van situatie 1	Bij opname op de hoogte van medische gegevens 1	Behandeling op elkaar afgestemd 1
Spearman's rho	domeinscore tegenstrijdige informatie	Correlation Coefficient	1,000	,015	-,251	-,076	-,277
		Sig. (2-tailed)		,911	,089	,712	,069
		N	65	60	47	26	44
	Gegevens bij een bezoek aan een zorgverlener beschikbaar 1	Correlation Coefficient	,015	1,000	,147	,237	,382
		Sig. (2-tailed)	,911		,253	,199	,011
		N	60	88	62	31	43
	Was apotheker op de hoogte van situatie 1	Correlation Coefficient	-,251	,147	1,000	,262	,328
		Sig. (2-tailed)	,089	,253		,177	,072
		N	47	62	66	28	31
	Bij opname op de hoogte van medische gegevens 1	Correlation Coefficient	-,076	,237	,262	1,000	,166
		Sig. (2-tailed)	,712	,199	,177		,496
		N	26	31	28	33	19
	Behandeling op elkaar afgestemd 1	Correlation Coefficient	-,277	,382	,328	,166	1,000
		Sig. (2-tailed)	,069	,011	,072	,496	
		N	44	43	31	19	46
	domeinscore uitlegmedgebruik	Correlation Coefficient	-,055	,161	,404	,100	,227
		Sig. (2-tailed)	,663	,141	,001	,584	,135
		N	65	85	65	32	45
	domeinscore begrijpelijkheid	Correlation Coefficient	-,186	,115	,540	,121	,583
		Sig. (2-tailed)	,151	,329	,000	,525	,000
		N	61	74	55	30	43
	domeinscore autonomie	Correlation Coefficient	,032	,155	,110	,112	,244
		Sig. (2-tailed)	,817	,209	,442	,562	,135
		N	56	67	51	29	39
	domeinscore probleemtoegankelijkheid	Correlation Coefficient	-,020	-,040	,287	,033	-,237
		Sig. (2-tailed)	,929	,828	,147	,914	,359
		N	23	32	27	13	17
	domeinscore feitentogankelijkheid	Correlation Coefficient	-,422	,274	-,068	-,003	-,089
		Sig. (2-tailed)	,007	,057	,963	,991	,681
		N	39	49	41	20	27
	domeinscore persoonlijke situatie	Correlation Coefficient	-,208	,258	,088	,163	,528
		Sig. (2-tailed)	,104	,026	,515	,380	,000
		N	62	75	57	31	44
	domeinscore fysiotherapeut	Correlation Coefficient	-,739	-,156	,088	-,286	,455
		Sig. (2-tailed)	,004	,610	,785	,455	,186
		N	13	13	12	9	10
	domeinscore vertrouwen	Correlation Coefficient	-,439	,356	,463	,460	,599
		Sig. (2-tailed)	,000	,001	,000	,007	,000
		N	64	83	63	33	46
	domeinscore tevredenheid	Correlation Coefficient	,119	,384	,332	,302	,469
		Sig. (2-tailed)	,346	,000	,007	,093	,001
		N	65	86	64	32	46
	domeinscore afspraken bij klachten	Correlation Coefficient	,196	,158	,170	,165	,027
		Sig. (2-tailed)	,134	,177	,202	,382	,867
		N	60	75	58	30	42

Er is een significante correlatie tussen de mate van tegenstrijdige informatie die een patiënt ontvangt en het vertrouwen in de zorgverlening, $r = -.44$, $p < .001$, het advies en uitleg van de fysiotherapeut $r = -.74$, $p < .01$ en de mate van toegankelijkheid van de zorgverlening, $r = -.422$, $p < .01$. Er is een matige correlatie tussen tegenstrijdige informatie die patiënten ontvangen en de mate van aansluiting op de persoonlijke situatie, maar deze is niet significant, $r = -.21$, $p = .10$.

De beschikbaarheid van de gegevens bij een bezoek aan een zorgverlener correleren significant met de mate van aansluiting op de persoonlijke situatie van de patiënt ($r = .26$, $p < .05$), het vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverleners ($r = .36$, $p < .01$) en de mate van tevredenheid over de zorgverlening ($r = .38$, $p < .001$). De beschikbaarheid van de gegevens bij een bezoek aan een

zorgverlener correleert niet significant met de mate van ervaren toegankelijkheid van de zorg ($p = .06$), maar laat wel een correlatie zien van $r = .27$.

Het op de hoogte zijn van de situatie door de apotheker correleert significant met de uitleg over het medicatiegebruik ($r = .40, p < .01$), de begrijpelijkheid van de verkregen informatie ($r = .54, p < .001$), het vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverleners ($r = .46, p < .001$) en de tevredenheid over de zorgverlening ($r = .33, p < .01$). Er werd een matige correlatie gevonden tussen het op de hoogte zijn van de situatie van de patiënt door de apotheker en problemen met de toegankelijkheid van de zorg, maar deze relatie is niet significant ($r = .29, p = .15$).

Er is aan de patiënten gevraagd of artsen en verpleegkundigen bij opname op de hoogte waren van de medische gegevens. Deze variabele correleerde significant met het vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverleners ($r = .46, p < .01$). Er is tevens een verband aangetoond met het advies en de uitleg van de fysiotherapeut maar deze relatie is niet significant ($r = -.29, p = .46$). Ook werd er een relatie aangetoond met de tevredenheid met de zorg maar ook deze relatie is niet significant ($r = .30, p = .09$).

De afstemming van de behandelingen op elkaar, zoals ervaren door patiënten, correleerde significant met de begrijpelijkheid van de uitleg die er gegevens werd door de zorgverleners ($r = .58, p < .001$), de afstemming op de persoonlijke situatie van de patiënt ($r = .53, p < .001$), het vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverleners ($r = .60, p < .001$) en de tevredenheid met de zorg ($r = .47, p = .001$). Tevens werden er matige tot goede correlaties gevonden tussen de afstemming van de behandelingen en het advies en uitleg over het medicatiegebruik ($r = .23$), de mate van autonomie of zelfbeschikkingsrecht van de patiënt ($r = .24$), problemen met de toegankelijkheid van zorg ($r = -.24$) en de uitleg en advies van de fysiotherapeut ($r = .46$) maar waren niet significant (respectievelijk: $p = .14, p = .14, p = .36, p = .19$).

Tabel 4.4 Door middel van een point-biserial correlatie¹⁰ is er gekeken naar de relatie tussen het dichotome item over het feit of andere zorgverleners de uitslagen van onderzoeken hebben gekregen en de diverse aspecten van kwaliteit van zorg. De richting van het verband moet bij deze toets genegeerd worden (Field, 2009).

¹⁰ Een point-biserial correlatie is een correlatietoets die gebruikt wordt wanneer er sprake is van een discrete dichotome variabele (Field, 2009). Discreet dichotoom wil in dit geval zeggen dat andere zorgverleners wel of niet (ja of nee) de uitslagen hebben gekregen, 'een beetje' is niet mogelijk.

		Hebben anderen uitslag van onderzoek gekregen	Behandeld door vervanger 1	domeinscore uitlegmedgebruik	domeinscore begrijpelijkheid
Hebben anderen uitslag van onderzoek gekregen	Pearson Correlation	1	-,230	-,095	,114
	Sig. (2-tailed)		,316	,690	,622
	N	21	21	20	21
Behandeld door vervanger 1	Pearson Correlation	-,230	1	-,166	,059
	Sig. (2-tailed)	,316		,119	,608
	N	21	91	89	77
domeinscore uitlegmedgebruik	Pearson Correlation	-,095	-,166	1	,501
	Sig. (2-tailed)	,690	,119		,000
	N	20	89	91	78
domeinscore begrijpelijkheid	Pearson Correlation	,114	,059	,501	1
	Sig. (2-tailed)	,622	,608	,000	
	N	21	77	78	79
domeinscore autonomie	Pearson Correlation	,116	,034	,390	,403
	Sig. (2-tailed)	,616	,781	,001	,001
	N	21	70	70	69
domeinscore probleemtoegankelijkheid	Pearson Correlation	. ^a	-,113	-,152	-,211
	Sig. (2-tailed)	,000	,519	,375	,271
	N	8	35	36	29
domeinscore feit toegankelijkheid	Pearson Correlation	,561	-,022	,070	,076
	Sig. (2-tailed)	,030	,875	,614	,614
	N	15	53	54	46
domeinscore persoonlijke situatie	Pearson Correlation	,221	-,125	,478	,534
	Sig. (2-tailed)	,322	,276	,000	,000
	N	21	78	79	77
domeinscore fysiotherapeut	Pearson Correlation	,256	,187	,158	,334
	Sig. (2-tailed)	,742	,523	,589	,264
	N	4	14	14	13
domeinscore vertrouwen	Pearson Correlation	,296	,019	,477	,666
	Sig. (2-tailed)	,202	,859	,000	,000
	N	21	86	86	78
domeinscore tevredenheid	Pearson Correlation	-,275	-,104	,410	,375
	Sig. (2-tailed)	,228	,334	,000	,001
	N	21	89	89	78
domeinscore afspraken bij klachten	Pearson Correlation	-,120	-,138	,421	,266
	Sig. (2-tailed)	,603	,231	,000	,021
	N	21	77	77	75

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

Er is een significante correlatie tussen het verkrijgen van onderzoeksuitslagen door andere zorgverleners en feiten over de toegankelijkheid van zorg ($r = .56, p < .05$). Daarnaast zijn er enkele matige tot goede correlaties aangetoond maar deze zijn niet significant. Dit betreffen de correlaties tussen het verkrijgen van onderzoeksuitslagen door andere zorgverleners en aansluiting op de persoonlijke situatie van de patiënt ($r = .23, p = .32$), het advies en uitleg van de fysiotherapeut ($r = .26, p = .74$), het vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverleners ($r = .29, p = .20$) en de tevredenheid met de zorgverlening ($r = -.28, p = .23$).

Het item dat aangeeft of patiënten wel eens behandeld zijn door een vervanger, leverde geen significante en/of noemenswaardige correlaties met de diverse aspecten van kwaliteit van zorg op.

4.2.4 Deelvraag 4

→ Deelvraag 4:

4.1: Worden continuïteit en kwaliteit van zorg door mannelijke patiënten anders ervaren dan door vrouwelijke patiënten?

Tabel 4.5 In deze tabel staan de resultaten van een vergelijking tussen de twee groepen op de diverse aspecten (indicatoren) van continuïteit van zorg beschreven. Er is hiervoor gebruik gemaakt van drie verschillende niet-parametrische toetsen. De keuze voor de analysemethoden staan toegelicht in hoofdstuk 3. Eventuele significante verschillen staan omcirkeld in de laatste kolom.

Mann-Whitney toets over variabelen:	N man	GEM. RANGSCORE man		N vrouw	GEM. RANGSCORE vrouw		Z	P	
Uitleg medicatiegebruik	75	45,99		16	46,06		-0,01	> .05	
Begrijpelijkheid uitleg voor patiënt	62	38,90		17	44,03		-0,83	> .05	
Autonomie of zelfbeschikkingsrecht	57	36,67		14	33,29		-0,56	> .05	
Problemen met toegankelijkheid	31	18,39		5	19,20		-0,23	> .05	
Feiten over toegankelijkheid	46	27,83		8	25,63		-0,38	> .05	
Aansluiting op persoonlijke situatie	64	40,98		16	38,59		-0,37	> .05	
Afspraken bij verergering klachten	62	39,56		17	41,62		-0,36	> .05	
Vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverleners	71	43,60		17	48,26		-0,72	> .05	
Informatieve continuïteit – gegevens beschikbaar	74	44,72		14	43,36		-0,33	> .05	
Informatieve continuïteit – apotheker op de hoogte	55	32,61		11	37,95		-1,01	> .05	
Informatieve continuïteit – bij opname op de hoogte	28	16,55		5	19,50		-0,76	> .05	
Management continuïteit	55	32,47		10	35,90		-0,64	> .05	
Management continuïteit – behandeling op elkaar afgestemd	37	24,50		9	19,39		-1,20	> .05	
Fishers Exact test over variabele:	N man	N vrouw						P	
Informatieve continuïteit – anderen uitslag gekregen	15	6						> .05	
Relationele continuïteit – behandeld door vervanger	76	15						> .05	
T-toets over variabelen	N man	M man	SD man	N vrouw	M vrouw	SD vrouw	DF	t	P
Advies en uitleg fysiotherapeut	13	1,81	1,11	1	2	/	12	-0,17	> .05
Patiënttevredenheid	75	8,32	1,08	17	8,33	1,20	90	-0,06	> .05

Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de ervaren continuïteit en kwaliteit van zorg door mannen en vrouwen.

4.2: Worden continuïteit en kwaliteit van zorg anders ervaren door patiënten met verschillende opleidingsniveaus?

Tabel 4.6 Hier staan de resultaten van een Kruskal-Wallis toets (niet parametrische toets voor de vergelijking tussen een afhankelijke en meer dan twee onafhankelijke variabelen) weergegeven. Het opleidingsniveau is een weergave van de hoogst voltooide opleiding.

Kruskal-Wallis toets over variabelen:	N	DF	X ²	P
Uitleg medicatiegebruik	84	8	4,32	> .05
Begrijpelijkheid uitleg voor patiënt	72	7	3,31	> .05
Autonomie of zelfbeschikkingsrecht	65	7	11,33	> .05
Problemen met toegankelijkheid	32	7	7,86	> .05
Feiten over toegankelijkheid	48	7	7,04	> .05
Aansluiting op persoonlijke situatie	73	7	4,46	> .05
Afspraken bij verergering klachten	73	7	3,14	> .05
Vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverleners	80	7	8,50	> .05
Advies en uitleg fysiotherapeut	12	5	7,32	> .05
Patiënttevredenheid	84	8	6,48	> .05
Informatieve continuïteit – gegevens beschikbaar	83	7	4,43	> .05
Informatieve continuïteit – apotheker op de hoogte	61	7	8,24	> .05
Informatieve continuïteit – bij opname op de hoogte	28	6	4,30	> .05
Management continuïteit	58	6	2,50	> .05
Management continuïteit – behandeling op elkaar afgestemd	42	6	7,74	> .05

Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen de ervaren continuïteit en kwaliteit van zorg en opleidingsniveau. (Van de variabelen ‘informatieve continuïteit – anderen uitslag gekregen’ en ‘relationele continuïteit – behandeld door vervanger’ staan de uitkomsten niet weergegeven. Deze variabelen zijn door middel van chi-kwadraattoetsen vergeleken met het opleidingsniveau maar hadden een te lage celfrequentie voor een betrouwbare uitkomst.)

4.3: Worden continuïteit en kwaliteit van zorg anders ervaren door patiënten met een meer of minder ernstige vorm van hartfalen?

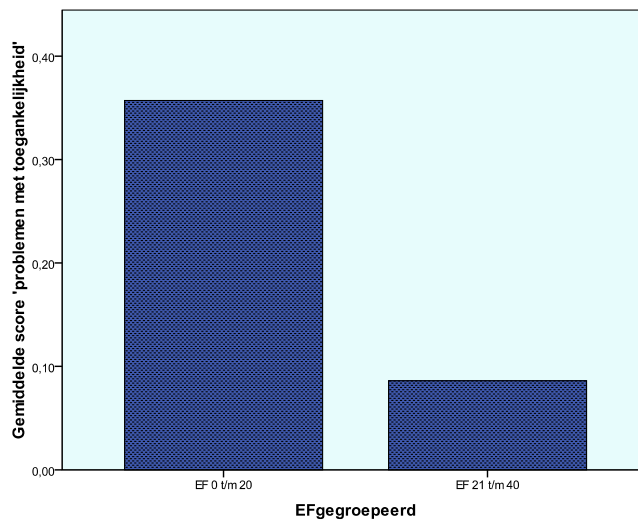
Tabel 4.7 In deze tabel staan de resultaten van diverse toetsen weergegeven (afhankelijk van data) waarin nagegaan is of de continuïteit en kwaliteit van zorg anders ervaren wordt door patiënten die een meer of minder ernstige vorm van hartfalen hebben. De ernst van de aandoening, gemeten in EF, is gegroepeerd weergegeven in EF 1 t/m 20 en EF 21 t/m 40.

Mann-Whitney toets over variabelen:	N EF 1 t/m 20	GEM. RANGSCORE EF 1 t/m 20		N EF 21 t/m 40	GEM. RANGSCORE EF 21 t/m 40		Z	P	
Uitleg medicatiegebruik	15	43,40		76	46,51		-.43	> .05	
Begrijpelijkheid uitleg voor patiënt	13	32,50		66	41,48		-1.32	> .05	
Autonomie of zelfbeschikkingsrecht	13	33,00		58	36,67		-.59	> .05	
Problemen met toegankelijkheid	7	24,93		29	16,95		-2.61	< .01	
Feiten over toegankelijkheid	8	30,00		46	27,07		-.51	> .05	
Aansluiting op persoonlijke situatie	14	36,18		66	41,42		-.77	> .05	
Afspraken bij verergering klachten	12	45,58		67	39,00		-1.00	> .05	
Vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverleners	14	40,54		74	45,25		-.68	> .05	
Informatieve continuïteit – gegevens beschikbaar	13	49,50		75	43,63		-1.39	> .05	
Informatieve continuïteit – apotheker op de hoogte	10	34,00		56	33,41		-.11	> .05	
Informatieve continuïteit – bij opname op de hoogte	5	22,50		28	16,02		-1.66	> .05	
Management continuïteit	12	33,63		53	32,86		-.15	> .05	
Management continuïteit – behandeling op elkaar afgestemd	10	26,95		36	22,54		-1.08	> .05	
T-toets over variabelen	N EF 0 t/m 20	M EF 0 t/m 20	SD EF 0 t/m 20	N EF 21 t/m 40	M EF 21 t/m 40	SD EF 21 t/m 40	DF	t	P
Advies en uitleg fysiotherapeut	2	0	0	12	2,13	0,80	12	-3,63	< .001
Patiënttevredenheid	14	8,37	1,05	14	8,31	1,12	90	.17	> .05
Fishers Exact test over variabele:	N EF 0 t/m 20	N EF 21 t/m 40						P	
Informatieve continuïteit – anderen uitslag gekregen	1	20						> .05	
Relationele continuïteit – behandeld door vervanger	15	76						> .05	

Door middel van een Mann-Whitney test is er een significant verschil aangetroffen tussen de ernst van de aandoening (gemeten in EF) en problemen met de toegankelijkheid van zorg (N= 36 , U=56,50 , Z= -2,61, r= -.43) De ernst van de aandoening kon niet goed vergeleken worden met het advies en de uitleg van de fysiotherapeut in verband met een te klein aantal (N=2).

Patiënten met een slechtere gezondheidstoestand (minder goede pompfunctie van het hart) ervaren significant meer problemen met de toegang tot de zorgverlening dan patiënten met een minder slechte

gezondheidstoestand (betere pompfunctie, doch laag in vergelijking met mensen die geen hartfalen hebben). Deze bevinding moet wel met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, aangezien er sprake van $N = 7$ in de groep patiënten met een $EF < 20$.



Figuur 4.12: vergelijking gemiddelde scores van patiënten met een lage en zeer lage ejectiefractie op 'ervaren problemen met toegankelijkheid'.

5. Conclusie en discussie

5.1 Conclusie en discussie met betrekking tot resultaten

In het vorige hoofdstuk staan de resultaten van het onderzoek beschreven. In het kort weergegeven is het resultaat dat er nagenoeg geen significante verschillen zijn gevonden in de ervaren continuïteit en kwaliteit van zorg door patiënten die gebruikelijke zorg ontvangen en patiënten die zorg van het interventieprogramma ontvangen. Tevens zijn in de resultatensectie diverse significante relaties gevonden tussen continuïteit en kwaliteit van zorg. Deze resultaten worden in dit hoofdstuk besproken.

Een belangrijk resultaat is dat er geen significant verschil is tussen de kwaliteit van zorg zoals ervaren door patiënten die zorg van het interventieprogramma ontvangen en patiënten die een gebruikelijke wijze van zorg ontvangen. Er werd bij aanvang van dit onderzoek wel een effect verondersteld. Er is getoetst op 10 aspecten van kwaliteit van zorg te weten: uitleg over medicatiegebruik, de begrijpelijkheid van de uitleg (algemeen), autonomie of zelfbeschikkingsrecht van de patiënt, toegang tot zorg, problemen met toegang tot zorg, aansluiting op de persoonlijke situatie van de patiënt, vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverlener, tevredenheid met de zorg, gemaakte afspraken als klachten verergeren en advies en uitleg van de fysiotherapeut. Op geen van deze indicatoren is een significant verschil tussen beide groepen waargenomen.

Het gerelateerde aspect, de continuïteit van zorg, laat op itemniveau een significant verschil zien tussen de beide groepen op de indicator ‘behandeld door vervanger’. De interventiegroep heeft de afgelopen zes maanden vaker met een vervangend behandelaar te maken gehad dan de controlegroep. Dit lijkt eerder een bevinding die als incidenteel dan structureel opgevat moet worden, in verband met ziekte van een cardioloog. De behandeling door een vervanger hoeft niet per definitie een probleem te zijn voor de continuïteit van zorg, wat tevens bleek uit de vraag ‘was het voor u een probleem om door een vervanger behandeld te worden?’ Hierop antwoordde bijna 90% geen problemen te hebben met een vervangend behandelaar, 10% gaf aan er een klein probleem te ervaren. De antwoordmogelijkheid ‘groot probleem’ werd niet benut.

Het nagenoeg niet aan kunnen tonen van betere ervaringen met zowel continuïteit als kwaliteit van de zorg door de interventiegroep, betekent niet per definitie dat de interventie niet werkt. Want een ander transmuraal verpleegkundig programma bekeken door Smeenk, de Witte, Nooyen en Crebolder (2000) bleek wel effectief op ander gebied maar ook niet op het gebied van patiëntenervaringen. Vanuit het oogpunt van Pawson en Tilley (1997) kan de vraag gesteld worden of patiënten wel zozeer de continuïteit van zorg ervaren en of zij dit überhaupt moeten ervaren. Is het geen werk dat ‘achter de schermen’ gebeurt? Het feit dat patiënten het niet ‘meekrijgen’ wil nog niet zeggen dat het er niet is.

Een soortgelijke bevinding werd omschreven door het RIVM (2003). In het rapport 'afstemming in de zorg' geeft zij aan dat ongeveer 60% niet weet of zorgverleners onderling afstemming hebben gehad over de behandeling of dat er geen afstemming is geweest. Dit kan een reden zijn voor het niet aan kunnen tonen van een effect van continuïteit van zorg op patiëntenervaringen, omdat patiënten dit dus mogelijk niet bewust meekrijgen.

Dit ligt voor de kwaliteit van zorg wat anders, zoals ook Donabedian (2005) stelt. Kwaliteit van zorg moet immers gezien worden als aspecten van de zorgverlening die de maatschappij op dat moment belangrijk vindt. De discrepantie tussen de beoogde aspecten zoals genoemd in de handleiding voor de CQ-index en de uitkomsten van de factoranalyse kunnen een rol hebben gespeeld in het niet aan kunnen tonen van significante verschillen tussen beide groepen op het gebied van kwaliteit van zorg. Om zo volledig mogelijk na te gaan wat voor de betreffende patiëntengroep belangrijk is voor de kwaliteit van zorg, had mogelijk vooraf een kwalitatief verkennend onderzoek uitgevoerd kunnen worden. Deze optie wordt tevens genoemd in de handleiding voor de CQ-index (Sixma et al., 2008). Een verkennende studie voorafgaand aan het maken van de vragenlijsten behoorde niet tot de mogelijkheden vanwege het kosten- en tijdsaspect.

Er is dus nagenoeg geen effect aangetoond op het gebied van patiëntenervaringen, wel zijn er diverse correlaties gevonden tussen continuïteit en kwaliteit van zorg. Dit kan de relatie tussen deze twee concepten verduidelijken. Zo blijkt dat management continuïteit, gemeten aan de hand van verkregen tegenstrijdige informatie, negatief correleert met het vertrouwen in de zorgverlening. Dat wil zeggen dat een hoge mate van tegenstrijdige informatie samenhangt met een lage mate van vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverlening. Wanneer patiënten een hoge mate van tegenstrijdige informatie ervaren, wordt tevens een lage mate van advies en uitleg van de fysiotherapeut ervaren, een minder goede toegankelijkheid van de zorgverlening en in mindere sterke mate tevens een minder goede aansluiting op de persoonlijke situatie. Het feit dat deze laatste variabele wel een correlatie van $> .2$ had maar niet significant was, kan bijvoorbeeld komen doordat de ervaringen bij verschillende zorgverleners gemeten worden. De ene zorgverlener kan aansluitend advies geven en een andere zorgverlener kan tegenstrijdig en mogelijk dus niet aansluitend advies geven. Gemiddeld genomen wordt er dan wel een licht verband aangetoond maar niet groot genoeg om significant te zijn. Deze verklaring gaat op voor meerdere variabelen waarbij tevens een correlatie van $> .2$ is aangetoond die niet significant bleek. Aan de hand van bovenstaande bevindingen kan gesteld worden dat er inderdaad een relatie is tussen continuïteit en kwaliteit van zorg. Want een slechte management continuïteit van zorg, dat wil in dit geval zeggen het krijgen van veel tegenstrijdige informatie, gaat gepaard met een verminderde kwaliteit van zorg. Doordat er geen longitudinale meting heeft plaatsgevonden, maar er slechts één meetmoment is geweest, is het lastig om er veel meer over te zeggen dan dat er een correlatie was tussen de aspecten.

De resultaten op itemniveau ondersteunen bovenstaande bevindingen en verklaringen. Omdat de

beperkte ruimte een volledige uitwerking hier niet toelaat worden deze hier niet verder behandeld. Significante en/ of noemenswaardige correlaties kunnen terug gevonden worden in de resultatensectie.

Andere significante uitkomsten waren de verschillen tussen de ernst van de aandoening en problemen met de toegang tot zorg. Deze variabele ('problemen met toegang tot zorg') werd gemeten aan de hand van vragen over de bereikbaarheid overdag en 's nachts en het verkrijgen van een verwijzing voor een andere zorgverlener. Patiënten met een slechtere gezondheidstoestand (minder goede pompfunctie van het hart) ervaren significant meer problemen met de toegang tot de zorgverlening dan patiënten met een minder slechte gezondheidstoestand (betere pompfunctie, doch laag in vergelijking met mensen die geen hartfalen hebben). Deze bevinding moet wel met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, aangezien er sprake van $N = 7$ in de groep patiënten met een $EF < 20$.

5.2 Reflectie op het onderzoek

De vragenlijsten die gebruikt zijn voor dit onderzoek (gebaseerd op CQ-vragenlijsten), hebben tot doel klantenervaringen in de zorg met betrekking tot kwaliteit te meten. Deze vragenlijsten hanteren standaard vierpuntschalen. Dit heeft voor dit onderzoek, waarbij gebruik is gemaakt van deze vragenlijsten met vierpuntsschalen, tot gevolg gehad dat er hoofdzakelijk niet-parametrische toetsen zijn gebruikt: enerzijds door ordinale data en anderzijds door niet-normale verdelingen in de data. Het nadeel van niet-parametrische toetsen is dat ze een onjuiste nulhypothese minder snel verwerpen, ze zijn minder 'krachtig' (De Vocht, 2009). Een soortgelijk onderzoek met (minstens) vijfpunts Likertschalen levert wellicht andere (meer significante) resultaten op. Er moet in dat geval wel afgestapt worden van de CQI-werkwijze, aangezien deze zich hier niet op baseert.

De indeling van Haggerty et al. (2003) naar informatieve continuïteit, management continuïteit en relationele continuïteit kon niet geheel nagestreefd worden in dit onderzoek. Aan de hand van de reeds bestaande vragenlijsten waar gebruik van gemaakt kon worden, is slechts de variabele 'management continuïteit' onderscheiden waarin drie items met betrekking tot tegenstrijdige informatie zijn opgenomen. De andere variabelen zijn op itemniveau bekeken, nadat deze op basis van theoretische gronden zijn ingedeeld bij één van de drie vormen van continuïteit van zorg. Het is mogelijk dat dit onderscheid in een andere operationalisatie wel naar voren zou zijn gekomen, omdat er immers wel verschillende vormen van continuïteit van zorg omschreven worden door de betreffende organisatie¹¹. Om toch een indruk te krijgen van wat de andere items met betrekking tot continuïteit van zorg hebben gemeten, is er tevens een analyse op itemniveau van de betreffende items gedaan.

Om een nog beter beeld te krijgen van patiëntenervaringen is het goed om te weten wat patiënten belangrijk vinden. Dit komt overeen met het advies van Sixma et al. (1998). Zij hebben een

¹¹ Zie bladzijde 8

conceptueel raamwerk opgesteld waarmee dit kan worden bewerkstelligd. Het raamwerk is gestoeld op de zorgverlening op een bepaald moment, het belang dat de patiënt hieraan hecht en wat de impact van de zorgverlening is. Maar specifieke kwaliteitsindicatoren voor bepaalde aandoeningen zijn nog in ontwikkeling. Een soortgelijke bevinding werd eerder in dit hoofdstuk benoemd. Ook werd hierbij benoemd dat een mogelijke oplossing een verkennend kwalitatief onderzoek zou zijn geweest, maar dat dit door het kosten- en tijdsaspect helaas niet mogelijk was.

Dit onderzoek, als deelonderzoek van een groter geheel, had in sommige gevallen te kampen met een lage N. Dit heeft te maken gehad met het feit dat de ejectionfractie, één van de selectiecriteria, niet bij alle patiënten is gemeten van de twee ziekenhuizen van waaruit de interventiegroep en de controlegroep is voortgekomen.

5.3 Pawson en Tilley

Wanneer de gedachtegang van Pawson en Tilley (1997) wordt gevolgd is het goed om over een aantal zaken na te denken. Er is bijvoorbeeld nagenoeg geen significant effect aangetoond op de ervaren continuïteit en ervaren kwaliteit van zorg, veroorzaakt door de interventiegroep.

Dit kan worden veroorzaakt doordat de interventie niet werkt en/ of doordat de continuïteit en kwaliteit in de controlegroep ook als goed ervaren worden. In beide gevallen zal de interventie zich niet onderscheiden. Wanneer er gekeken wordt naar de data lijkt er in ieder geval sprake te zijn van de laatste veronderstelling. Patiënten zijn ook in de controlegroep erg tevreden over de zorgverlening, ervaren weinig problemen en hebben algemeen gezien goede ervaringen met de zorgverlening. Wellicht is de veronderstelling dat de continuïteit en kwaliteit van zorg te wensen overlaat, helemaal niet van toepassing op de controlegroep en hebben de betreffende instellingen de continuïteit en kwaliteit van zorg goed gewaarborgd.

Het niet aan kunnen tonen van een significant verschil tussen beide groepen hoeft niet te betekenen dat het interventieprogramma niet werkt. Het is mogelijk dat continuïteit en kwaliteit van zorg in mindere mate 'ervaren' wordt dan verondersteld. Aangezien deze veronderstelling al bestond en is aangetoond door verschillende onderzoeken, is het verstandig om daar rekening mee te houden.

De conclusie is dan dat patiëntenervaringen belangrijk zijn om mee te nemen in onderzoek, maar dat de beoordeling van het al dan niet doen slagen van een interventieprogramma hier niet van moet afhangen. Het meer omvangrijke onderzoekproject meet naast diverse andere aspecten ook gezondheidsaspecten op langere termijn. Deze longitudinale meting laat wellicht wel significante resultaten op het gebied van gezondheid zien, wat indirect verband heeft met ervaringen (oftewel de uitwerkingen van de interventie op de patiënt) Het is interessant om na te gaan of de perceptie van patiënten dan overeenkomt met de gemeten gezondheidstoestand.

Patiëntenervaringen zijn bij voorbaat niet erg generaliseerbaar, volgens de denkwijze van Pawson en Tilley (1997). Want ervaringen en ideeën over wat wel en niet goed is, verschillen met de tijd. Nu

stellen patiënten het bijvoorbeeld op prijs dat de zorgverleners volledig op de hoogte zijn hun situatie, maar wellicht zijn patiënten over vijftig jaar wel dusdanig gesteld op hun privacy dat het compleet op de hoogte zijn van hun situatie door zorgverleners als bemoeienis wordt gezien. Zo werd de autoriteit van de arts lange tijd als vanzelfsprekend gezien, bovendien werd er niet getwijfeld aan zijn kennis en kunde. Met de opkomst van de toegang tot diverse informatiebronnen zoals internet zijn patiënten min of meer van dit idee afgestapt. Niet langer wordt een arts onvoorwaardelijk in zijn oordeel geloofd (Duyvendak, Knijn & Kremer, 2006).

5.4 Aanbevelingen

De data waar gebruik van zijn gemaakt voor dit onderzoek, zijn specifiek voortgekomen uit en gericht op het meten van klantenervaringen in de zorg. Uitkomsten worden hiervoor veelal beschrijvend weergegeven. De systematiek van deze werkwijze, de zogenaamde CQ-index, leent niet zich altijd vlekkeloos voor een onderzoek zoals deze, waar er getracht wordt conclusies te trekken.

De aanbeveling voor vervolgonderzoek is om het onderzoek te herhalen met een groter aantal respondenten (bijvoorbeeld uit diverse ziekenhuizen omdat er immers geen prestaties hoeven te worden verantwoord, wanneer er afgestapt wordt van de CQI- werkwijze) en minstens vijfpuntsschalen (Likert) te hanteren (Guerrero & Munoz, 2003), waardoor er gebruik gemaakt kan worden van parametrische toetsen en de data naar verwachting beter normaal verdeeld zullen zijn.

Het doen van aanbevelingen voor de praktijk aan de hand van de bevindingen van dit onderzoek is hier niet op zijn plaats. Daar zal het meer omvangrijke evaluatieproject ‘integrale ketenzorg’ voor dienen.

6. Literatuurlijst

- Baan, C.A., van Baal, P.H.M., Jacobs-van der Bruggen, M.A.M., Verkley, H., Poos, M.J.J.C, Hoogenveen, R.T., Schoemaker, C.G. (2009) Diabetes mellitus in Nederland: schatting van de huidige ziektelast en prognose voor 2025. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 153: A580
- Benson, L. (2006) Healthcare systems: an overview of health service provision and service delivery. In: K. Walshe, J. Smith, (eds), *Healthcare Management* (p.53-72). Berkshire/ New York: Open University Press
- Boeije, H., 't Hart, H., Hox, J. (2009) *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: BoomOnderwijs
- Calsbeek, H., Rosendal, H. (2007) Waarom ketenzorg zo moeizaam van de grond komt: de slaag- en faalfactoren. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice* 5 (5) p. 4-7
- CBO (2010) Multidisciplinaire richtlijn hartfalen.
- Van Damme (2010) Innovatie, organisatie en integrale bekostiging van chronische zorg. *Bijblijven* 26 (8) p. 20-25
- Delnoij, D., Sixma, H. (2006) *Naar een 'CAHPS organisatie in Nederland*. Utrecht: NIVEL
- Donabedian, A. (2005) Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Quartely* 83 (4) p. 691-729
- Duyvendak, J.W., Knijn, T., Kremer, M. (Eds.). (2006) *Policy, People, and the New Professional. De-professionalisation and Re-professionalisation in Care and Welfare*. Amsterdam: University Press
- Field, A. (2009) *Discovering statistics using SPSS*. Londen/ New Delhi: Sage Publications
- Grady, K.L., Dracup, K., Kennedy, G. et al. (2000) Team management of patients with heart failure. A statement of health care professionals from the cardiovascular nursing council of the American Heart Association. *Circulation* 102 (19) 2443-2456
- Guerrero, R.M., Munoz, H.M. (2003) Appropriateness of statistical analysis. *Am. J Health-Syst Pharm* 60 (15) p. 1912
- Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., McKendry, R. (2003) Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal* 327 p. 1219-1221
- Helsloot, R., Timmermans, A. (2009). Functionele bekostiging en integrale zorg: de waarde van lijnen. *Huisarts en Wetenschap* 52 (7) p. 358-359
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003) Staat van de Gezondheidszorg 2003. Deelrapport onderzoek naar ketenzorg bij chronisch hartfalen. Den Haag: IGZ

- Jenkinson, C., Coulter, A, Bruster, S. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care 11* p. 335-339
- Kodner, D.L., Spreeuwenberg, C. (2002) Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*. Retrieved from www.ijic.org at february 21, 2011
- De Loor, S., Jaarsma, T. (2002) Nursed-managed heart failure programmes in the Netherlands. *European Journal of Cardiovascular Nursing 1(2)* p. 123-129
- McAlister, F., Lawson, F., Teo, K., Armstrong, P. (2001) A Systematic Review of Randomized Trials of Disease Management Programs in Heart Failure. *Am J Med.* 1 (110) p. 378- 384
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007) Arbeidsmarktbrief 2007. Werken aan de zorg. Den Haag: VWS
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008a) *Programmatistische aanpak van chronisch zieken*. Den Haag: VWS
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2008b) *De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging*. Den Haag: VWS
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2010) *Visiedocument integrale zorg in de eigen omgeving: de toekomst van chronische zorg en de huidige eerste lijn*. Den Haag: VWS
- Naslagwerk van de organisatie (interne vertrouwelijke notitie)
- Nutting, P.A., Goodwin, M.A., Flocke, S.A., Zyzanski, S.J., Stange, K.C. (2003) Continuity of Primary Care: To Whom Does It Matter and When? *Ann Fam Med 1 (3)* p. 149-155
- Pawson, R., Tilley, N. (1997) *Realistic Evaluation*. Londen/ New Delhi: Thousand Oaks/ Sage Publications
- Preston, C., Cheater, F., Baker, R. Hearnshaw, H. (1999) Left in limbo: patients' views on care across the primary/ secondary interface. *Qual Health Care 8* p. 16-21
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008) *Schaal en Zorg*. Den Haag: RVZ
- Rich, M.W. (1999) Heart failure disease management: a critical review. *Journal of Cardiac Failure 5 (1)* 64-75
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2003) Afstemming in de zorg. Een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Bilthoven: RIVM
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2007) *Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025*. Bilthoven: RIVM
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2008) *Zorgbalans 2008: de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*. Bilthoven: RIVM

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2009) *Zorg voor hartfalen zonder falen. Indicatoren voor toezicht op de hartfalenketen*. Bilthoven: RIVM

Ros, W.J.G. (1990) *Sociale steun bij kankerpatiënten*. Utrecht: thesis dissertatie UU

Ros, W.J.G. (2011) *Project evaluatie integrale ketenzorg*. Utrecht: UMC

Schrijvers, G., Spreeuwenberg, C., van der Laag, H., Rutten, G., Nabarro, G., Schene, A., van der Linden, B., Acampo, M. (2005) *Disease Management in de Nederlandse Context*. Utrecht: Utrecht Igitur

Sensky, T., Catalan, J. (1992) Asking patients about their treatment. *British Medical Journal* 305 1109-1110

Sixma, H., Hendriks, M., de Boer, D., Delnoij, D. (2008) *Handboek CQI Ontwikkeling: richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQI instrument*. Utrecht: Nivel

Sixma, H.J., Kerssens, J.J., van Campen, C., Peters, L. (1998) Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations* 1 p. 82-95

Van Servellen, G., Fongwa, M., Mockus D'Errico, E. (2006) Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nursing and Health Sciences* 8 p. 185-195

Smeenk, F.W.J.M., de Witte, L.P., Nooyen, I.W.C.J., Crebolder, H.F.J.M. (2000) Effects of transmural care on coordination and continuity of care. *Patient Education and Counseling* 41 p. 73-81

De Vocht, A. (2009) *Basishandboek SPSS 17. Statistiek met SPSS statistics 17*. Utrecht: Bijleveld press

Wagner, E.H. (1998) Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness. *Eff Clin Pract* 1 p.2-4

Walshe, K., Smith, J. (2006) Introduction: the current and future challenges of healthcare management. In: K. Walshe, J. Smith, (eds), *Healthcare Management* (p.1-9). Berkshire/ New York: Open University Press

Wolfe, L. (1993) A Model System. Integration of Services for Cancer Treatment. *Cancer* 72 (11) p. 3525- 3530

Websites:

www.cbo.nl/thema/Ketenzorg

<http://www.centrumklantervaringzorg.nl/wat-is-de-cq-index.html>

In deze bijlage staan de items omschreven die na een item- en factoranalyse zijn opgenomen in het onderzoek.

Op de zogenoemde ervaringsvragen konden respondenten antwoorden met nooit (0), soms (1), meestal (2) of altijd (3) of nee, helemaal niet (0), een beetje (1), grotendeels (2) of altijd (3). Op de probleemvragen kon geantwoord worden door te kiezen voor 'een groot probleem' (2), 'een klein probleem' (1) of 'geen probleem' (0). De antwoordmogelijkheden behorende bij de dichotome items waren ja of nee. De antwoordmogelijkheden bij vragen naar een cijfer waren 0 tot en met 10, waarbij een 0 stond voor heel slechte zorg en 10 voor uitstekende zorg.

Continuïteit van zorg

Management continuïteit. $\alpha = .78$

- Gaven uw zorgverleners u tegenstrijdige informatie?
- Gaven uw zorgverleners u tegenstrijdige informatie of advies over medicijnen?
- Gaven uw zorgverleners u tegenstrijdige informatie of adviezen over bewegen?

Het volgende item is als 'losse' variabele meegenomen in de analyse:

- Vond u dat de behandelingen door verschillende zorgverleners op elkaar afgestemd waren?

Omdat er maar één schaal toegekend kon worden aan continuïteit van zorg, maar er wel meerdere items het concept 'continuïteit' betroffen, zijn deze op itemniveau meegenomen in de analyse. Het betreft de volgende items voor *informatieve continuïteit*:

- Waren uw gegevens bij een bezoek aan een zorgverlener beschikbaar?
- Was de apotheker/ assistent op de hoogte van uw situatie?
- Waren de artsen en verpleegkundigen bij opname op de hoogte van uw medische gegevens?
- Hebben andere zorgverleners waar u mee te maken had de uitslagen van uw onderzoek gekregen?
(dichotoom)

En de volgende items voor *relationele continuïteit*:

- Kwam het wel eens voor dat u niet door uw vaste zorgverlener behandeld werd maar door een vervanger?
(dichotoom)

Kwaliteit van zorg

Uitleg over medicatiegebruik. $\alpha = .70$

- Heeft u uitleg gekregen van een zorgverlener waarom u uw medicijnen moet gebruiken?
- Heeft u uitleg gekregen hoe u uw medicijnen moet gebruiken?
- Heeft u uitleg gekregen over mogelijke bijwerkingen van uw medicijnen?

Begrijpelijkheid voor patiënt. $\alpha = .84$

- Legde de verpleegkundige u dingen op een begrijpelijke manier uit?
- Legde de medisch specialist u dingen op een begrijpelijke manier uit?
- Legde de apotheker/ assistent u dingen op een begrijpelijke manier uit?
- Legde uw zorgverlener u de uitslagen op een begrijpelijke manier uit?
- Legde uw zorgverlener u de adviezen over bewegen op een begrijpelijke manier uit?

Autonomie of zelfbeschikkingsrecht. $\alpha = .69$ (matig)

- Liet uw zorgverlener in de huisartspraktijk u meebeslissen over de behandeling?
- Liet de verpleegkundige u meebeslissen over uw behandeling?
- Liet de medisch specialist u meebeslissen over uw behandeling?

Problemen met toegankelijkheid. $\alpha = .77$

- Was het een probleem om overdag, tussen 9 en 5 uur, de dokterspraktijk, huisartsenpost, polikliniek of ziekenhuis telefonisch te bereiken?
- Was het een probleem om 's nachts, 's avonds of in het weekend, de dokterspraktijk, huisartsenpost, polikliniek of ziekenhuis telefonisch te bereiken?
- Was het voor u een probleem om een verwijzing te krijgen voor een andere zorgverlener?

Feiten over toegankelijkheid. $\alpha = .75$

- Als u overdag belde, hoe vaak kreeg u dan de hulp die u nodig had?
- Als u 's nachts, 's avonds of in het weekend, belde, hoe vaak kreeg u dan de hulp of raad die u nodig had?
- Als uw klachten door hartfalen erger werden, kon u dan zo snel als u wilde bij een zorgverlener terecht?

Aansluiting op persoonlijke situatie patiënt. $\alpha = .84$

- Hoe vaak hield uw zorgverlener rekening met andere medicijnen die u gebruikte?
- Gaf de verpleegkundige u advies over hoe u met de ziekte kunt omgaan in het dagelijks leven?
- Gaf de medisch specialist u advies over hoe u met de ziekte kunt omgaan in het dagelijks leven?
- Had de zorgverlener in de huisartspraktijk aandacht voor uw persoonlijke situatie?
- Had de verpleegkundige aandacht voor uw persoonlijke situatie?
- Had de medisch specialist aandacht voor uw persoonlijke situatie?
- Sloot de informatie of het advies over bewegen aan bij uw persoonlijke situatie en mogelijkheden?

Advies en uitleg fysiotherapeut. $\alpha = .73$

- Gaf de fysiotherapeut u advies over hoe u met de beperkingen kunt omgaan in het dagelijks leven
- Kreeg u uitleg van de fysiotherapeut over hoe u zelf thuis kunt toepassen?

Vertrouwen in deskundigheid zorgverleners. $\alpha = .61$

- Had u vertrouwen in de deskundigheid van de verpleegkundige?
- Had u vertrouwen in de deskundigheid van de medisch specialist?
- Had u vertrouwen in de deskundigheid van uw apotheker/ assistent?
- Had u vertrouwen in de deskundigheid van uw fysiotherapeut?

Patiënttevredenheid. $\alpha = .88$

- Welk cijfer geeft u de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners?
- Welk cijfer geeft u de zorgverlener in de huisartsenpraktijk?
- Welk cijfer geeft u de verpleegkundige?
- Welk cijfer geeft u de medisch specialist?
- Welk cijfer geeft u de apotheker?
- Welk cijfer geeft u aan het geheel aan zorg dat u krijgt?

Afspraken bij klachten. $\alpha = .72$

- Heeft de zorgverlener in de huisartspraktijk met u afspraken gemaakt over wat u moet doen als uw klachten plotseling verergeren?
- Heeft de verpleegkundige met u afspraken gemaakt over wat u moet doen als uw klachten plotseling verergeren?
- Heeft de medisch specialist met u afspraken gemaakt over wat u moet doen als uw klachten plotseling verergeren?

Deze items kenden een dichotome antwoordcategorie (ja/nee)