

# Persoonsgerichte zorg voor patiënten met multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk

Jane Murray Cramm  
Sanne Jannick Kuipers  
Anna Petra Nieboer



# Persoonsgerichte zorg voor patiënten met multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk

## **Jane Murray Cramm**

Erasmus University Rotterdam (EUR) Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)

## **Sanne Jannick Kuipers**

Erasmus University Rotterdam (EUR) Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)

## **Anna Petra Nieboer**

Erasmus University Rotterdam (EUR) Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)

## **Colofon**

Persoonsgerichte zorg voor patiënten met multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk  
Jane Murray Cramm  
Sanne Jannick Kuipers  
Anna Petra Nieboer

### **Oplage**

200

### **Uitgever**

Marketing & Communicatie ESHPM

### **Vormgeving**

[www.panart.nl](http://www.panart.nl)

### **Druk**

De Bondt Grafimedia

### **Contact**

T +31 6 19 69 32 62

E [cramm@eshpm.eur.nl](mailto:cramm@eshpm.eur.nl)

Rotterdam, februari 2019  
[www.eur.nl/eshpm](http://www.eur.nl/eshpm)

# Inhoudsopgave

<b>1. Achtergrond</b>	<b>7</b>
1.1 Persoonsgerichte zorgorganisaties	7
1.2 De acht dimensies van persoonsgerichte zorg	7
1.3 Persoonsgerichte zorg vraagt om welzijnsmanagement	9
1.4 Aanleiding project binnen de Zorggroep RCH Midden-Brabant	10
1.5 Onderzoeksvragen	10
<b>2. Mixed methods design</b>	<b>11</b>
2.1 Kwalitatief onderzoek	11
2.1.1 Analyses	11
2.2 Q-Methodologie	11
2.2.1 Analyses	11
2.3 Procesevaluatie	12
2.4 Kwantitatief onderzoek	12
2.4.1 Patiënten $T_0$ (interventie en controle)	12
2.4.2 Patiënten $T_1$ (interventie en controle)	13
2.4.3 Professionals $T_0$ (interventie en controle)	13
2.4.4 Professionals $T_1$ (interventie en controle)	13
2.4.5 Instrumenten	13
2.4.6 Analyses	14
<b>3. Resultaten</b>	<b>15</b>
3.1 Vraagstelling 1 Hoe krijgt persoonsgerichte zorg voor patiënten met multimorbiditeit volgens de betrokken professionals vorm binnen de interventie en controle praktijken?	15
3.2 Vraagstelling 2 Welke verschillende visies zijn er onder patiënten met multimorbiditeit ten aanzien van persoonsgerichte zorg?	19
3.3 Vraagstelling 3 Welke inspanningen hebben de interventiepraktijken geleverd om de zorg na aanvang van het project voor patiënten met multimorbiditeit te verbeteren?	20
3.4 Vraagstelling 4 Wat zijn de ervaringen van patiënten met multimorbiditeit en de betrokken professionals ten aanzien van persoonsgerichte zorg in de interventie en controle praktijken bij aanvang van het project en 1 jaar later?	21
3.5 Vraagstelling 5 Zijn er veranderingen in de tevredenheid met zorg en het sociaal en fysiek welzijn van patiënten met multimorbiditeit in de interventie en controle praktijken?	22
3.6 Vraagstelling 6 Wat zijn de relaties tussen (veranderingen in) persoonsgerichte zorg, tevredenheid met zorg en het sociaal en fysiek welzijn bij patiënten met multimorbiditeit?	23
3.7 Sterke en zwakke kanten	24
<b>Belangrijkste conclusies</b>	<b>25</b>
<b>Literatuur</b>	<b>27</b>
<b>Bijlage – Stellingen over persoonsgerichte zorg</b>	<b>29</b>



# 1. Achtergrond

Het gecombineerde effect van de snelle vergrijzing van de bevolking en een langere levensduur leidt tot een hogere prevalentie van chronische ziekten en een toename van het aantal patiënten met multimorbiditeit, met als gevolg tekortkomingen in de organisatie en kwaliteit van de zorgverlening. Mede door de verschuivingen die momenteel plaatsvinden in de zorg (deinstitutionalisering) komen steeds meer patiënten met complexe problematiek in de eerstelijnszorg terecht. Huisartsen geven aan dat de complexere problematiek in de spreekkamers vraagt om meer aandacht en tijd. Ook vervult de huisarts steeds meer een netwerkfunctie, complexere problematiek vraagt om meer afstemming met andere zorgverleners, informele zorgverleners, het sociale wijkteam, de gemeente, maatschappelijk werk en de wijkverpleegkundigen (LHV, 2017). Er is in de zorg voor patiënten met multimorbiditeit echter nog steeds vaak sprake van onderbehandeling en primaire en secundaire preventiemaatregelen worden onvoldoende ingezet (Korownyk et al., 2017). Alhoewel er al veel bereikt is in de behandelingsmogelijkheden voor patiënten met multimorbiditeit, wordt toch niet altijd de optimale zorg geboden, vooral niet als het algehele welzijn het uiteindelijke doel is van de behandeling (Nolte & McKee, 2008; Norris et al., 2003; Renders et al., 2001; Cramm en Nieboer, 2015). De eerstelijnszorg blijft vooralsnog veelal gericht op acute problemen en korte termijn oplossingen, met onvoldoende aandacht voor lange termijn oplossingen of actieve betrokkenheid van de patiënt zelf (Lenfant 2003). Historisch gezien is de gezondheidszorg niet ingesteld op het bevorderen van zelfmanagementvaardigheden om het algehele welzijn in stand te houden omdat het klinisch verloop van acute aandoeningen meestal maar een paar dagen of weken bestrijkt. In de meeste zorgpraktijken blijft de zorgverlening aan chronisch zieke patiënten een vorm van acute zorg, waarbij de opzet van het systeem een fundamentele barrière vormt voor verdere kwaliteitsverbetering in de eerstelijnszorg.

## 1.1 Persoonsgerichte zorgorganisaties

Vanwege de snelle groei van het aantal mensen met chronische aandoeningen, en het feit dat gezondheidszorgstelsels en -organisaties onvoldoende rekening houden met het algehele welzijn van patiënten wordt persoonsgerichte zorg steeds vaker als prioriteit genoemd. Verwacht wordt dat door holistische en persoonsgerichte zorg te leveren wel de juiste ondersteuning kan worden gegeven, die bijdraagt aan het algehele welzijn van patiënten in de eerstelijnszorg. In een grootschalige studie naar wat persoonsgerichte zorg eigenlijk inhoudt (Gerteis, Edgman-Levitan, Daley, & Delbanco, 1993a; Gerteis et al., 1993b) werden acht dimensies onderscheiden: (1) respect voor de waarden, voorkeuren en behoeften van patiënten, (2) (verstrekking van) informatie en educatie, (3) toegang tot de zorg, (4) emotionele ondersteuning, (5) betrokkenheid van familieleden en vrienden, (6) coördinatie van zorg, (7) lichamelijk comfort, en (8) continuïteit en transitie (Gerteis et al. 1993a, 1993b; Rathert, Wyrwich, & Boren, 2013). Organisaties die goed scoren op deze acht dimensies laten betere uitkomsten zien op zowel organisatie niveau als voor de patiënten zelf (Rathert et al., 2013).

## 1.2 De acht dimensies van persoonsgerichte zorg

### 1. Respect voor de waarden, voorkeuren en behoeften van patiënten

Het is belangrijk dat patiënten met respect behandeld worden en voldoende zeggenschap hebben over hun behandeling. Het individuele zorgplan kan daar bijvoorbeeld bij helpen. Wanneer de zorg daadwerkelijk op het algehele welzijn is gericht zouden patiënten de juiste ondersteuning moeten krijgen om hun eigen behandeldoelen te bepalen en samen met zorgverleners tot oplossingen te komen die passen in hun dagelijkse leven.

### 2. Informatie en educatie

Om een patiënt optimaal te betrekken bij het behandelproces dient hij of zij goed geïnformeerd te worden, ongeacht zijn of haar leeftijd, opleidingsniveau of migratieachtergrond. Onderzoek laat echter zien dat patiënten vinden dat zij te weinig informatie hebben over de medicatie en de behandeling. Zo geeft bijvoorbeeld 36% van de COPD patiënten aan dat zij onvoldoende

geïnformeerd zijn. Deze communicatie problemen kunnen ertoe leiden dat patiënten zich niet optimaal betrokken voelen bij het behandelplan, wat het ook lastiger maakt om het welzijn te beschermen (Heijmans et al, 2009). Deze uitdagingen spelen vooral bij oudere patiënten, migranten groepen en patiënten met een lagere sociaal economische status.

### **3. Toegang tot zorg**

Het is voor persoonsgerichte zorg ook van belang dat de patiënt zo eenvoudig mogelijk toegang heeft tot zorg. Naar mate patiënten minder mobiel worden is het voor hen lastiger om de huisarts te bezoeken. Er zijn dan ook verschillende e-health oplossingen in opkomst, denk aan e-consults, e-monitoring en een patiëntenportaal. In de praktijk blijken deze oplossingen echter nog niet goed te werken. Slechts een beperkt deel van de patiënten in de eerste lijn is momenteel gebaat bij deze innovaties. Wanneer het gaat om chronisch zieke patiënten en kwetsbare ouderen is er vooral behoefte aan persoonlijk contact (Cramm en Nieboer 2015). Andere vormen van toegankelijkheid zijn het tijdig en gemakkelijk kunnen maken van een afspraak en tijdens een huisartsbezoek niet te lang te hoeven wachten totdat je aan de beurt bent. Maar ook financiële toegankelijkheid is van belang, denk aan het eigen risico en het betalen van de eigen bijdrage, die een rol kunnen spelen bij toegang tot de zorg.

### **4. Emotionele ondersteuning**

Chronisch zieke patiënten hebben een significant hogere prevalentie van angst- en stemmingsstoornissen in vergelijking met de gezonde populatie (Manen et al., 2002; Kunik et al., 2005). Angst- en stemmingsstoornissen kunnen een grote impact hebben op het verloop van hun ziekte; ze zijn negatief gecorreleerd met de kwaliteit van leven (MacCathie et al., 2002) en positief gecorreleerd aan ziektecomplicaties (Dahlen & Janson, 2002) en morbiditeit (Mikkelsen et al., 2004). Angst en depressie vraagt om persoonsgerichte ondersteuning door professionals. Het is belangrijk om aandacht te geven aan mogelijke gevoelens van angst, somberheid en bezorgdheid. Ook het effect van gezondheidsproblemen op het privéleven van patiënten (voor het gezin, familie, werk, sociaal leven) is een belangrijk onderwerp. Voor patiënten zijn deze zorgen vaak belangrijker (kan ik mijn werk behouden, mijn sociale relaties in stand houden) dan de vraag of de bloeddruk wel binnen de marges blijft.

### **5. Betrokkenheid familieleden**

Chronische aandoeningen treffen niet alleen de patiënt maar ook hun familieleden. In het kader van persoonsgerichtheid is het van belang dat familieleden betrokken worden bij de zorg. Zo geven patiënten aan dat zij het prettig vinden als familieleden hen bijstaan bij het formuleren van het behandelplan. Op dit vlak valt nog winst te behalen. Familieleden van patiënten geven aan dat zij onvoldoende zijn voorbereid op de gevolgen van de aandoening en meer informatie en begeleiding wensen (Ketelaar & Visser-Meily, 2015).

### **6. Coördinatie van zorg**

De zorgvraag van patiënten met chronische aandoeningen en kwetsbare ouderen is vaak complex wat vraagt om afstemming tussen de verschillende betrokken professionals. Persoonsgerichte zorg kenmerkt zich door goede coördinatie van zorg, geregeld overleg met een multidisciplinair team (Baan & Heijmans, 2012) en goede afstemming door de betrokken zorgverleners waardoor patiënten niet steeds weer opnieuw hun verhaal hoeven te vertellen. Patiënten willen weten wie hun aanspreekpunt is en wie de zorg coördineert.

### **7. Lichamelijk comfort**

Belangrijk aspect van persoonsgerichte zorg is dat patiënten zich ook lichamelijk goed voelen, denk aan het behandelen van pijn, kortademigheid, vermoeidheid en slapeloosheid. Ook meer organisatorische aspecten tijdens het huisartsbezoek zijn van belang voor lichamelijk comfort, zoals bijvoorbeeld de wachtruimtes; is er sprake van comfortabele stoelen, zijn de ruimtes schoon, is er sprake van voldoende privacy?



## 8. Continuïteit en transitie

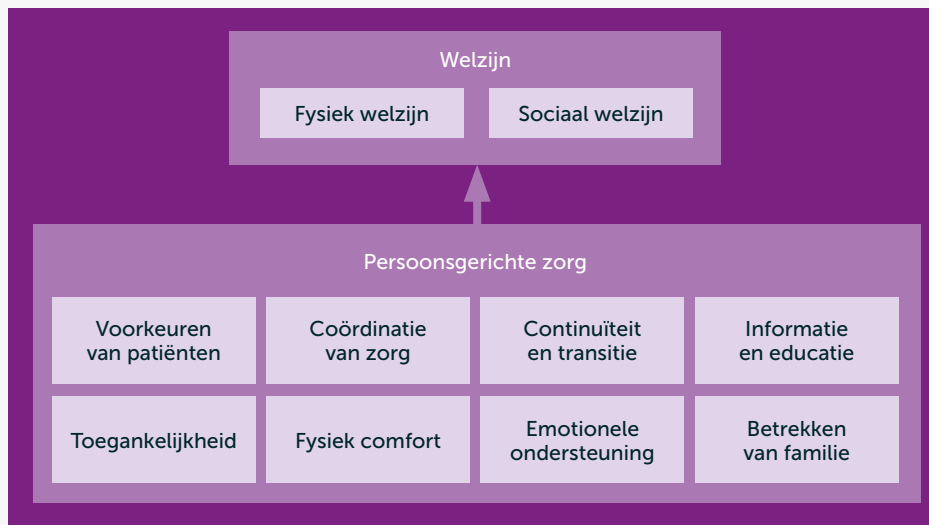
De continuïteit en de transitie van de zorg in zowel het ziekenhuis als de eerstelijnszorg en thuiszorg dient soepel en in onderlinge afstemming te verlopen. Worden patiënten bij een doorverwijzing naar een andere zorgverlener (specialist /diëtist / fysiotherapeut) goed geïnformeerd over waar ze naartoe moeten gaan en waarom? Wordt alle benodigde informatie ook goed doorgegeven of moeten er weer opnieuw (lab)onderzoeken worden gedaan en röntgenfoto's gemaakt? Wanneer de continuïteit en transitie niet goed verlopen levert dit een extra belasting op voor de patiënten.

Putting older patients with multiple chronic diseases at the centre of their own healthcare may seem intuitive, but it is an approach that is not widely practiced in the primary care setting (Osborn et al., 2014; Cramm en Nieboer 2015; Cramm en Nieboer 2016).

### 1.3 Persoonsgerichte zorg vraagt om welzijnsmanagement

De zorg voor patiënten met multimorbiditeit in de eerstelijnszorg moet anders én beter. De inzet van zorgprogramma's voor chronisch zieken gebaseerd op zogenaamde disease management programma's helpen, maar daarmee zijn we nog niet klaar. Deze programma's verbeteren weliswaar het gezondheidsgedrag van patiënten en voorkomen een verslechtering van de fysieke kwaliteit van leven (Cramm et al., 2014; Cramm en Nieboer 2015; Cramm et al., 2014; Hung et al., 2007), maar blijken toch vooral gericht te zijn op klinische en functionele uitkomsten, nauwelijks op het algehele welzijn van patiënten (Barr et al., 2003). De mentale en sociale aspecten van welzijn verslechteren dan ook bij patiënten, ondanks de inzet van deze programma's. Het bereiken van een beter algeheel welzijn van zieke patiënten zou daarom bij behandelaars voorop moeten staan niet alleen klinische en functionele uitkomsten (Nieboer, 2013). Om het algehele welzijn te verbeteren zijn andersoortige interventies nodig en andere vaardigheden van professionals dan de huidige zorg momenteel biedt. Kortom, er zijn interventies nodig die het algehele welzijn van patiënten beschermen of zelfs verbeteren en dit vraagt om persoonsgerichte zorg. Bij nieuw te ontwikkelen echt persoonsgerichte systemen dient daarom de algehele kwaliteit van leven en het algehele welzijn van patiënten voorop te staan. Dit vergt andere capaciteiten, niet alleen bij patiënten, maar ook bij de professionals en vraagt om training in het signaleren van deze bredere zorgvraag, namelijk het bevorderen van eigen regie en ondersteuning van zowel fysiek als sociaal welzijn. Elissen en collega's (2013) hebben aangetoond dat in de meeste Europese landen persoonsgerichte ondersteuning voor patiënten in de eerstelijnszorg verre van voldoende is. Ook in Nederland is het nog niet goed gelukt om persoonsgerichte zorg te bieden die passend is voor alle patiënten ongeacht hun achtergrond. Het is duidelijk dat verbetering van zowel het fysieke als het sociale welzijn van patiënten beter inzicht vereist in hoe patiënten en zorgprofessionals kunnen worden gestimuleerd tot productieve interactie en preventieve maatregelen. Verwacht wordt dat wanneer de eerstelijnszorg meer persoonsgericht is (hoger scoort op de acht dimensies van persoonsgerichte zorg) dit zal leiden tot een beter fysiek en sociaal welzijn bij patiënten met multimorbiditeit (figuur 1).

Figuur 1. Theoretisch raamwerk – Persoonsgerichte zorg en welzijn



#### 1.4 Aanleiding project binnen de Zorggroep RCH Midden-Brabant

Om de zorg voor patiënten met multimorbiditeit te verbeteren hebben een aantal huisartsenpraktijken binnen de Zorggroep RCH Midden-Brabant toegezegd zich gedurende een jaar nog sterker in te zetten voor persoonsgerichte zorg voor patiënten met multimorbiditeit. In samenwerking met zorgverzekeraar CZ met behulp van gelden afkomstig van VEZN is afgesproken om meer inzicht te krijgen in de huidige zorg voor mensen met meerdere chronische aandoeningen (multimorbiditeit) en om ervaringen op te doen of en hoe de eerstelijnszorg voor deze populatie beter kan. Steeds vaker hebben patiënten te maken met meerdere chronische aandoeningen. Het is dan de vraag op welke manier deze patiënten het beste geholpen kunnen worden. Hoe kan het zorgproces zo optimaal mogelijk georganiseerd worden en wat betekent dat voor de patiënt, mantelzorgers en huisartsenpraktijk, qua organisatie, tijd en werktevredenheid zijn belangrijke vraagstukken waar deze huisartsenpraktijken zich mee bezig houden.

Vervolgens is de Erasmus Universiteit Rotterdam, Erasmus School of Health Policy & Management benaderd om dit project te evalueren. Deze evaluatie is volledig gefinancierd door CZ. Tijdens de evaluatie stonden de volgende onderzoeksvragen centraal.

#### 1.5 Onderzoeksvragen

Met het onderzoek beogen we het belang van persoonsgerichte eerstelijnszorg voor patiënten met multimorbiditeit te achterhalen. De volgende onderzoeksvragen zullen in dit onderzoeksverslag worden beantwoord:

1. Hoe krijgt persoonsgerichte zorg voor patiënten met multimorbiditeit volgens de betrokken professionals vorm binnen de interventie en controle praktijken?
2. Welke verschillende visies zijn er onder patiënten met multimorbiditeit ten aanzien van persoonsgerichte zorg?
3. Welke inspanningen hebben de interventiepraktijken geleverd om de zorg na aanvang van het project voor patiënten met multimorbiditeit te verbeteren?
4. Wat zijn de ervaringen van patiënten met multimorbiditeit en de betrokken professionals ten aanzien van persoonsgerichte zorg in de interventie en controle praktijken bij aanvang van het project en 1 jaar later?
5. Zijn er veranderingen in de tevredenheid met zorg en het sociaal en fysiek welzijn van patiënten met multimorbiditeit in de interventie en controle praktijken?
6. Wat zijn de relaties tussen (veranderingen in) persoonsgerichte zorg, tevredenheid met zorg en het sociaal en fysiek welzijn bij patiënten met multimorbiditeit?

## 2. Mixed methods design

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen wordt een mixed-methods approach toegepast waarbij we gebruikmaken van kwalitatieve en kwantitatieve gegevens.

Het onderzoeksvoorstel is beoordeeld door de medisch-ethische commissie van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam (studieprotocol nummer MEC-2018-021). De commissie heeft verklaard dat de bepalingen van de wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) niet van toepassing zijn.

### 2.1 Kwalitatief onderzoek

Om vraagstelling 1 te kunnen beantwoorden hebben diepte-interviews plaatsgevonden met 9 professionals in interventie praktijken en 4 professionals in de controle praktijken. Deze professionals bestonden uit 6 huisartsen en 7 POHs (Praktijkondersteuners Huisartsenzorg). De acht dimensies van persoonsgerichte zorg stonden centraal tijdens de diepte interviews, en hoe deze dimensies momenteel vorm worden gegeven voor patiënten met multimorbiditeit. Tevens is gevraagd naar de belangrijkste barrières die zij ervaren om persoonsgerichte zorg te leveren. De diepte-interviews duurden gemiddeld 60 minuten en vonden plaats in de desbetreffende huisartsenpraktijk.

#### 2.1.1 Analyses

Alle diepte-interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. De verzamelde gegevens zijn geanalyseerd op basis van de dimensies van persoonsgerichte zorg om zo een goed beeld te krijgen hoe een dimensie vorm krijgt in de praktijken.

### 2.2 Q-Methodologie

Voor de beantwoording van vraagstelling 2 is gebruik gemaakt van Q-methodologie. Deze methode is bij uitstek geschikt om meningen en houdingen ten aanzien van een onderwerp in beeld te brengen en wordt vooral gebruikt om subjectiviteiten te beschrijven (Van Exel & de Graaf 2005). Deze methode combineert aspecten van kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Bij de Q-methode wordt gewerkt met stellingen; in dit geval op basis van de acht dimensies van persoonsgerichte zorg. Door deze stellingen te rangschikken naar hun relatieve belang wordt een beeld gekregen van de visies van verschillende patiënten met multimorbiditeit ten aanzien van persoonsgerichte zorg.

In totaal zijn er 16 interviews gehouden met patiënten uit de interventiepraktijken met een gemiddelde leeftijd van 72 jaar (Tabel1). De interviews duurden ongeveer 60-90 minuten en vonden plaats bij de patiënten thuis. Tijdens het interview is aandacht besteed aan welke aspecten van persoonsgerichte zorg (minder) belangrijk waren voor de patiënt. De nadruk lag op wat ze belangrijk vinden, niet of het wel/niet werd gegeven in hun eigen huisartsenpraktijk. Dit werd gedaan aan de hand van stellingen over persoonsgerichte zorg die moesten worden gerangschikt naar mate van belangrijkheid (zie bijlage).

#### 2.2.1 Analyses

Ook de interviews met de patiënten voor de Q-studie zijn opgenomen en getranscribeerd. De kwalitatieve gegevens van het interview zijn verzameld na het rangschikken van de stellingen over persoonsgerichte zorg. Tijdens dit interview lichtten de patiënten toe waarom ze een aspect van persoonsgerichte zorg wel/niet belangrijk vonden. Tijdens de interpretatie van deze toelichtingen is er voornamelijk aandacht besteed aan de overeenkomende en onderscheidende stellingen tussen de visies.

## 2.3 Procevaluatie

Activiteiten die gedurende het project zijn ingezet om de zorg binnen de interventiepraktijken meer persoonsgericht te maken zijn structureel bijgehouden door medewerkers van de Zorggroep RCH Midden-Brabant. Deze worden ook in dit onderzoeksverslag beschreven.

## 2.4 Kwantitatief onderzoek

Om vragenstellingen 4 tot en met 7 te beantwoorden heeft vragenlijstonderzoek plaatsgevonden. Alle betrokken professionals en de volwassen patiënten met multimorbiditeit binnen de 7 interventiepraktijken en 3 controle praktijken zijn geïnccludeerd voor deelname aan het vragenlijstonderzoek. T<sub>0</sub> vond plaats in 2017 en T<sub>1</sub> 12 maanden later in 2018.

### 2.4.1 Patiënten T<sub>0</sub> (interventie en controle)

Er was sprake van multimorbiditeit wanneer patiënten in tenminste 2 Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) stonden geregistreerd (n = 413 in de interventie en n = 92 in de controle praktijken).

Respondenten ontvingen de vragenlijst per post. Degene die na 3 weken nog niet hadden gereageerd kregen een herinneringsbrief en weer drie weken later een tweede herinneringsbrief plus nieuwe vragenlijst. Ten slotte werden patiënten waarvan het telefoonnummer beschikbaar was opgebeld als zij nog geen vragenlijst hadden teruggestuurd.

Van de oorspronkelijke 413 respondenten in de interventiepraktijken vielen 19 patiënten af met de volgende redenen; foutief adres (n = 5), recent verhuisd (n = 2), overleden (n = 4), opname in een hospice of verpleeghuis vanwege een terminale ziekte (n = 2), slecht cognitief functioneren dan wel (licht) dementeren (n = 2), hersenbloeding (n = 1), en slechtziend (n = 3). Van het overgebleven aantal (n=394) hebben in totaal 216 patiënten met multimorbiditeit de vragenlijst ingevuld (55% respons).

Van de oorspronkelijke 92 respondenten in de controlepraktijken vielen 3 patiënten uit met de volgende redenen; overleden (n = 1), niet in staat om deel te nemen (n = 2). Van het overgebleven aantal (n=89) hebben in totaal 44 patiënten met multimorbiditeit de vragenlijst ingevuld (49% respons).

De gemiddelde leeftijd van de onderzoekspopulatie is 74,46±10,64 (range, 47–94) jaar (Tabel 1). Iets minder dan de helft van de patiënten (40,8%) is man, alleenstaand (43,3%) en laag opgeleid (39,3%).

Tabel 1. Achtergrondkenmerken patiënten met multimorbiditeit in de interventie praktijken

Kenmerk	Gemiddelde ±standard deviatie (range) of percentage
Leeftijd	74,44 ± 10,64 (47–94)
Geslacht (mannelijk)	40,8%
Burgerlijke status (alleenstaand)	43,3%
Opleiding (laag)	39,3%
Totaal nieuw (na beleidswijziging)	77,0

Noten: Opleiding laag is hooguit basisschool zonder verdere afgeronde opleiding

In de controlepraktijken zijn 88 vragenlijsten verstuurd (gedurende het jaar is 1 patiënt uitgevallen wegens verhuizing naar een andere regio). Er vielen vervolgens nog 16 patiënten uit met de volgende redenen; foutief adres (n=4), overleden (n=6) en niet in staat om de vragenlijst in te vullen (n=6). Van het overgebleven aantal (n=72) hebben in totaal 31 patiënten met multimorbiditeit de vragenlijst ingevuld.

Tabel 2. **Achtergrondkenmerken patiënten met multimorbiditeit in de controle praktijken**

Kenmerk	Gemiddelde $\pm$ standard deviatie (range) of percentage
Leeftijd	79,55 $\pm$ 9,98 (54–96)
Geslacht (mannelijk)	45,5%
Burgerlijke status (alleenstaand)	63,6%
Opleiding (laag)	54,5%
Totaal nieuw (na beleidswijziging)	77,0

Noten: Opleiding laag is hooguit basisschool zonder verdere afgeronde opleiding

De gemiddelde leeftijd van de onderzoekspopulatie in de controle praktijken is  $79,55 \pm 9,98$  (range, 54–96) jaar (Tabel 2). Iets minder dan de helft van de patiënten (45,5%) is man, iets meer dan de helft is laag opgeleid (54,5%) en 63,3% is alleenstaand.

#### 2.4.2 Patiënten T<sub>1</sub> (interventie en controle)

Voor het tweede meetmoment zijn 335 vragenlijsten naar de interventie patiënten verstuurd (gedurende het jaar zijn in totaal 59 patiënten uitgevallen door tussentijds overlijden, opname in een verpleeghuis/hospice, niet meer in staat en uitgeschreven uit de huisartsenpraktijk). Van deze overgebleven 335 patiënten vielen er vervolgens nog eens 19 patiënten af met de volgende redenen; foutief adres (n=5), overleden (n=5), slecht cognitief functioneren dan wel (licht) dementeren (n=5), opname in een verpleeghuis (n=2), niet in staat om de vragenlijst in te vullen (n=2). Van het overgebleven aantal (n=315) hebben in totaal 169 patiënten met multimorbiditeit de vragenlijst ingevuld (54% respons).

In controlepraktijken zijn 88 vragenlijsten verstuurd. Er vielen 16 patiënten uit met de volgende redenen; overleden (n=6), niet in staat om de vragenlijst in te vullen (n=6), foutief adres (n=4). Van het overgebleven aantal (n=72) hebben in totaal 31 multimorbiditeit patiënten de vragenlijst ingevuld (43%).

#### 2.4.3 Professionals T<sub>0</sub> (interventie en controle)

In totaal hebben 23 professionals werkzaam bij de 7 interventie praktijken de vragenlijst ontvangen waarvan 23 de vragenlijst hebben ingevuld (100% response). Dit waren 14 huisartsen en 9 POHs. In totaal hebben 12 professionals werkzaam bij de 3 controle praktijken de vragenlijst ontvangen waarvan 9 de vragenlijst hebben ingevuld (75% response). Dit waren 3 huisartsen, 4 POHs, 1 praktijkverpleegkundige, en 1 praktijkmanager.

#### 2.4.4 Professionals T<sub>1</sub> (interventie en controle)

In totaal hebben 22 professionals werkzaam bij de 7 interventie praktijken de vragenlijst ontvangen (1 professional is uit dienst) waarvan 19 de vragenlijst hebben ingevuld (86% response). Dit waren 12 huisartsen en 7 POHs.

In totaal hebben 12 professionals werkzaam bij de 3 controle praktijken de vragenlijst ontvangen waarvan 9 de vragenlijst hebben ingevuld (75% response). Dit waren 3 huisartsen, 4 POHs, 1 praktijkverpleegkundige en 1 praktijkmanager.

#### 2.4.5 Instrumenten

Om inzicht te krijgen in hoeverre zowel de patiënten als betrokken medewerkers de zorg als persoonsgericht ervaren is het 36-item Patient-Centred Primary Care (PCPC) instrument gebruikt (Cramm en Nieboer 2018). Dit instrument is ontwikkeld op basis van eerdere onderzoeken naar de acht dimensies van patiëntgerichte zorg 'respect voor voorkeuren en behoeften van cliënten', 'informatie voorziening en kennisontwikkeling', 'toegang tot zorg', 'emotionele ondersteuning',

'betrekken van verwanten', 'continuïteit van zorg en transities in de zorg', 'fysiek comfort' en 'coördinatie van zorg' (Cramm et al. 2015; Berghout et al. 2015). Dit meetinstrument vraagt per dimensie van patiëntgerichte zorg naar de mening van de medewerkers en patiënten. Elke vraag heeft 5 antwoordcategorieën variërend van 1 (helemaal mee oneens) tot 5 (helemaal mee eens). Onderzoek toont aan dat het PCPC instrument een valide en betrouwbaar meetinstrument is om persoonsgerichte zorg onder patiënten met multimorbiditeit in de eerstelijnszorg te onderzoeken (Cramm en Nieboer 2018).

Welzijn van de medewerkers en patiënten is gemeten met de 15-item Social Production Function Instrument for the level of well-being-short (SPF-ILs) (Nieboer et al. 2005; Nieboer en Cramm 2018). Respondenten is gevraagd 15 vragen te beantwoorden met betrekking tot hun fysiek en sociaal welzijn waarbij ze kunnen kiezen uit vier verschillende antwoordcategorieën (nooit, soms, vaak en altijd). Voorbeeld vragen zijn: "Hebben mensen aandacht voor u", "voelde u zich de afgelopen paar maanden ontspannen" en "voelt u zich nuttig voor anderen". Een gemiddelde score wordt berekend op basis van de scores op alle 15 items. Een hogere score betekent een hoger welzijnsniveau. Uit eerder onderzoek blijkt dat dit instrument een hoge validiteit en betrouwbaarheid heeft (Nieboer et al. 2005; Nieboer en Cramm 2018).

De werktevredenheid van de medewerkers is gemeten met de 'Measurement of Job Satisfaction'-vragenlijst (Traynor & Wade 1993). Dit instrument bestaat uit 38 vragen. In een systematische review uitgevoerd door Van Saane et al. (2003) is dit meetinstrument beoordeeld als het meest betrouwbaar en valide om werktevredenheid te meten. De medewerkers kunnen bij het beantwoorden van de vragen kiezen uit 5 verschillende antwoord categorieën (erg ontevreden, ontevreden, neutraal, tevreden en erg tevreden). Voorbeeld vragen zijn: "Hoe tevreden bent u met de mate waarin uw werk gevarieerd en interessant is", "hoe tevreden bent u met het niveau van geleverde zorg en ondersteuning en zorg aan cliënten" en "hoe tevreden bent u met de tijd die beschikbaar is om uw werk te doen". Een hogere score staat voor een hogere mate van tevredenheid met het werk.

Tevredenheid met de zorg van patiënten is gemeten met een aangepaste versie van de Satisfaction-with-Stroke-Care questionnaire-SASC (Boter et al., 2003). De oorspronkelijke items werden deels aangepast en items die minder relevant waren werden geschrapt, zodat er uiteindelijk 6 items overbleven: 'Ik heb alle informatie gekregen die ik wil hebben over de oorzaak en aard van mijn ziekte(s)', 'De medewerkers hebben al het mogelijke gedaan om mijn situatie te verbeteren', 'Ik ben tevreden met de soort behandeling die ze gegeven hebben (bijvoorbeeld fysiotherapie, ergotherapie)', 'Ik heb genoeg hulp/behandelingen gehad (bijvoorbeeld fysiotherapie, ergotherapie)', 'Ik ben tevreden over de mate waarin de behandeling(en) het verloop van mijn ziekte(s) hebben beïnvloed' en 'Ik ben tevreden over de zorg zoals geleverd door de huisartsen praktijk waar ik kom'. De antwoorden werden gemeten op een vierpunts-schaal van 1 (helemaal niet mee eens) tot 4 (helemaal mee eens) waarbij hogere gemiddelde scores grotere tevredenheid aangaven.

#### **2.4.6 Analyses**

Met behulp van beschrijvende statistiek is de onderzoekspopulatie beschreven. Vervolgens zijn er t-toetsen uitgevoerd om de kijken naar verschillen in persoonsgerichte zorg tussen de interventie en controle groep als ook te kijken naar verschillen door de tijd heen (binnen de interventie en controle groepen). Multivariate samenhangen zijn uitgevoerd op basis van geïmputeerde data (op basis van de Markov Chain Monte Carlo (MCMC) methode). Predictive Mean Matching is gebruikt om de feitelijke range van de variabelen te handhaven.

# 3. Resultaten

## 3.1 Vraagstelling 1 Hoe krijgt persoonsgerichte zorg voor patiënten met multimorbiditeit volgens de betrokken professionals vorm binnen de interventie en controle praktijken?

### Patiënt voorkeuren

De beschrijvingen van persoonsgerichte zorg die werden gegeven door de huisartsen en praktijkondersteuners gingen vaak over het meenemen van de wensen en voorkeuren van de patiënt. Zij gaven duidelijk het belang aan van persoonsgerichte zorg en dat zij daadwerkelijk rekening houden met de voorkeuren van patiënten.

Ik vind het een hele logische tegenbeweging die komt op het protocollaire zorgsysteem wat we hadden. In die protocollen werden de multimorbiditeit patiënten opgesplitst in kleine blokjes, per ziektebeeld. [huisarts]

Om achter de wensen en voorkeuren van een patiënt te komen is een proactieve houding vereist, zowel van de zorgverlener als van de patiënt. Dit blijft een uitdaging om te bewerkstelligen.

Het is een andere manier van benaderen van de patiënt. Daar moeten niet alleen zij aan wennen, maar daar moet ik als dokter ook aan wennen. Voor een aantal mensen is het lastig aan te geven wat ze zelf willen met hun ziekte. Dan zeggen ze; nou u bent dokter, u weet het wel. Patiënten met multimorbiditeit zijn vaak oudere mensen en die kijken vaak tegen de dokter op. Ze denken vaak dat ze minder kennis hebben van allerlei ziektes en van het leven, terwijl dat natuurlijk niet zo is. Ze gaan al veel langer mee op deze aarde dan ik. [huisarts]

Om achter de voorkeuren te komen worden tools ingezet, zoals vragenlijsten die vooraf worden toegezonden waarin de patiënt kan aangeven waar hij/zij het over wil hebben. Dergelijke vragenlijsten of de vraag 'waar wilt u het over hebben' kan zorgen voor andere gesprekken dan van tevoren misschien gedacht.

Soms leggen patiënten de klemtoon ergens anders. Dan zeggen ze 'ja ik heb wel suikerziekte, maar dat vind ik helemaal niet belangrijk, daar wil ik het niet over hebben'. Gisteren had ik iemand die aangaf het eigenlijk over haar COPD te willen hebben, want daar had ze veel meer klachten over. Ik kwam eigenlijk voor een diabetescontrole en toen zijn we het over de COPD gaan hebben. Mensen kunnen zelf een klemtoon anders leggen dan dat wij zouden doen. [POH]

### Toegang tot zorg

Toegang tot zorg is over het algemeen goed geregeld. De patiënten met multimorbiditeit zijn vrij goed in beeld. Dit wordt gedaan door een praktijkondersteuner die alle ouderen binnen de praktijk screent, en door een goede administratie in het systeem binnen de huisartsenpraktijk.

Ik denk dat onze praktijkondersteuner dat redelijk netjes in beeld heeft allemaal. We laten mensen niet zomaar als ze een keer niet reageren aan hun lot over. Dus we zitten er wel achteraan om dan te controleren of die is weer niet gekomen, of een brief uitsturen of bellen. Daar zitten we best goed achteraan. [huisarts]

Ook de toegang met betrekking tot het afspraken maken gaat goed. De patiënten ontvangen jaarlijks een oproep voor controles, en vervolgspraken worden vaak direct gepland. Echter zijn er wel verschillen in de bereikbaarheid voor het maken van afspraken. Enkele praktijken maken

gebruik van een online systeem, andere maken gebruik van telefonische afspraken en een speciale afsprakenlijn. Dit loopt nog niet altijd even soepel, maar daar is men zich van bewust en targets worden gezet om de telefonische bereikbaarheid te vergroten. Daarnaast wordt ook email genoemd als mogelijkheid om in de toekomst betere toegang tot zorg realiseren.

Ik moet regelmatig overleggen met de huisarts als eindverantwoordelijke en dan moet ik de patiënt terugbellen. Vaak blijven patiënten daarvoor thuis, maar soms ook niet. En als dat niet zo is, dan bel ik ze de volgende dag. Maar als ze dan weer niet opnemen, dan moet je het voor de tweede keer in de agenda zetten, dat is eigenlijk ook al veel werk. Ik denk dat je met een e-mail daar tijd op kan besparen, maar ook dat de patiënt het op z'n gemak nog een keertje terug kan lezen. [POH]

Voor de oudere patiënt die slecht ter been is, is het soms niet mogelijk om naar de huisartsenpraktijk te komen. In dergelijke gevallen is er vaak sprake van een huisbezoek. Maar met de groeiende populatie ouderen, wordt er ook een krapte opgemerkt in het inplannen van huisbezoeken.

Er komen steeds meer ouderen, dus wat dat betreft worden de visites steeds meer. Nu is het nog goed te doen, maar het ligt eraan hoe snel de vergrijzing in zet. En wat dat betreft is het ook een groot probleem dat mensen steeds langer thuis gaan wonen. Alleen en zonder zorg of met weinig zorg. Dus het zal wel meer worden denk ik. [huisarts]

### **Fysiek comfort**

Fysiek comfort is een dimensie waar veel aandacht aan wordt besteed tijdens de consulten, door middel van pijnmanagement en medicatie. Dit komt zowel vanuit de focus van de zorgverlener, als uit die van de patiënt.

Ja, ik denk dat fysiek comfort van oudsher al een doel was. [POH]

Dat staat bij de patiënt vaak wel op de voorgrond. Daar hebben ze het meeste last van. Ze komen voor controles, maar het eerste wat ze zeggen is 'ik heb pijn'. Dat vinden ze ook veel belangrijker dan allerlei andere waarden die misschien wel veel slechter zijn dan de pijn. Maar de pijn voelen ze nu en dat moet ook nu opgelost worden. [huisarts]

Daarnaast is het fysiek comfort ook terug te vinden in de praktijkruimten, in de trant van het comfort van het interieur en privacy. Op dit punt is er veel verschil tussen de praktijken zichtbaar. Waar de ene praktijk zich druk bezig heeft gehouden met het testen van stoelen, het bedenken van de best mogelijke looplijnen voor de patiënten en de beste manier om privacy te waarborgen, zijn er bij andere praktijken punten merkbaar waar verbetering mogelijk is.

We hebben continu de richtlijnen erbij gehouden van wat moet er; alles is goed toegankelijk voor rolstoelen; alles is op hoogte instelbaar; de doorgangen zijn breed en hebben speciale uitsparingen voor brancards; de looplijnen zijn uitgedacht zodat mensen zo rustig mogelijk binnen komen en weer weggaan, zonder dat de andere wachtenden zien wie ze bezoeken; sommige stoelen hebben kussens, andere niet; de kussens zijn wasbaar, aangezien ze snel vies kunnen worden; er is een geluids-dichte kamer voor het delen van uitslagen [enkele voorbeelden, huisarts]

### **Informatie en educatie**

Er wordt veel informatie gedeeld tussen een zorgverlener en de patiënt en er worden verschillende vormen van educatie ingezet. Per praktijk verschilt het van welke vormen van informatie en educatie gebruik wordt gemaakt. Er zijn voor patiënten ook veel verschillende bronnen van informatie, waardoor het voor de patiënt soms lastig in te schatten is wat de waarde is van de informatie en wat hij/zij ermee kan doen.



Heel veel mensen slaan drie stappen over. Mijn overbuurman had ook oorsuizen en die heeft een ruismaskeerder gekregen, zou dat niet ook wat voor mij zijn dokter? Dus die kijken niet naar de eigenlijke bron van de klachten, maar gaan meteen naar een mogelijke oplossing die bij iemand geholpen heeft. Ja, dan moet je ze toch ook weer even mee terugnemen. [huisarts]

Ook herkennen veel zorgverleners het probleem dat patiënten niet altijd onthouden en/of begrijpen wat er is verteld tijdens een consult.

Thuisarts.nl helpt ontzettend. Dan zien mensen ook dat het formeel is opgeschreven en met tekeningetjes erbij. Vaak beklijft het dan toch drie keer zo goed als wanneer ik alleen het verhaaltje tijdens het consult vertel. Sowieso driekwart van wat we bespreken is weg als ze hier de deur uitgaan. Vaak geef ik dan een specifieke opdracht mee, zodat wanneer ze de volgende keer terugkomen ze het goed hebben bekeken en welke vragen ze dan nog hebben. Dat heeft een veel grotere therapeutische kracht. [huisarts]

Als het gaat om het inzien van je eigen gegevens, is hier nog niet veel gebruik van gemaakt als het gaat om dergelijke toegang tot zorg. Er wordt wel degelijk de meerwaarde van ingezien, maar de meerderheid van de praktijken maakt hier nog geen gebruik van.

Ik denk dat het heel belangrijk is dat patiënten hun informatie in kunnen gaan zien. Ik vind het sowieso een belachelijk iets dat de patiënt de informatie niet bij zich heeft en mij machtigt om zijn informatie in te zien. Want als de patiënt het bij zich heeft kan hij bij elke zorgverlener zeggen: oké dit ben ik en dat stukje mag je nemen. Nu zijn we bezig met hoe kunnen we communiceren met de patiënt en hoe kan de patiënt zijn gegevens inzien en daar dingen aan toevoegen. Maar volgens mij moet het makkelijker kunnen, we kiezen niet altijd voor de logische oplossingen. [huisarts]

### **Transitie en continuïteit**

Om de samenwerking met de disciplines buiten de huisartsenpraktijk te waarborgen, wordt er gebruik gemaakt van het keteninformatiesysteem. Er lopen projecten met wijkverpleegkundigen en andere zorgverleners om de zorg gestroomlijnder te maken. Daarnaast vinden er voor de patiënt met multimorbiditeit vaak multidisciplinaire overleggen plaats, waarin alle zorgverleners samenkomen om een zorgplan op te stellen voor een specifieke patiënt.

Bij de patiënt met multimorbiditeit maken we vaak gebruik van een multidisciplinair overleg, waar ook mensen van buitenaf bij betrokken zijn. We starten met het maken van een zorgplan en de verschillende disciplines luisteren mee en kunnen wat inbrengen. Het is oplossingsgericht en vaak word je erop gewezen als je ergens nog niet aan hebt gedacht. Zo proberen we het plaatje compleet te krijgen. [POH]

Ondanks het feit dat er gecommuniceerd wordt met de andere disciplines, is de kwaliteit hiervan niet altijd zo goed als het zou moeten zijn. Dat ligt onder andere aan hoe goed de zorgverleners elkaar kennen. Hoe kort de lijntjes zijn met alle disciplines verschilt per praktijk; in een dorp zijn de lijntjes vaak korter dan in de stad – aldus de respondenten.

### **Coördinatie van zorg**

De coördinatie van zorg in de praktijk wordt over het algemeen als goed ervaren. Er is veel en goed contact tussen de medewerkers binnen de praktijk, wat de coördinatie zeker ten goede komt. Er is een duidelijke taakverdeling per functie, en binnen functies. Er wordt getracht om patiënten altijd bij dezelfde zorgverleners te houden, of het wordt opgedeeld per ziektebeeld. Zo blijft er sprake van een gestroomlijnde zorgverlening. Dit wordt ook ondersteund door het huisartseninformatiesysteem waar de informatie per patiënt wordt bijgehouden en inzichtelijk is voor elke zorgverlener binnen de praktijk. De wijze waarop er wordt gedocumenteerd is een aandachtspunt, maar goede communicatie zorgt ervoor dat missende informatie gemakkelijk te achterhalen valt.

Ik kijk als iemand bij me komt op consult altijd van tevoren terug wat er met die persoon gebeurd is in de afgelopen maanden. Dat kan op een heel ander vlak liggen, maar alle informatie sinds de laatste keer dat ik de patiënt gezien heb is heel belangrijk. [POH]

Goede communicatie binnen het team wordt ook vorm gegeven door een regelmatig gezamenlijk overleg met alle disciplines binnen de praktijk. Tijdens dit overleg worden patiënten en bijzonderheden besproken. Dit zorgt voor openheid binnen de zorg, en levert kwaliteit van zorg op.

### **Emotionele ondersteuning**

Over het algemeen wordt emotionele ondersteuning erkend als een belangrijk onderdeel in de huisartsenpraktijk, en speelt dit ook zeker een rol voor de patiënt met multimorbiditeit.

Als mensen veel hebben dan zijn ze eerder wat ongelukkiger dus dan zijn er vaak meer emoties. [huisarts]

Echter is emotionele ondersteuning een vorm van zorg die er vaak bij in schiet en waar minder aandacht aan wordt besteed in vergelijking met de andere dimensies van persoonsgerichte zorg.

Eigenlijk is het gewoon goede huisartsgeneeskundige zorg. En in alle drukte en in alle hoeveelheid aan dingen verlies je soms weleens de goede huisartsgeneeskundige vragen. [huisarts]

Ja, emoties komen heel veel, maar die kosten ook heel veel tijd. Dat is dan weer die factor tijd waar we echt gewoon de hele tijd tegenaanlopen. [huisarts]

Vaak wordt emotionele ondersteuning opgepakt door de POH-GGZ. Wanneer er wel tijd is om aandacht te besteden aan emoties, biedt dit veel voldoening in het werk.

Als je eenmaal de keuze maakt om dieper op emoties in te gaan, dan moet je er ook zijn voor die patiënt en dan moet je hem ook laten vertellen. Maar dat is leuk om te doen, het is een deel van ons vak. Het hoort erbij en geeft je een breder plaatje waarom soms iets is zoals het is. Dat is leuk, daarvoor ben je verpleegkundige toch? [POH]

### **Familie en vrienden**

Over het algemeen wordt er niet veel aandacht besteed aan familie betrekken bij het zorgproces van de patiënt met multimorbiditeit. Hier liggen meerdere argumenten aan ten grondslag, zoals het niet bewust zijn van de meerwaarde die het betrekken van familie kan hebben voor deze patiënt populatie, maar ook de beperking van tijd.

Nou ja het kan altijd beter, maar ik zit te denken hoe. Dan moet je zelf aanleren om het meer ter sprake te brengen. Maar ik zie het niet helemaal voor me hoe ik dat doe in een gewoon consult. Het is niet bij de standaard diabetes dat ik ga vragen 'goh hoe gaat dat thuis nou? [POH]

Daar hebben we veel te weinig aandacht voor. Ik vraag het niet standaard aan de patiënt. Als het ter sprake komt, dan is het vaak omdat de partner meekomt. Of omdat de partner en keer of de mantelzorger een keer hier komt en zegt van joh het gaat thuis heel moeilijk. Maar ik ga niet aan elke patiënt met multimorbiditeit vragen hoe gaan je partner, je kinderen en je vrienden ermee om. [huisarts]

De tijd is beperkt. En als er een probleem is, wil je er graag wat aan doen. Dus hoe meer dingen je aankaart, hoe meer problemen er komen, hoe meer tijd je nodig hebt om al die problemen op te lossen. Dat is niet perse de taak van de huisarts; er ligt ook een stukje verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf. [huisarts]

### **Belangrijkste barrières om tot persoonsgerichte zorg te komen**

Ondanks het feit dat persoonsgerichte zorg al vrij goed vorm krijgt in de praktijk, werden tijdens de interviews ook belangrijke barrières genoemd om persoonsgerichte zorg te leveren. Het leveren van persoonsgerichte zorg kost bijvoorbeeld tijd. Echter zijn er tijdens een consult met de patiënt met multimorbiditeit dusdanig veel medische zaken te bespreken met betrekking tot hun aandoeningen en enkel het fysieke comfort aspect, dat er minder tot geen tijd meer overblijft voor de andere aspecten van persoonsgerichte zorg. Tijd is dan ook een veel genoemde barrière voor het leveren van persoonsgerichte zorg voor de patiënt met multimorbiditeit.

Een andere belangrijke barrière die veelvuldig werd genoemd is geld. Het investeren in persoonsgerichte zorg kan niet zonder een passend financieel plaatje. Het inhuren van extra personeel, het interieur vernieuwen, en/of trainingen in persoonsgerichte communicatie zijn slechts enkele voorbeelden die een financiële investering vergen. Daarnaast levert persoonsgerichte zorg niet direct geld op voor de huisartsenpraktijken, wat daardoor een drempel vormt voor het uitvoeren van persoonsgerichte zorg.

Een laatste barrière die door de respondenten werd aangehaald voor het leveren van persoonsgerichte zorg aan deze doelgroep zijn de soms beperkte communicatiemogelijkheden van patiënten met multimorbiditeit. Het is een zeer kwetsbare groep en niet elke patiënt is goed in staat om zelf aan te geven welke zorg zij nodig hebben of verlangen. Dit maakt het lastig om de juiste zorg te leveren.

### **3.2 Vraagstelling 2 Welke verschillende visies zijn er onder patiënten met multimorbiditeit ten aanzien van persoonsgerichte zorg?**

Op basis van de interviews met de multimorbiditeit patiënten zijn er drie visies te onderscheiden van patiënten hoe zij kijken naar persoonsgerichte zorg en welke aspecten zij (minder) belangrijk vinden.

#### **Visie 1**

Patiënten met deze visie hebben vaak een vrij nuchtere houding en staan met beide benen op de grond. Ze hebben graag de regie in eigen handen en zullen, waar zij kunnen, zelf een bijdrage leveren aan hun zorg. Tijdens een bezoek aan de huisarts zijn ze dan ook goed voorbereid en bovendien specifiek op zoek naar het medische aspect van de zorg en naar informatie die zij zelf niet hebben. Emotionele ondersteuning zien zij niet als onderdeel van de zorg die geleverd wordt door de huisartsenpraktijk. De focus van de zorg van de huisarts ligt volgens hen voornamelijk op het fysieke aspect. Patiënten met deze visie vinden het fijn om ondersteund te worden door een goed gecoördineerd, multidisciplinair team van zorgverleners.

#### **Visie 2**

Patiënten met deze visie staan voor een doorsnee patiënt die een huisartsenpraktijk bezoekt. Ook deze patiënten worden graag ondersteund door een goed gecoördineerd, samenwerkend team van professionals. Zij zoeken eveneens naar relevante medische kennis en adviezen omtrent hun zorg. Daarnaast vinden zij vertrouwen in hun zorgverlener erg belangrijk en staat de behandelrelatie in het teken van waardigheid en respect. Deze patiënten missen zelf informatie en kennis over hun ziektebeeld, en vinden het daarom erg belangrijk dat zij gemakkelijk bij iemand terecht kunnen met vragen.

#### **Visie 3**

Patiënten met deze visie hebben wat meer hulp nodig met betrekking tot de zorg in vergelijking met de patiënten met de vorige twee visies. Deze patiënten lijken op meerdere fronten kwetsbaar te zijn, zowel financieel als communicatief. Ze zijn zich bewust van hun kwetsbaarheid, en vinden het daarom zeer belangrijk dat zij wel serieus genomen worden in de huisartsenpraktijk. Patiënten met deze visie zoeken naar betaalbare en toegankelijke zorg, waar zij met waardigheid en respect behandeld worden. Ze zijn minder bezig met de kwaliteit van de zorg dan patiënten met visie 1 en 2, die kennis ligt volgens hen immers bij de huisarts en de POH.

Uit deze visies kan worden afgeleid dat er niet één type patiënt met multimorbiditeit bestaat, en dat de zorg op (tenminste drie) verschillende manieren moet worden aangeboden binnen deze patiënten populatie om aan te sluiten bij de verschillende visies. De patiënten verschillen echter niet in alle opzichten wat betreft hun visie op persoonsgerichte zorg. Er zijn ook een aantal aspecten van persoonsgerichte zorg die alle patiënten met multimorbiditeit als belangrijk ervaren. Zo vinden alle patiënten het erg belangrijk dat er continuïteit is in de zorg die wordt geleverd. Het is van belang dat patiënten die worden doorverwezen goed worden geïnformeerd waarom zij worden doorverwezen en waar zij naartoe gaan.

Heel belangrijk, ja natuurlijk. Kijk op een gegeven moment dan moet die huisarts kijken waar komt die benauwdheid vandaag en moet die nou naar een longarts of naar een nefroloog. Dus dan verwijst zij ons door. En dan moet ik wel weten waarom juist naar die specialist.

Wanneer er verschillende zorgverleners betrokken worden bij de zorg, vinden patiënten wel dat de adviezen en de zorg goed op elkaar moeten worden afgestemd. De patiënten komen voor de beste zorg, maar zijn zelf niet altijd in staat om dit goed te beoordelen. Wanneer zorg niet op elkaar wordt afgestemd, is het lastig in te schatten wat de beste zorg is. Behalve goede continuïteit is het dan ook erg belangrijk dat patiënten alle vragen kunnen stellen die zij willen, en dat er ook rekening wordt gehouden met de invloed die een behandeling kan hebben op hun leven. Om dit te kunnen bewerkstelligen is een goede vertrouwensrelatie met de arts noodzakelijk.

“Als je naar een huisarts gaat met een bepaalde drempel, dus als ik bang ben om bepaalde dingen te vragen, dan geloof ik niet dat een huisarts mij goed kan behandelen. Maar als ik met een bepaalde kwaal kom en ik laat niet het achterste van mijn tong zien over wat ik voel of wat ik denk te voelen, hoe moeten hun dan correct handelen? Als ik naar mijn huisarts ga moet ik inderdaad m'n eigen zo ontspannen voelen dat ik alles kan en durf te zeggen. Ook al zijn hun het er niet mee eens, of ik niet met hun eens, er moet wel gepraat kunnen worden”

### **3.3 Vraagstelling 3 Welke inspanningen hebben de interventiepraktijken geleverd om de zorg na aanvang van het project voor patiënten met multimorbiditeit te verbeteren?**

Gedurende een jaar hebben 5 kennisbijeenkomsten plaatsgevonden waar verschillende tools zijn behandeld die binnen de interventiepraktijken konden worden ingezet om de zorg voor patiënten met multimorbiditeit te verbeteren. Alle interventiepraktijken zijn vervolgens op hun eigen manier met deze tools aan de slag gegaan om de zorg meer persoonsgericht te maken. De ingezette activiteiten werden bijgehouden aan de hand van een logboek. Dit logboek is vervolgens weer gebruikt om met elkaar en van elkaar te leren over het inzetten van verschillende tools die een bijdrage leveren aan persoonsgericht werken (hierbij valt te denken aan consult voorbereidende vragenlijsten, opzetten van een sociale kaart, lotgenoten met elkaar in contact brengen (bijvoorbeeld in een wandelgroepje), andere vormen van informatievoorziening aan de patiënt inzetten).

Naast het inzetten van bepaalde tools zijn de interventiepraktijken in gesprek gegaan met twee 'kom verder' ambassadeurs van Zelfzorg Ondersteunend. Deze ambassadeurs zijn ervaringsdeskundigen die dankzij ondersteunde zelfzorg meer en beter grip hebben gekregen op hun ziekte, en samen met hun familie, mantelzorgers en zorgverleners werken aan hun gezondheid en welzijn. Zij zijn met de huisartsenpraktijken in gesprek gegaan om hun ervaringen te delen en uit te leggen wat zij van de eerstelijnszorg nodig hebben om hun leven zo goed mogelijk in te kunnen richten.

Alle deelnemers (huisartsen en praktijkverpleegkundigen/praktijkondersteuners) hebben in 2017 de leergang 'professionele effectiviteit in persoonsgerichte zorg' van de NHG gevolgd. Deze leergang bestond uit 4 bijeenkomsten en een e-learning module waarin werd gewerkt aan de benodigde basishouding en gespreksvaardigheden om de zorg daadwerkelijk meer persoonsgericht te maken. Er werd bijvoorbeeld gewerkt aan gezamenlijke besluitvorming, hoe samen beslissen past in de geprotocolleerde zorg, hoe om te gaan met weerstand, oplossingsgericht te werk te gaan en coachend te werken. Tussen de bijeenkomsten moesten deelnemers veel oefenen, reflecteren en video's opnemen. Deze ervaringen en beelden werden vervolgens weer met elkaar tijdens een bijeenkomst besproken en er werd op elkaar gereflecteerd.

In 2018 zijn door de Zorggroep RCH Midden-Brabant twee intervisiebijeenkomsten 'persoonsgericht werken' georganiseerd voor de interventiepraktijken. Tijdens deze bijeenkomsten vond samenwerking tussen de verschillende huisartsenpraktijken plaats om de zorg verder te verbeteren. Hierbij werden ervaringen gedeeld, vond discussie plaats en stond men ook bij bepaalde dilemma's en uitdagingen stil. Een belangrijke uitdaging die werd genoemd is hoe de andere huisartsen en POHs binnen de praktijk mee kunnen komen in de beweging om de zorg meer persoonsgericht te maken. Om verdere uitrol van persoonsgericht werken te realiseren maakt een praktijk bijvoorbeeld gebruik van een coach on the job. Uiteindelijke doel is om alle huisartsenpraktijken binnen de Zorggroep RCH Midden-Brabant aan de slag te laten gaan met deze nieuwe manier van werken.

### **3.4 Vraagstelling 4 Wat zijn de ervaringen van patiënten met multimorbiditeit en de betrokken professionals ten aanzien van persoonsgerichte zorg in de interventie en controle praktijken bij aanvang van het project en 1 jaar later?**

De volgende vraagstellingen worden beantwoord met behulp van het vragenlijsten onderzoek onder patiënten met multimorbiditeit en professionals binnen de interventie en controlepraktijken. In Tabel 3 worden de beoordelingen van patiënten met multimorbiditeit in de controle en interventiepraktijken zoals ervaren in 2017 en 1 jaar later gepresenteerd. Uit deze resultaten komt duidelijk naar voren dat de zorg op  $T_0$  als meer persoonsgericht wordt ervaren in de interventie praktijken versus de controle praktijken. Kijkend naar veranderingen gedurende 1 jaar dan zien we in de controle praktijken geen verbeteringen terwijl de patiënten met multimorbiditeit in de interventie praktijken de zorg wel als meer persoonsgericht ervaren: totaalscores (4,03 (0,43) versus 3,90 (0,49);  $p=0,009$ ), continuïteit en transitie (4,21 (0,51) versus 4,05 (0,59);  $p=0,020$ ), emotionele ondersteuning (3,73 (0,69) versus 3,55 (0,74);  $p=0,020$ ) en betrekken van familie (4,08 (0,76) versus 3,72 (1,07);  $p=0,034$ ).

Tabel 3. **Persoonsgerichte zorg in de interventie en controle praktijken zoals beoordeeld door patiënten met multimorbiditeit in 2017 en 2018**

	2017	2018		2017	2018	
Persoonsgerichte zorg	Interventie T <sub>0</sub>	Interventie T <sub>1</sub>	Verskil p	Controle T <sub>0</sub>	Controle T <sub>1</sub>	Verskil p
Voorkeuren van patiënten	4,05 (0,61)	4,07 (0,56)	0,664	3,86 (0,53)	3,77 (0,58)	0,402
Coördinatie van zorg	3,97 (0,59)	4,07 (0,49)	0,135	3,61 (0,63)	3,79 (0,71)	0,315
Continuïteit en transitie	4,05 (0,59)	4,21 (0,51)	0,020	3,82 (0,64)	3,90 (0,65)	0,670
Informatie en educatie	3,97 (0,56)	4,00 (0,46)	0,588	3,80 (0,61)	3,80 (0,48)	1,000
Toegankelijkheid	4,12 (0,57)	4,10 (0,45)	0,592	3,92 (0,49)	3,76 (0,66)	0,122
Fysiek comfort	3,97 (0,59)	4,07 (0,49)	0,074	3,81 (0,57)	3,88 (0,30)	0,576
Emotionele ondersteuning	3,55 (0,74)	3,73 (0,69)	0,020	3,40 (0,66)	3,47 (0,84)	0,553
Betrekken van familie	3,72 (1,07)	4,08 (0,76)	0,034	3,64 (0,57)	3,52 (0,81)	0,610
Totaal score	3,90 (0,49)	4,03 (0,43)	0,009	3,76 (0,44)	3,76 (0,53)	0,983

Professionals in de interventie praktijken ervaren de zorg als meer persoonsgericht door de tijd heen, terwijl deze verbetering niet zichtbaar is bij de controle praktijken.

### 3.5 Vraagstelling 5 Zijn er veranderingen in de tevredenheid met zorg en het sociaal en fysiek welzijn van patiënten met multimorbiditeit in de interventie en controle praktijken?

Kijkend naar de uitkomstmaten tevredenheid met zorg, fysiek welzijn en sociaal welzijn dan zien we in de controle praktijken geen verschil tussen 2017 en 2018 als het gaat om tevredenheid met zorg en welzijn (fysiek en sociaal). Patiënten met multimorbiditeit in de interventie praktijken rapporteren na 1 jaar wel een hoger niveau van fysiek welzijn (2,79 (0,55) versus 2,67 (0,57);  $p=0,007$ ) en sociaal welzijn (2,90 (0,47) versus 2,80 (0,50);  $p=0,022$ ) (Tabel 4). Ook is uit Tabel 4 af te lezen dat de gemiddelde scores op tevredenheid met zorg, fysiek welzijn en sociaal welzijn binnen de interventiepraktijken hoger zijn dan in de controle praktijken.

Tabel 4. **Tevredenheid met zorg en welzijn (fysiek en sociaal) van patiënten met multimorbiditeit in de interventie en controle praktijken in 2017 en 2018**

Uitkomstmaten	Inter-ventie T0	Inter-ventie T1	Vershil p	Controle T0	Controle T1	Vershil p
Tevredenheid met zorg	3,19 (0,50)	3,20 (0,42)	0,858	2,98 (0,53)	2,91 (0,44)	0,510
Fysiek welzijn	2,67 (0,57)	2,79 (0,55)	0,007	2,46 (0,69)	2,59 (0,75)	0,275
Sociaal welzijn	2,80 (0,50)	2,90 (0,47)	0,022	2,76 (0,47)	2,62 (0,65)	0,185

### 3.6 Vraagstelling 6 Wat zijn de relaties tussen (veranderingen in) persoonsgerichte zorg, tevredenheid met zorg en het sociaal en fysiek welzijn bij patiënten met multimorbiditeit?

De laatste onderzoeksvraag gaat over de relatie tussen persoonsgerichte zorg, tevredenheid met zorg en welzijn (zowel fysiek als sociaal) bij patiënten met multimorbiditeit. We zijn hierbij vooral geïnteresseerd of persoonsgerichte zorg bij aanvang van het project als ook de veranderingen daarin positief samenhangen met tevredenheid met zorg, fysiek welzijn en sociaal welzijn bij patiënten met multimorbiditeit. Deze resultaten staan in Tabel 5.

Tabel 5. **Tevredenheid met zorg en welzijn (fysiek en sociaal) van patiënten met multimorbiditeit in de interventie en controle praktijken in 2017 en 2018**

	Tevredenheid met zorg	Fysiek welzijn	Sociaal welzijn
Uitkomstmaat op T <sub>0</sub>	0,11	0,50***	0,52***
Leeftijd	-0,00	-0,01	-0,01
Geslacht (mannelijk)	0,02	0,04	-0,04
Burgerlijke status (alleenstaand)	-0,03	0,02	0,01
Opleiding (laag)	0,04	0,12	0,19*
Persoonsgerichte zorg T <sub>0</sub>	0,49***	0,15	0,23*
Veranderingen in persoonsgerichte zorg (T <sub>1</sub> -T <sub>0</sub> )	0,64***	0,21*	0,40***

Noten: Resultaten zijn gebaseerd op geïmputeerde data (n=2016). Resultaten zijn gepresenteerd als Bs.

Uit deze resultaten blijkt dat zowel het niveau van persoonsgerichte zorg bij aanvang van het project als veranderingen daarin significant bijdragen aan de tevredenheid met zorg en het sociaal welzijn van patiënten met multimorbiditeit. Voor het fysiek welzijn blijken met name de veranderingen in persoonsgerichte zorg van belang te zijn.

### 3.7 Sterke en zwakke kanten

Dit onderzoek brengt een aantal beperkingen met zich mee. Ten eerste bleek het lastig om praktijken te enthousiasmeren voor deelname aan het onderzoek als controle groep, waardoor de aantallen in de controle praktijken kleiner zijn dan aanvankelijk beoogd. Ten tweede is er sprake van aanzienlijke uitval tussen  $T_0$  en  $T_1$  bij deze kwetsbare populatie (uitval van 23%). Dit percentage is echter in lijn met eerder onderzoek onder deze populatie (30%; Bayliss et al., 2004). Ook hebben niet alle respondenten gereageerd; mogelijk hebben juist degenen met een slechtere gezondheid de vragenlijst niet ingevuld. Met deze beperkingen moet rekening worden gehouden bij het lezen van de resultaten. Sterke kanten van het onderzoek zijn het mixed methods design en het gebruik van gevalideerde instrumenten om persoonsgerichte zorg en welzijn bij patiënten met multimorbiditeit in de eerstelijnszorg te meten. Een ander sterk punt van het onderzoek is het longitudinale design (maar niet gerandomiseerd).



# Belangrijkste conclusies

Met dit onderzoek beoogden we het belang van persoonsgerichte eerstelijnszorg voor patiënten met multimorbiditeit te achterhalen. Op basis van mixed methods onderzoek (een combinatie van zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden) bij zowel patiënten met multimorbiditeit als de betrokken professionals is het belang van persoonsgerichte zorg voor patiënten met multimorbiditeit duidelijk naar voren gekomen.

Allereerst kunnen we concluderen dat het om een zeer kwetsbare groep patiënten gaat. Dit bleek bijvoorbeeld tijdens de interviews en ook door de hoge uitval gedurende het onderzoek. Een aanzienlijk percentage van de patiënten is overleden, naar een instelling gegaan dan wel sterk achteruitgegaan (fysiek en/of cognitief niet meer in staat tot deelname).

Als we kijken naar de acht dimensies van persoonsgerichte zorg (voorkeuren van patiënten, coördinatie van zorg, informatie en educatie, toegankelijkheid, fysiek comfort, emotionele ondersteuning, betrekken van familie (Gerteis et al. 1993a, 1993b; Rathert, Wyrwich, & Boren, 2013)) dan zien we dat er binnen zowel de interventie- als controlepraktijken aan deze dimensies wordt gewerkt. De betrokkenen professionals en patiënten met multimorbiditeit zijn het er over eens dat dit inderdaad belangrijke aspecten zijn in de eerstelijnszorg. Het relatieve belang van deze aspecten verschilt soms echter wel tussen patiënten; sommige patiënten gaan vooral voor fysieke problematiek naar de huisarts terwijl andere patiënten ook behoefte hebben aan emotionele ondersteuning. Ook over het betrekken van familie wordt verschillend gedacht. Wanneer professionals op de hoogte zijn van deze verschillende behoeften kan beter tegemoet worden gekomen aan de vraag van verschillende typen patiënten.

Binnen de interventiepraktijken hebben de betrokken huisartsen en POHs zich gedurende een jaar ingezet om de zorg voor patiënten met multimorbiditeit verder te verbeteren. Verwacht wordt dat door het leveren van persoonsgerichte zorg men beter tegemoet kan komen aan de zorgvraag van patiënten met multimorbiditeit. We weten vanuit de literatuur dat de zorg voor deze patiënten populatie in de eerstelijnszorg anders én beter moet worden georganiseerd. Uit eerder groot-schalig onderzoek in Nederland naar disease management programma's voor chronisch zieken en patiënten met multimorbiditeit bleken deze programma's een verbetering te realiseren in kwaliteit van zorg, gezondheidsgedrag en de fysieke kwaliteit van leven (Cramm et al., 2014; Cramm en Nieboer 2015; Cramm et al., 2014; Hung et al., 2007). De mentale en sociale aspecten van welzijn verslechteren echter structureel bij deze patiënten, ondanks de inzet van deze programma's. Het bereiken van een beter algeheel welzijn (zowel fysiek als sociaal) van patiënten met multimorbiditeit zou daarom bij behandelaars voorop moeten staan niet alleen klinische en functionele uitkomsten (Nieboer, 2013). Verwacht wordt dat wanneer de eerstelijnszorg meer persoonsgericht is (hoger scoort op de acht dimensies van persoonsgerichte zorg) dit zal leiden tot een beter fysiek en sociaal welzijn bij patiënten met multimorbiditeit. De resultaten van dit onderzoek laten inderdaad zien dat (verbeteringen in) persoonsgerichte zorg positief samenhangen met fysiek en sociaal welzijn. Daarnaast vinden we ook een positieve samenhang met de tevredenheid met zorg. Wanneer we kijken naar verschillen in ervaringen bij start en aan het einde van het project dan zijn zowel de professionals als patiënten met multimorbiditeit positiever over de mate van persoonsgerichtheid binnen de huisartsenpraktijken. Daarnaast zien we dat zowel het fysieke als sociale welzijn bij deze patiënten met multimorbiditeit is verbeterd. Binnen de controlepraktijken zien we geen veranderingen in persoonsgerichte zorg en het fysieke en sociale welzijn. Dit zijn belangrijke bevindingen in een tijd van (dubbele) vergrijzing van de bevolking een hogere prevalentie van chronische ziekten en een toename van het aantal patiënten met multimorbiditeit. Investeren in persoonsgerichte zorg voor patiënten met multimorbiditeit gaat gepaard met een beter fysiek en sociaal welzijn bij deze kwetsbare populatie. Waar het eerdere grootschalige programma's nog niet is gelukt om achteruitgang in het sociale welzijn tegen te gaan lijkt een persoonsgerichte aanpak op basis van de acht dimensies van persoonsgerichte zorg wel te werken. Uitrol van deze persoonsgerichte aanpak naar andere huisartsenpraktijken wordt dan ook aanbevolen.

## Belangrijkste conclusies op een rijtje:

Patiënten met multimorbiditeit in de eerstelijnszorg zijn een zeer kwetsbare populatie

Er is geen sprake van 1 type patiënt; patiënten met multimorbiditeit variëren in welke zorg zij nodig hebben

Patiënten met multimorbiditeit ervaren de zorg als meer persoonsgericht bij de interventie huisartsenpraktijken dan bij de controle praktijken

Patiënten met multimorbiditeit ervaren een beter fysiek en sociaal welzijn bij de interventie huisartsenpraktijken dan bij de controle praktijken

Persoonsgerichte zorg en verbeteringen daarin dragen positief bij aan de tevredenheid met zorg en het fysiek en sociaal welzijn van patiënten met multimorbiditeit

Investeren in de acht dimensies van persoonsgerichte zorg lijkt een veelbelovende aanpak om de zorg voor patiënten met multimorbiditeit te verbeteren

# Literatuur

- Baan, D., Heijmans, M. (2012). Mensen met COPD in beweging. Verkregen op 2 januari 2017, van <http://www.nivel.nl/node/2430?database=ChoicePublicat&prirref=1002207>
- Barr, V.J., Robinson, S., Marin-Link B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., Salivaras S. (2003). The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*. 7:73–82.
- Bayliss EA, Bayliss MS, Ware JE, Jr, Steiner JF. Predicting declines in physical function in persons with multiple chronic medical conditions: what we can learn from the medical problem list. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:47.
- Berghout, M.A., L. Leensvaart, J. van Exel, J.M. Cramm. 2015. 'Healthcare professionals' views on patient-centered care in hospitals.' *BMC Health Services Research* 15:385.
- Boter H, De Haan R.J., Rinkel G.J. (2003). Clinimetric evaluation of a Satisfaction-with-Stroke-Care questionnaire. *Journal of Neurology*. 250(5):534-41.
- Cramm, J.M., L. Leensvaart, M.A. Berghout, J. van Exel. 2015. 'Exploring views on what is important for patient-centred care in end-stage renal disease using Q methodology.' *BMC Nephrology*.16 (1):74.
- Cramm J.M., Nieboer A.P. (2018). Validation of an instrument for the assessment of patient-centred care among patients with multimorbidity in the primary care setting: the 36-item patient-centred primary care instrument. *BMC Fam Pract*.19:143.
- Cramm, J.M., Adams, S.A., Walters, B.H., Tsiachristas, A., Bal, R., Huijsman, R., Rutten-Van Mólken, M.P., Nieboer, A.P. (2014). The role of disease management programs in the health behavior of chronically ill patients. *Patient Education and Counseling* .95(1):137-42.
- Cramm, J.M., Tsiachristas, A., Adams, S.A., Hipple-Walters, B.H., Bal, R., Huijsman, R., Rutten-van Mólken M.P.M.H., Nieboer, AP. Evaluating Disease Management Programmes in the Netherlands. *Sociaal-Medische Wetenschappen (SMW)*, 2014.
- Cramm, J.M., Nieboer, A.P. (2016). Is "disease management" the answer to our problems? No! Population health management and (disease) prevention require "management of overall well-being". *BMC Health Services Research*. 16:500.
- Cramm, J.M., Nieboer, A.P. (2015). Chronically ill patients' self-management abilities to maintain overall well-being: what is needed to take the next step in the primary care setting? *BMC Family Practice*. 16:123.
- Cramm, J.M., Nieboer, A.P. (2015). Disease Management: The Need for a Focus on Broader Self-Management Abilities and Quality of Life. *Population Health Management*. 18(4):246-255.
- Cramm, J.M., Leensvaart, L., Berghout, M., van Exel J. (2015). Exploring views on what is important for patient-centred care in end-stage renal disease using Q methodology." *BMC Nephrology*. 16:74.
- Creswell, J.W. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* SAGE, 2003.
- Dahlén, J., Janson, C. (2002). Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. *Chest*. 122:1633-1637.
- Elissen, A., Nolte, E., Knai, C., Brunn, M., Chevreul, K., Conklin, A., Durand-Zaleski, I., Erler, A., Flamm, M., Frölich, A., Fullerton, B., Jacobsen, R., Saz-Parkinson, Z., Sarria-Santamera, A., Sönnichsen, A., Vrijhoef, H. (2013). Is Europe putting theory into practice? A qualitative study of the level of self-management support in chronic care management approaches. *BMC Health Services Research*. 13:117.
- Gerteis, M.S. Edgman-Levitan, J. Daley, en T. Delbanco. *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*. San Fransisco: Jossey-Bass, 1993.
- Gerteis, M.S. Edgman-Levitan, J. Walker, D. Stokes, P. Cleary, en T. Delbanco. (1993). What patients really want. *Health Management Quarterly*. 15(3): 2-6.
- Heijmans, M.J.W.M., Spreeuwenberg, P., Rijken, P.M. (2009). Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met astma en mensen met COPD. *Trens en ontwikkelingen over de periode, 2008*.

- Hung, D.Y., Rundall, T.G., Tallia, A.F., Cohen, D.J., Halpin, H.A., Crabtree, B.F. (2007). Rethinking prevention in primary care: applying the chronic care model to address health risk behaviors. *Milbank Quarterly*. 85(1):69–91.
- Ketelaar, M., Visser-Meily, A. (2015). Van patiëntgerichte zorg naar gezinsgerichte zorg en verder: Family Empowerment. Verkregen op 10 januari 2017, van <http://mix.divide.nl/files/4X7L54D6/documents/family-empowerment.pdf>.
- Korownyk et al., (2017). Competing demands and opportunities in primary care. *Canadian Family Physician*. 63(9): 664–668.
- Kunik, M.E., Roundy, K., Venzy, C., Soucek, J. Richardson, P., Wray, N.P., Stanley, M.A. (2005). Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest*. 127:1205-1211.
- Lenfant, C. (2003). Shattuck Lecture — Clinical Research to Clinical Practice — Lost in Translation? *New England Journal of Medicine*. 349:868–74.
- Lindenberg, S.M. Continuities in the theory of social production functions. In: Lindenberg SM, Ganzeboom HBG, editors. *Verklarende sociologie: opstellen voor Reinhard Wippler*. Amsterdam: Thesis Publishers, 1996.
- MacCathie, H.C., Spence, S.H., Tate, R.L. (2002). Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors. *European Respiratory Journal*. 19:47-53.
- Manen, J.G. van, Bindel, P.J.E., Dekker, F.W., Ijzerman, C.J., Zee, J.S. Schadé, E. (2002). Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*. 57:412-416.
- Mikkelsen, R.L., Middelboe, T.Pissinger, C., Stage, K. (2004). Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), a review. *Nordic Journal of Psychiatry*. 58:65-70.
- Nieboer A.P. Sustainable care in a time of crisis. Inaugural lecture presented at: Erasmus University Rotterdam, 2013. Available at: [http://www.bmg.eur.nl/fileadmin/ASSETS/bmg/Onderzoek/Oraties/Nieboer/Oratie\\_Anna\\_Nieboer.pdf](http://www.bmg.eur.nl/fileadmin/ASSETS/bmg/Onderzoek/Oraties/Nieboer/Oratie_Anna_Nieboer.pdf)
- Nieboer A.P., Cramm J.M. (2018). How do older people achieve well-being? Validation of the Social Production Function Instrument for the level of well-being-short (SPF-ILs). *Soc Sci Med*. 211:304-313.
- Nieboer, A., Lindenberg, S., Boomsma, A., Van Bruggen, A.C. (2005). Dimensions of well-being and their measurement: the SPF-IL scale, *Social Indicators Research*. 73:313-353.
- Nolte, E., McKee, M. *Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective*. Maidenhead: Open University Press, 2008.
- Norris, S.L., Glasgow, R. E., Engelgau, M. M., O'Connor, P. J., & McCulloch. D. (2003). Chronic Disease Management: A Definition and Systematic Approach to Component Interventions. *Disease Management & Health Outcomes*. 11(8): 477–488.
- Osborn R, Moulds D, Squires D, Doty MM, Anderson C. (2014). International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. *Health Aff (Millwood)*. 33(12):2247-55.
- Picker Institute. Principles of patient-centered care. Accessed 20 January 2016, [http://cgp.pickerinstitute.org/?page\\_id=1319](http://cgp.pickerinstitute.org/?page_id=1319).
- Rathert, C., Wyriwich, M., Boren, S. (2013). Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*. 70(4):351-179.
- Renders, C.M., Valk, G.D., Griffin, S., Wagner, E.H., Eijk, J.T., Assendelft, W.J. (2001). Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database Systematic Review*. (1)CD001481.
- Traynor, M. & B. Wade. 1993. 'The development of a measure of job satisfaction for use in monitoring the morale of community nurses in four trusts.' *Journal of Advanced Nursing* 18 (1):127-136.
- Van Exel, N.J.A., de Graaf, G. Q-methodology: a sneak preview, 2005.
- Van Saane, N., J.K. Sluiter, J.H.A.M. Verbeek & M.H.W. Frings-Dresen. 2003. 'Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction—a systematic review.' *Occupational Medicine* 53 (3):191-200.

# Bijlage – Stellingen over persoonsgerichte zorg

## Hoe belangrijk zijn de volgende aspecten voor u als het gaat om de zorg in uw huisartsenpraktijk?

### Voorkeuren en behoeften van patiënten

1. Met waardigheid en respect behandeld worden
2. Rekening houden met mijn wensen en voorkeuren
3. Rekening houden met de invloed die de behandeling kan hebben op mijn leven
4. Dat ik word geholpen om mijn eigen behandeldoelen te halen

### Fysiek comfort

5. Aandacht besteden aan mijn lichamelijke comfort (zoals het behandelen van pijn, kortademigheid, slapeloosheid etc.)
6. Een schone en comfortabele wachtruimte en behandelkamer
7. Voldoende privacy in de behandelkamer en bij de balie

### Coördinatie van zorg

8. Dat al mijn zorgverleners goed geïnformeerd zijn: ik hoef mijn verhaal maar één keer te vertellen
9. Zorg die goed wordt afgestemd tussen de betrokken behandelaars
10. Een contactpersoon die alles weet van mijn ziekte en behandeling
11. Dat ik gemakkelijk bij iemand terecht kan met vragen

### Continuïteit en transitie

12. Bij een doorverwijzing naar een andere zorgverlener (specialist/diëtist/fysiotherapeut) goed geïnformeerd worden over waar ik naartoe moet gaan en waarom
13. Goede informatie overdracht bij een doorverwijzing naar een andere zorgverlener (specialist/diëtist/fysiotherapeut)
14. Goede afstemming van adviezen (bijvoorbeeld over medicatie) van verschillende behandelaars (medisch specialisten en huisartsen)

### Emotionele ondersteuning

15. Emotionele ondersteuning
16. Aandacht voor mogelijke gevoelens van angst, somberheid en bezorgdheid
17. Aandacht voor mijn privéleven (gezin, familie, werk, sociaal leven)

### Toegang tot zorg

18. Zonder problemen van mijn huis naar de huisarts kunnen gaan en weer terug
19. Dat mijn eigen bijdrage en het eigen risico geen belemmering vormen om de benodigde zorg en/of medicijnen te krijgen
20. Gemakkelijk en snel een afspraak kunnen plannen
21. Niet lang hoeven wachten bij een bezoek voordat ik aan de beurt ben

### Informatie en educatie

22. Goed worden geïnformeerd over alle aspecten van mijn zorg
23. Goede uitleg ontvangen over informatie die ik krijg
24. Makkelijke toegang hebben tot mijn eigen gegevens (lab resultaten, medicatie overzicht, doorverwijzingen)
25. Dat ik alle vragen kan stellen die ik wil

**Familie en vrienden**

26. Het betrekken van familieleden bij mijn behandeling met mijn instemming
27. Aandacht voor de zorg en ondersteuning verleend door familieleden
28. Aandacht voor mogelijke vragen en behoeften van mijn familieleden



**Erasmus University Rotterdam (EUR)**  
**Erasmus School of Health Policy & Management**  
Bayle Building  
Burgemeester Oudlaan 50  
3062 PA Rotterdam, The Netherlands  
T +31 10 408 8555  
E [communicatie@eshpm.eur.nl](mailto:communicatie@eshpm.eur.nl)  
W [www.eur.nl/eshpm](http://www.eur.nl/eshpm)