



Waardigheid  
en trots



# Literatuurstudie en overzicht van instrumenten Kwaliteit van leven en zorg meten

Onderdeel van het kennisprogramma Waardigheid en trots

**NIVEL**

***Mattanja Triemstra, Anneke Francke***

**Mei 2017**



Colofon:

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



## Inhoudsopgave

1	Introductie.....	4
1.1	Kennisprogramma .....	4
1.2	Perceel 3: Kwaliteit van leven (en zorg) “meten” .....	4
1.3	Doel en vraagstellingen .....	5
1.4	Fasering en leeswijzer.....	6
2	Methode.....	7
2.1	Drie onderdelen.....	7
2.2	Aanpak internationale literatuurstudie.....	7
2.3	Aanpak van de nationale inventarisatie .....	8
2.4	Samenvoeging van informatie in een overzicht van instrumenten .....	9
3	Resultaten van de internationale literatuurstudie en nationale inventarisatie .....	10
3.1	Selectie van literatuurstudies .....	10
3.2	Review van Castle (2007): een internationaal overzicht van tevredenheidsinstrumenten .	12
3.3	De andere zes reviews en de instrumenten die ze beschrijven .....	14
3.4	Nationaal overzicht van instrumenten.....	18
4	Ex ante analyse .....	21
4.1	Historische ontwikkelingen in meten en verbeteren van kwaliteit.....	21
4.2	Grote diversiteit aan instrumenten .....	21
4.3	Aansluiting op het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg .....	22
4.4	Aansluiting op het toetsingskader van de inspectie .....	23
4.5	Criteria voor de selectie van instrumenten.....	24
4.6	Beoordeling en selectie van instrumenten .....	27
5	Discussie en conclusies .....	30
6	Referenties .....	34
	Bijlage I. Overzicht van zoekstrategieën internationale literatuursearch.....	36
	Bijlage II. Overzicht van geïncludeerde literatuur.....	41
	Bijlage III. Overzicht van geïnventariseerde kwaliteitsinstrumenten	



## Samenvatting

Dit rapport beschrijft een internationale literatuurstudie en een nationale inventarisatie van instrumenten om de kwaliteit van leven en zorg in verpleeghuizen te meten en te verbeteren. Deze verkenning vormde de eerste fase van het onderdeel “Kwaliteit van leven en zorg meten” van het kennisprogramma Waardigheid en trots. Dit kennisprogramma sluit aan op het landelijke programma ‘Waardigheid en Trots, ruimte voor verpleeghuizen’ en heeft als doel om de kennis uit de Waardigheid en trots-projecten met onderzoek te verbreden, verdiepen en valideren. Zodat er evidence-based kennis beschikbaar komt voor bredere toepassing in de verpleeghuiszorg.

### Vraagstellingen

In dit onderdeel gaat het om het vinden, beschrijven en valideren van kwalitatieve instrumenten of methoden die geschikt zijn voor brede toepassing, zo mogelijk voor meerdere doeleinden, in de Nederlandse verpleeghuiszorg. Drie verdiepvragen die daarbij beantwoord moeten worden zijn:

1. *Welke instrumenten/methoden worden in de internationale onderzoeksliteratuur beschreven voor het vaststellen van kwaliteit van leven of kwaliteit van zorg in de verpleeghuiszorg?*
2. *Welke instrumenten/methoden worden momenteel gebruikt in de Nederlandse verpleeghuiszorg?*
3. *Welke instrumenten/methoden zijn aanbevelingswaardig om breed ingezet te worden in de verpleeghuiszorg, en waarom?*

### Literatuuronderzoek

Zes internationale literatuurstudies leverden een lijst op van 75 veelgebruikte en gevalideerde instrumenten om kwaliteit van leven en zorg in verpleeghuizen te meten. De meeste van deze instrumenten gaan over de kwaliteit van leven van bewoners (45), en dan vooral over een specifiek domein (zoals het cognitief of psychisch functioneren van bewoners) of een specifieke aandoening (zoals dementie of Alzheimer). Daarnaast werden 21 instrumenten over de kwaliteit van zorg (zoals cliënttevredenheidsvragenlijsten) en 9 klinische registraties of indicatorensets beschreven.

### Inventarisatie instrumenten

Uit de nationale inventarisatie komen 87 instrumenten naar voren die momenteel in Nederland worden gebruikt voor het meten en/of verbeteren van de kwaliteit van leven of kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. De meeste instrumenten zijn in Nederland ontwikkeld om zowel de kwaliteit te meten als te verbeteren. Meestal (in 80%) gaat het om kwalitatieve methoden (zoals een gesprek of dialoog) of een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve methoden (woorden én cijfers). Bij een vijfde van de instrumenten gaat het uitsluitend om een kwantitatief meetinstrument.

### Conclusies

Terwijl er internationaal dus vooral kwantitatieve meetinstrumenten lijken te worden gebruikt, worden er in Nederland juist veel kwalitatieve of gecombineerde (‘mixed’) methoden ontwikkeld en gebruikt. Waarbij de nadruk ligt op ‘het verhaal’ achter kwaliteit en de aansluiting op de praktijk. Het is nog niet duidelijk welke van deze instrumenten geschikt zijn voor brede toepassing in de Nederlandse verpleeghuiszorg. Daarvoor is nader onderzoek en landelijke consensus nodig.



## 1 Introductie

Begin 2015 is het plan 'Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen' door de Staatsecretaris van VWS gepresenteerd<sup>1</sup>, gericht op het verbeteren van de kwaliteit in de langdurige zorg en de organisaties die vallen onder de 'Wet langdurige zorg' (Wlz). Eén van de onderdelen uit het plan is het geven van ruimte aan verpleeghuizen die de ambitie hebben om best practice te worden. Dit is ondergebracht in het programma 'Waardigheid en Trots, ruimte voor verpleeghuizen' dat Vilans uitvoert en waaraan nu ruim 170 organisaties/zorgaanbieders met projecten deelnemen.

### 1.1 Kennisprogramma

Parrallel aan het programma 'Waardigheid en Trots, ruimte voor verpleeghuizen' is in 2017 een kennisprogramma gestart dat zich richt op verbreding, verdieping en validatie van de ontstane kennis uit de Waardigheid en trots-projecten door middel van onderzoek. Want het is van belang om te weten of de ingezette activiteiten en interventies echt werken en ook in de context van andere verpleeghuizen succesvol kunnen zijn. Zodat er evidence-based kennis beschikbaar komt voor bredere toepassing.

Het onderzoek voor het kennisprogramma is voor vier percelen aanbesteed door Vilans. De aanbesteding bouwt voort op een verkenning in 2016 waarbij diverse samenwerkingspartners - waaronder het NIVEL - "de beweging van de verandering" van de Waardigheid en Trots-projecten inzichtelijk hebben gemaakt en vijf vraagstukken voor het kennisprogramma hebben geformuleerd<sup>2</sup>:

- 1: Waardige betrokkenheid van cliënten en naasten
- 2: Trotse zorgprofessionals
- 3: Kwaliteit meten vanuit cliëntvisie
- 4: Omgaan met regelruimte
- 5: Levend leiderschap tot op de werkvloer

### 1.2 Perceel 3: Kwaliteit van leven (en zorg) "meten"

In dit perceel gaat het om methoden of instrumenten om de kwaliteit van de verpleeghuiszorg in beeld te brengen en te verbeteren, waarbij kwaliteit van leven de primaire uitkomstmaat is.

#### *Metten van kwaliteit*

Met de verschuiving naar zorg die meer gericht is op de behoeften en mogelijkheden van cliënten (en de betrokken naasten) wordt ook gesproken over een andere invulling van de kwaliteitsmonitoring. Er is een toenemende behoefte aan het structureel inzichtelijk maken van de ervaren kwaliteit van leven. En aan kwaliteitsmaten die inzicht geven in hoeverre cliënten de zorg en ondersteuning krijgen die zij ook het meest belangrijk vinden. Streven daarbij is om deze informatie meer te gebruiken in de constante leercyclus van zorgprofessionals, en wellicht ook als verantwoordingsinformatie.

Momenteel worden veel verschillende methoden en instrumenten toegepast in de langdurige zorg. Uit een inventarisatie van Significant in 2015<sup>3</sup> bleek al dat er al veel instrumenten beschikbaar zijn die kwaliteit van leven meten in de V&V sector en dat er steeds meer kwalitatieve methoden





worden ontwikkeld en gebruikt, maar dat het lastig is om één instrument in te zetten voor meerdere doelen. Daarom wordt een breed scala van methoden/ instrumenten ingezet in de V&V sector, vaak naast elkaar en met verschillende doelen. Bijvoorbeeld: voor verbetering van het zorgproces, kwaliteitsverbetering op team-/organisatieniveau, of voor externe verantwoording.

Ook uit de verkenning in 2016<sup>2</sup>, ter voorbereiding op het kennisprogramma, bleek dat verpleeghuizen met veel verschillende methoden/instrumenten voor uiteenlopende doeleinden experimenteren. Binnen het thema 'Kwaliteit meten en verantwoorden' van het programma 'Waardigheid en Trots, ruimte voor verpleeghuizen' wordt namelijk met meer dan 40 zorgaanbieders intensief gewerkt aan de ontwikkeling en verbetering van instrumenten/ methoden om kwaliteit van leven en zorg inzichtelijk te maken.

In de zoektocht van verpleeghuizen krijgt de inzet van kwalitatieve methoden - zoals een 'goed gesprek' met bewoners over wat zij belangrijk vinden en hoe zij de zorg beleven - steeds meer aandacht. Dit ter aanvulling op de meer kwantitatieve methoden zoals de CQ-index Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (kortweg CQI VVT)<sup>4,5</sup> die vooral worden ingezet voor externe verantwoording. Deze kwalitatieve methoden hebben verbetering van het (individuele) zorgproces tot doel, bijvoorbeeld een verbetering van de relatie cliënt-zorgprofessional, en (de bevindingen) worden geïntegreerd in besprekingen van het zorgplan. Maar onduidelijk is nog of de kwalitatieve methoden ook bruikbaar zijn voor kwaliteitsverbetering op team- en organisatieniveau, en of de informatie geschikt is voor externe verantwoording. Hiervoor is informatie nodig op een hoger aggregatieniveau, alsook afstemming met de implementatie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (Zorginstituut Nederland, januari 2017)<sup>6</sup>.

### 1.3 Doel en vraagstellingen

Dit perceel 3 heeft een tweeledig doel, namelijk om:

1. een overzicht van kwaliteitsinstrumenten/methoden voor de V&V sector op te stellen;
2. enkele kwalitatieve instrumenten/methoden door te ontwikkelen (in 5 Waardigheid en trots projecten) en te onderbouwen met evidence van betrouwbaarheid en validiteit op een manier die past bij het instrumentarium.

Uiteindelijk gaat het in dit onderzoek om het vinden en valideren van kwalitatieve instrumenten of methoden die geschikt zijn voor brede toepassing, zo mogelijk voor meerdere doeleinden, in de verpleeghuiszorg in Nederland. Daarbij zijn er drie verdiepingsvragen en enkele subvragen die beantwoord moeten worden, te weten:

1. ***Welke instrumenten/methoden worden in de internationale onderzoeksliteratuur beschreven voor het vaststellen van kwaliteit van leven of kwaliteit van zorg in de verpleeghuiszorg?***
2. ***Welke instrumenten/methoden worden momenteel gebruikt in de Nederlandse verpleeghuiszorg?***



3. **Welke instrumenten/methoden zijn aanbevelingswaardig om breed ingezet te worden in de verpleeghuiszorg, en waarom?**
  - a. Welke instrumenten/methoden voldoen aan criteria omtrent de validiteit, betrouwbaarheid, hanteerbaarheid/gebruiksgemak, generieke toepasbaarheid, effectiviteit (bewezen bijdrage aan kwaliteit) en aansluiting op het kwaliteitskader voor de verpleeghuiszorg?
  - b. Wanneer, waar(voor) en waarom zijn deze instrumenten/methoden geschikt/passend? In welke settings/situaties, bij welke doelgroepen, onder welke condities en voor welke gebruiksdoelen?

#### 1.4 Fasering en leeswijzer

De eerste fase van dit perceel (stap 1) richt zich op het inventariseren van instrumenten voor het meten of verbeteren van de kwaliteit van leven of kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Het moet daarbij gaan om instrumenten of methoden die internationaal en/of in Nederland gebruikt worden en die mogelijk geschikt zijn voor brede toepassing in de Nederlandse verpleeghuiszorg. Voor deze instrumenten worden de specifieke kenmerken, beschikbare evidence en toepassingsmogelijkheden in kaart gebracht.

Hierna wordt de methode van deze onderzoeksfase beschreven (Hoofdstuk 2), gevolgd door de resultaten van het literatuuronderzoek (Hoofdstuk 3), een ex-ante analyse over de betekenis voor de praktijk (Hoofdstuk 4), en een discussie met conclusies voor dit deelonderzoek (Hoofdstuk 5). In de bijlagen is gedetailleerde informatie te vinden over de methode en resultaten (zoekstrategieën voor de internationale literatuurstudie in Bijlage I, geselecteerde reviews in Bijlage II en een overzicht van geïnventariseerde Nederlandse kwaliteitsinstrumenten in Bijlage III).



## 2 Methode

### 2.1 Drie onderdelen

Deze fase kent de volgende drie onderdelen (A, B en C):

#### A. Internationale literatuurstudie

Allereerst wordt met een internationale literatuurstudie gezocht naar overzichten van instrumenten of methoden die mogelijk geschikt zijn voor het in kaart brengen of verbeteren van de kwaliteit van leven of kwaliteit van zorg in de verpleeghuiszorg. Daarbij wordt specifiek gekeken naar de doelen, kenmerken en onderbouwing van de verschillende instrumenten.

#### B. Nationale inventarisatie

Aan de hand van grijze literatuur, (onderzoeks)publicaties, websites, bestaande overzichten en inventarisaties onder W&T-deelnemers wordt bekeken welke Nederlandstalige instrumenten/methoden momenteel in de Nederlandse verpleeghuiszorg worden gebruikt.

#### C. Overzicht van beschikbare en mogelijk geschikte instrumenten/methoden

Op basis van voorgaande twee inventarisaties (A en B) wordt een overzicht opgesteld van alle Nederlandstalige instrumenten/methoden die mogelijk geschikt zijn om breed ingezet te worden in de verpleeghuiszorg. Bij de beschrijving van instrumenten worden de bronnen, doelen, kenmerken, toepasbaarheid, onderbouwing/evidentie en praktijkervaringen vermeld (voor zover bekend uit de literatuurstudie en de inventarisaties).

Hierna worden de methoden voor deze drie onderdelen nader uitgewerkt en toegelicht.

### 2.2 Aanpak internationale literatuurstudie

De internationale literatuurstudie richt zich op een analyse van bestaande reviews over instrumenten en methoden voor het meten of verbeteren van de kwaliteit van leven of kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Deze literatuurstudie is dus te kenmerken als een 'meta-review van bestaande internationale literatuurstudies'. Wetenschappelijke literatuur over afzonderlijke studies wordt niet bestudeerd, vanwege tijdsbeperkingen maar eerst en vooral omdat het moet gaan om een overzicht van internationaal (veel-)gebruikte instrumenten of methoden.

Voor het gericht zoeken naar bestaande relevante de wetenschappelijke literatuur zijn in maart en april 2017 gestructureerde searches gedaan in PUBMED/Medline, CINAHL, Embase en PsycINFO. De bijbehorende zoekstrategieën zijn opgenomen in Bijlage I van dit document.



De volgende criteria zijn gehanteerd voor de internationale literatuurstudie. Het moet gaan om:

- 1) bestaande literatuurstudies/reviews (systematisch, scoping of narratief);
- 2) die gaan over onderzoek naar instrumenten of methoden om kwaliteit van leven of kwaliteit van zorg bij ouderen te meten in de verpleeghuissetting;
- 3) die gaan over instrumenten of methoden die bedoeld/geschikt zijn voor toepassing door zorgprofessionals en/of in dialoog met ouderen/bewoners of familieleden;
- 4) die gepubliceerd zijn in de afgelopen 10 jaar (vanaf 2007), waarbij onderliggende studies wel ouder (van eerdere datum) mogen zijn;
- 5) in het Engels of Nederlands.

De volgende exclusiecriteria zijn gehanteerd voor de internationale literatuurstudie:

- Literatuurstudies over instrumenten die betrekking hebben op specifieke aandachtsgebieden, ziektes, symptomen of risico's (bijvoorbeeld decubitus, diabetes, gedragsproblemen, incontinentie, medicatie, mondzorg, pijn, vallen, wondzorg), anders dan veelvoorkomende aandoeningen in verpleeghuizen (zoals dementie en CVA).
- Literatuurstudies over instrumenten die alleen gebruikt kunnen worden in een specifieke zorgfase (bijvoorbeeld bij opname of rond het levenseinde/sterven).
- Literatuurstudies die uitsluitend gaan over verslagleggingsmethoden of registraties.

De gevonden referenties uit de zoekstrategieën zijn ontdubbeld en vervolgens eerst gescreend op basis van titel en abstract door twee onderzoekers, onafhankelijk van elkaar (MT & AF). Hierbij zijn de onderzoeksvragen en de opgestelde in- en exclusiecriteria leidend. Vervolgens zijn de selecties van beide onderzoekers met elkaar vergeleken en wordt eventueel consensus gezocht. Na de eerste selectie zijn de literatuurstudies gedownload of opgevraagd en op basis van de volledige teksten beoordeeld en definitief geïnccludeerd of geëxcludeerd.

De inhoud van de geselecteerde literatuurstudies zijn samengevat in een overzicht van bestaande instrumenten/methoden, met een omschrijving van de kenmerken en waar mogelijk de beschikbare evidence voor de betreffende instrumenten/methoden.

Vervolgens zijn de geselecteerde literatuurstudies gebruikt voor de synthese. De inhoud en gebruikte methoden van de systematische literatuurstudies waren heterogeen en beschrijvend. Daarom kon geen statistische pooling plaatsvinden, maar kozen we voor een narratieve synthese van de gevonden resultaten en aanbevelingen. De wijze van data-extractie en rapportage sluit aan bij de PRISMA statement over rapportage van systematische literatuurstudies<sup>7</sup>. Voor rapportage van het selectieproces maakten we gebruik van het PRISMA flow diagram (zie figuur 1).

### **2.3 Aanpak van de nationale inventarisatie**

De zoektocht naar geschikte instrumenten/methoden is aangevuld met een nationale inventarisatie. Deze verkenning richtte zich specifiek op Nederlandstalige instrumenten voor de intramurale ouderenzorg. Waarbij het - net als bij de internationale literatuurstudie - gaat om instrumenten of methoden die kwaliteit van leven of kwaliteit zorg inzichtelijk kunnen maken of kunnen verbeteren, en die mogelijk geschikt zijn voor brede toepassing in de verpleeghuissector.





Voor deze nationale inventarisatie gebruikten we eerdere inventarisaties, actuele overzichten van Vilans over instrumenten die verpleeghuizen (deelnemers aan Waardigheid en Trots), en overige relevante grijze literatuur en informatie op internet. Eerdere nationale inventarisaties zijn bijvoorbeeld die van Significant<sup>3</sup> en projecten van het ZonMw-programma “Kwaliteit van Zorg: versnellen, verbreden, vernieuwen” (zoals het NIVEL-project ‘Horen, zien en spreken’).

Daarnaast bieden de overzichten van Vilans inzicht in welke instrumenten momenteel door de deelnemende verpleeghuizen aan Waardigheid en Trots worden gebruikt, en welke instrumenten potentieel geschikt zijn voor toepassing binnen het Kwaliteitskader (en die op een zogeheten ‘longlist’ staan). Bovendien is informatie van de KwaliteitsWijzer ([www.kwaliteitwijzer.vilans.nl](http://www.kwaliteitwijzer.vilans.nl)) gebruikt. Op deze website, die Vilans recentelijk heeft gelanceerd (op 4 april 2017), staan veel instrumenten die in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg worden gebruikt.

#### **2.4 Samenvoeging van informatie in een overzicht van instrumenten**

Op basis van de internationale literatuurstudie en de nationale inventarisatie is een overzicht opgesteld van beschikbare Nederlandstalige instrumenten die de kwaliteit van leven en/of kwaliteit van zorg inzichtelijk kunnen maken. Inclusief een beschrijving van de instrumenten, de toepassingsmogelijkheden, de onderbouwing en praktijkervaringen (voor zover bekend). Resultaat is een actueel overzicht van beschikbare kwaliteitsinstrumenten voor de verpleeghuissector, en van ‘state-of-the-art’ kennis omtrent de geschiktheid van deze instrumenten om kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg in beeld te brengen in verpleeghuizen.



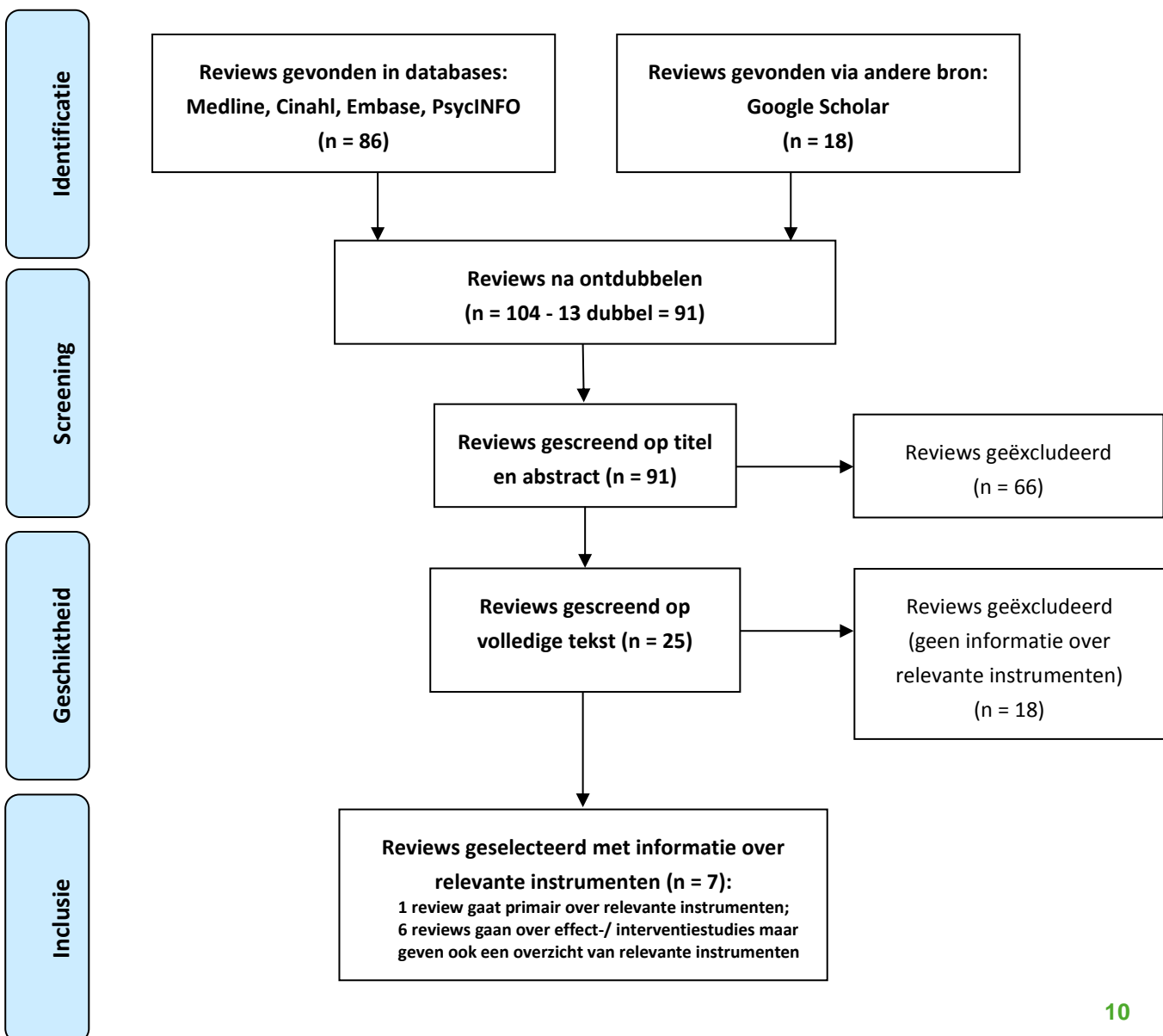
### 3 Resultaten van de internationale literatuurstudie en nationale inventarisatie

#### 3.1 Selectie van literatuurstudies

De zoektocht in de wetenschappelijke databases (Medline, Cinahl, Embase en PsycINFO) en via Google scholar leverde in totaal 104 reviews op. Hiervan waren 13 publicaties dubbel. De opbrengst van de internationale literatuurstudie en het selectieproces staan weergegeven in figuur 1. In Bijlage II staan de referenties van de geselecteerde reviews.

Uiteindelijk zijn zeven reviews geselecteerd, waarvan één review (Castle, 2007) primair over relevante instrumenten gaat. Zes overige reviews beschrijven primair interventie-/effectstudies maar geven daarnaast ook een overzicht van relevante meetinstrumenten (Backhaus et al., 2014; Li & Porock, 2014; Donald et al., 2013; Beerens et al., 2012; Sales et al., 2012; Spilsbury et al., 2011).

Figuur 1. Prisma diagram voor internationale literatuursearch (meet)instrumenten



Na screening van alle 91 titels en abstracts zijn 25 reviews geselecteerd waarvan de volledige teksten zijn geïnspecteerd. Hiervan bevatten 18 reviews toch geen informatie over relevante instrumenten of methoden. In tabel 1 staan de redenen voor de exclusie van de 84 reviews die uiteindelijk niet zijn geselecteerd. Meest voorkomende redenen voor exclusie waren dat de reviews te specifieke onderwerpen hadden (52 keer) of dat instrumenten/methoden niet het onderwerp van de publicatie vormden en er nauwelijks instrumenten/methoden in werden beschreven (19 keer).

**Tabel 1 Redenen voor de exclusie van 84 reviews.**

<b>Redenen voor exclusie:</b>	<b>Aantal reviews:</b>
- Literatuurstudies over (instrumenten met betrekking tot) specifieke aandachtsgebieden, ziektes, symptomen of risico's (bijvoorbeeld decubitus, diabetes, gedragsproblemen, incontinentie, medicatie, mondzorg, pijn, vallen, wondzorg en ziekenhuisopnames), anders dan veelvoorkomende aandoeningen in verpleeghuizen (zoals dementie en CVA).	52
- Literatuurstudies waarin de instrumenten/methoden niet centraal staan, maar slechts onderdeel uitmaken van een interventie-/effectstudie (als middel voor het vaststellen van effecten of uitkomsten) en instrumenten/methoden nauwelijks beschreven worden.	19
- Literatuurstudies die toch niet over verpleeghuiszorg gaan (maar bijvoorbeeld alleen over thuiszorg, de accommodatie of omgeving, of overdracht naar andere zorg).	8
- Literatuurstudies gaan uitsluitend over verslagleggingsmethoden/registraties (ICT).	3
- Literatuurstudies over instrumenten die alleen gebruikt kunnen worden in een specifieke zorgfase (bijvoorbeeld bij opname of rond het levenseinde/sterven).	2

Zeven reviews bevatten wel relevante informatie over instrumenten. In zes van deze reviews zijn instrumenten weliswaar niet het hoofdonderwerp van de publicatie, en vormen ze vooral een methode om effecten van interventies of kwaliteitsverbetering vast te stellen, maar worden ze wel uitvoerig beschreven (Backhaus et al., 2014; Li & Porock, 2014; Donald et al., 2013; Beerens et al., 2012; Sales et al., 2012; Spilsbury et al., 2011), Slechts één van de zeven geselecteerde reviews gaat primair over relevante instrumenten (Castle, 2007).

In de volgende paragraaf (3.2) geven we een beschrijving van de geselecteerde review van Castle (2007), met een overzicht van instrumenten die hierin worden besproken. Om een compleet beeld te geven van internationaal veelgebruikte instrumenten presenteren we vervolgens (in 3.3) ook een overzicht van instrumenten zoals genoemd in de zes overige - deels relevante - reviews.



### 3.2 Review van Castle (2007): een internationaal overzicht van tevredenheidsinstrumenten

De review van Castle (2007) beschrijft en vergelijkt 50 studies uit de periode 1970-2004 waarin instrumenten zijn ontwikkeld of gebruikt voor het meten van tevredenheid over de intramurale langdurige zorg. Het gaat hierbij om 'long-term care settings' (LTCs) zoals verpleeghuizen en verzorgingshuizen, maar bijvoorbeeld ook om afdelingen voor langdurig verblijf in ziekenhuizen. In het artikel wordt een groot aantal instrumenten beschreven en vergeleken voor wat betreft hun format, inhoud en toepassingsmogelijkheden. Conclusies van deze review zijn enerzijds dat het standaardiseren van instrumenten gewenst is voor benchmarking en publieke verantwoording, en anderzijds dat deze standaardisatie wel heel moeilijk zou kunnen zijn door de grote variatie in instrumenten en methodes van tevredenheidsonderzoek. Hierna volgt eerst een samenvatting van Castle's review, met een overzicht van de tevredenheidsinstrumenten uit deze review, waarna een overzicht volgt van alle relevante instrumenten uit de zes overige reviews.

De review laat veel verschillen zien tussen de 50 studies en instrumenten. Bijvoorbeeld als het gaat om het aantal vragen, domeinen, response-formats, afnamemethodes en de gerapporteerde psychometrische eigenschappen van de instrumenten. Maar ook voor wat betreft de steekproefomvang, selectie van deelnemers en het aantal respondenten in de betreffende studies.

Er is duidelijk een gebrek aan standaardisatie van de instrumenten; zowel qua inhoud (domeinen en aantal vragen) als het respons-format. Zo varieerde het aantal items per instrument van 10 tot 62 (mediaan=26), het aantal domeinen van 2 tot 14 (mediaan=7), het respons-format (meestal een Likert-schaal met 3-7 antwoordcategorieën) en het aantal respondenten in de beschreven studies van 14 tot 9.053. Ook verschilden de benaderingswijzen (per post, persoonlijk of telefonisch) en het wel of niet uitvoeren van een cognitieve screening om na te gaan of bewoners kunnen deelnemen. Dit laatste kan bijvoorbeeld met de Mini Mental Status Examination (MMSE) of met de Cognitive Performance Scale (CPS) die in het kader van de Minimum Data Set (MDS) werd geregistreerd.

Verder is er grote variatie in de gerapporteerde psychometrische eigenschappen van instrumenten. Castle beschrijft de mate waarin over de validiteit en betrouwbaarheid van instrumenten is gerapporteerd in termen van de interne consistentie, test-hertest betrouwbaarheid, inter-beoordelaars betrouwbaarheid, en de concurrente en constructvaliditeit. De meeste studies (32 van de 50) rapporteerden wel over één of meer meeteigenschappen, maar meestal beperkte dit zich tot de interne consistentie (Cronbach's alpha). Slechts enkele studies gaven een uitgebreidere beschrijving; zeven studies rapporteerden over drie of meer psychometrische eigenschappen.

Qua inhoud van de instrumenten zijn er juist wel veel overeenkomsten. Domeinen die in de meeste instrumenten aan bod komen zijn namelijk: de accommodatie of fysieke omgeving, maaltijden, behandeling, zorgverleners, activiteiten, vertrouwen en veiligheid. Tegelijk stelt Castle de vraag of dit wel de onderwerpen zijn die cliënten/ bewoners zelf het belangrijkste vinden, want ouderen waren meestal niet betrokken bij de ontwikkeling van meetinstrumenten (Sixma et al., 2000)<sup>8</sup>.



In de review van Castle (2007) wordt als nadeel van tevredenheidsvragenlijsten genoemd dat ze dikwijls een 'plafond-effect' vertonen door de steevast hoge tevredenheidsscores en het gebrek aan respons-variatie. Dit lijkt iets minder aan de orde bij specifiekere vragen/ervaringen. Daarom worden korte, algemene vragenlijsten door de auteurs van de diverse studies over het algemeen als minder bruikbaar gezien dan langere, gedetailleerde vragenlijsten. Maar de langere schriftelijke vragenlijsten lijken gepaard te gaan met een lagere respons (Castle vond een correlatie van  $-0,47$ ) of in ieder geval met een hogere belasting van de respondenten.

Een ander probleem met tevredenheidsonderzoek is het gevaar van vertekening van de resultaten door sociaal-wenselijke antwoorden en selectieve respons of bias door gezondheidsproblemen van (non-)respondenten. Bovendien ligt in een langdurige zorg(afhankelijke) setting nog een ander probleem op de loer, namelijk de vertekening door angst voor represailles of een gebrek aan anonimiteit. Een schriftelijke enquête onder familieleden, zoals gerapporteerd in 14 studies, lijkt dan een uitkomst. Hoewel het tegelijk onduidelijk is of de familieleden wel adequate proxies zijn.

Verder noemt Castle als methodologische problemen van tevredenheidsonderzoeken: de selectie en exclusie van bewoners met cognitieve beperkingen, de geringe aantallen bewoners per verpleeghuis of afdeling (waardoor de steekproefomvang en het aantal respondenten vaak klein zijn) en de grote variatie in soorten zorg en bewoners van verpleeghuizen waardoor er voorafgaande aan een meting lastige keuzes moeten worden gemaakt. Bijvoorbeeld keuzes over de soort zorg die geëvalueerd wordt (gaat het ook om acute zorg, revalidatie of palliatieve zorg?), in welke fase (alleen langdurige zorg of ook kortdurend verblijf?) en bij welke groepen bewoners (gaat het bijvoorbeeld om bewoners met of zonder dementie?). Het feit dat maar circa de helft van de door Castle beschreven studies over een steekproefkader rapporteert, is mogelijk een gevolg van deze complexiteit en verscheidenheid.

Tot slot wordt in de review de CAHPS® Nursing Home Survey (Sangl et al., 2007)<sup>10</sup> als mogelijk betrouwbaar en valide alternatief voor de tevredenheidsvragenlijsten, waarmee een deel van de bovenstaande problemen mogelijk wordt ondervangen. Deze Amerikaanse vragenlijst werd toentertijd nog (door)ontwikkeld en vormde mede de basis van de Nederlandse CQ-index<sup>4,5</sup>.

### *Instrumenten uit de review van Castle*

In de review van Castle (2007) worden 16 instrumenten gepresenteerd die specifiek over de verpleeghuiszorg gaan en waarvan de namen bekend zijn (niet alle instrumenten hadden een naam). Deze instrumenten zijn bedoeld voor het evalueren van de zorg vanuit het perspectief van de bewoners, maar soms (ook) vanuit het perspectief van familieleden en/of (administratieve) medewerkers. In tabel 2 staan deze 16 instrumenten met de auteurs die hierover hebben gepubliceerd, de beoogde doelgroep en het aantal items.

Voor deze 16 instrumenten is nagegaan of er ook Nederlandstalige versies van bestaan, door via Google te zoeken met de naam van het oorspronkelijke instrument op Nederlandse websites. Maar vooralsnog lijken er voor geen van deze 16 instrumenten Nederlandstalige vertalingen te bestaan.





**Tabel 2. Internationale instrumenten voor het meten van tevredenheid over verpleeghuiszorg (selectie uit overzicht van Castle, 2007)**

Auteur(s)	Naam van instrument
Greenwald & Linn (1971)	Nursing Home Rating Scale (NHRS)
Kleinsorge & Koenig (1991)	Customer Satisfaction Instrument
Kurzich, Clinton & Kelber (1992)	Satisfaction with Nursing Home Scale (modified)
Lavizzo-Mourey, Zinn, & Taylor (1992) / Zinn, Lavizzo-Mourey, & Taylor (1993)	Nursing Home Resident Satisfaction Scale (NHRSS)
Pearson, Hocking, Mott, & Riggs (1993)	Resident Satisfaction Schedule
Chen & Snyder (1996)	Satisfaction with Nursing Home Questionnaire
Steffen, Nystrom & O'Connor (1996) / Curry & Stark (2000) / Duffy, Duffy & Kilbourne (2001)	SERVQUAL
Simmons, Schnelle, Uman, Kulvicki, Lee, & Ouslander (1997) / Uman et al. (2000)	Resident Satisfaction Interview
Davis, Sebastian & Tschetter (1997)	Nursing Home Service Quality Inventory (NHSQI)
Ryden et al. (2000)	Satisfaction with Nursing Home Instrument (SNHI)
Becker & Kaldenberg (2000)	Press Ganey Resident Satisfaction Index
Straker & Ejaz (2001)	Ohio Department of Aging Resident Satisfaction Survey
Redfern, Hannan, Norman, & Martin (2002)	Ward Atmosphere Scale (WAS)
Hodlewsky & Decker (2002)	American Health Care Association Customer Satisfaction Survey Instrument
Ejaz, Straker, Fox & Swami (2003)	Ohio Department of Aging Family Satisfaction Instrument
Castle (2004)	Nursing Facility Family Satisfaction Questionnaire

### 3.3 De andere zes reviews en de instrumenten die ze beschrijven

Hierna beschrijven we ook de instrumenten die in de overige zes geïncludeerde reviews worden genoemd. Deze reviews focussen niet primair op de instrumenten, maar geven wel inzicht in een groot aantal relevante, veelgebruikte internationale instrumenten voor de evaluatie van de verpleeghuiszorg. Het betreft veelal vragenlijsten of observatie-instrumenten die kwaliteit van leven in beeld brengen, geschikt voor de algemene verpleeghuispopulatie of voor bewoners met dementie of Alzheimer in het bijzonder. Over algemene of specifieke maten van functioneren of gezondheid of kwaliteit van zorg. Tabel 3 geeft een overzicht van deze instrumenten en hierna volgt een korte omschrijving van de zes reviews.

Twee van de zes reviews gaan uitsluitend over het gebruik van klinische registraties zoals de Minimum Data Set (MDS) of RAI (Resident Assessment Instrument) voor de evaluatie van de personeelsbezetting/-samenstelling en kwaliteitsverbetering in verpleeghuizen (Backhaus et al., 2014; Sales et al., 2012). De review van Sales et al. (2008) betreft 24 studies uit de periode voor oktober 2008, en de review van Backhaus et al. (2014) 18 studies uit januari 2007 tot april 2013.

Drie andere reviews rapporteren zowel over de effecten zoals gemeten met klinische registraties, als over zelf-rapportage of andere cliëntgebonden meetinstrumenten. Naast de MDS of RAI worden in deze reviews ook de Amerikaanse registraties OSCAR (Online Survey, Certification, and Reporting)



en MMACS (Medicare/Medicaid Automated Certification System) genoemd. Twee van deze reviews (Spilsbury et al., 2014 en Donald et al., 2013) beschrijven de effecten van het personeel (niveau van verpleegkundigen) op de kwaliteit van de verpleeghuiszorg, en de review van Li & Porock (2014) gaat over de uitkomsten van persoonsgerichte zorg.

Donald et al. (2013) beschrijft 15 papers uit de periode 1966-2010 over vier prospectieve studies in de USA naar het effect van de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen ('advanced practice nurses'). In deze studies zijn naast de Minimum Data Set (MDS) ook veel andere instrumenten voor het meten van gezondheid of het gedragsmatig, cognitief of psychologisch functioneren gebruikt. Zoals de Mini Mental State Exam (MMSE), de Geriatric Depression Scale (GDS) en de Goal Attainment Scale (GAS). Hoewel het in deze review maar om een paar studies ging, was er wel een grote heterogeniteit in uitkomstmaten.

De review van Spilsbury et al. (2011) laat een nog grotere heterogeniteit zien. Hierin worden 50 papers uit de periode 1980 tot februari 2008 beschreven, met in totaal 42 indicatoren (veelal gebaseerd op de klinische registraties MDS, OSCAR en MMACS). Door deze heterogeniteit zijn de resultaten ook heel divers, dikwijls inconsistent en soms tegenstrijdig. Ondanks het gemak van de klinische registraties ('easier to measure') houden de auteurs een pleidooi voor het betekenisvol meten van zelf-gerapporteerde kwaliteit van leven (fysieke, mentale en sociale uitkomsten) en kwaliteit van zorg (zoals bewoners tevredenheid).

In de review van Li & Porock (2014) worden naast de geregistreerde indicatoren (zoals ADL, vallen, gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen en psychofarmaca) heel veel andere instrumenten genoemd. Zowel voor het meten van effecten op de algemene kwaliteit van leven van bewoners, als voor effecten op het fysieke, psychische, cognitieve en sociale functioneren, het gedrag van bewoners of hun beoordeling van de zorg (tevredenheid). Dit betreft 24 studies uit de periode januari 1990 tot april 2013, waarvan negen studies specifiek gericht waren op bewoners met dementie. Van de instrumenten die in tabel 3 worden genoemd, zijn de meeste instrumenten afkomstig uit deze review van Li & Porock (2014).

Tot slot worden in de review van Beerens et al. (2013) 10 studies beschreven van hoge kwaliteit, uit de periode januari 2000 t/m mei 2012, over factoren die de kwaliteit van leven bij dementie bepalen in de langdurige zorg. Hierbij worden een negental gevalideerde instrumenten beschreven, zoals QUALID, QoL-AD, ADRQL en de in Nederland gebruikte QUALIDEM. Overigens verschilt het perspectief van waaruit de kwaliteit van leven wordt beoordeeld (zelf versus proxy) tussen de instrumenten en studies, wat van invloed is op de gerapporteerde scores en uitkomsten.

#### *Instrumenten uit de zes overige reviews*

Deze zes reviews leverden een lijst op van 59 internationaal veelgebruikte en gevalideerde instrumenten (zie tabel 3). Hiervan gaan de meeste instrumenten (45) over kwaliteit van leven. Dit zijn vooral domein- of functie-specifieke vragenlijsten en 15 aandoeningspecifieke instrumenten (voor dementie of Alzheimer). Daarnaast telt de lijst 9 klinische registraties of indicatorensets en 5 kwaliteit-van-zorg-/tevredenheids-instrumenten.

Voor alle genoemde instrumenten is met een Google-search nagegaan of er ook Nederlandstalige versies van bestaan. Voor zover dit kon worden nagegaan, lijkt er voor 38 van deze instrumenten een Nederlandse vertaling te bestaan. Deze vertaalde vragenlijsten gaan meestal over de algemene kwaliteit van leven (7), het psychische (8) of cognitieve (8) functioneren, of over gedrag (6).

**Tabel 3. Internationale instrumenten\* voor het meten van kwaliteit van leven, gezondheids- en zorguitkomsten in verpleeghuizen en de beschikbaarheid van Nederlandse vertalingen (voor zover dit via Google kon worden nagegaan).**

Onderwerp	Naam van instrument	Vertaald in het Nederlands?
Kwaliteit van leven (algemeen of bij dementie):	Quality of Life Scale for Nursing Home Residents	NEE
	Experience of Home (EOH)	NEE
	Dementia Quality of Life (DQoL / D-QOL)	JA
	Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD)	JA
	Quality of Life In Late-Stage Dementia (QUALID)	JA
	Quality of Life in Dementia (QOL-D)	JA
	Dementia Care Mapping (DCM)	JA
	Alzheimer's Disease Related Quality of Life (ADRQL)	JA
	Quality of life in Dementia (QUALIDEM)	JA
Fysiek functioneren:	Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)	NEE
	Self-performance Scale	NEE
	Australian Resident Classification Scale	NEE
	Patient Activity Scale - Alzheimers' Disease (PAS-AD)	NEE
	Philadelphia Geriatric Center - Pain Intensity Scale (PGC-PIS)	NEE
Psychisch functioneren:	Pearlin and Schooler's Mastery Scale for helplessness	JA
	Geriatric Depression Scale (GDS)	JA
	Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)	JA
	Dementia Mood Assessment Scale	NEE
	UCLA-Loneliness scale	JA
	Lawton's Apparent Affect Rating Scale (AARS/ PGC-AARS)	NEE
	Apparent Emotion Rating scale (AER)	NEE
	Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES)	JA
	Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale (PGC-ARS/ PARS)	JA
	Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGC-MS)	JA
	Lawton's Modified Behavior Stream	NEE
	Interest and Pleasure Scale/ Positive Affect Rating Scale (PARS, zie PGC-ARS)	JA
Raskin Depression Scale	NEE	
Sociale steun:	Lubben social network scale	JA
	Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ)	JA (in SSL)



(vervolg Tabel 3)		
Gedrag:	Neuropsychiatric inventory for the nursing home (NPI-NH)	JA
	Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Scale (BEHAVE-AD)	JA
	Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI)	JA
	Agitation Behavior Mapping Instrument (ABMI)	JA
	Scale for the Observation of Agitation Scale in Persons with Dementia (SOAPD)	NEE
	Agitation Visual Analog Scale (AVAS)	JA
	Withdrawal Visual Analog Scale (WVAS)	JA
	Ryden Aggression Scale (RAS)	NEE
Cognitief functioneren:	Mini-Mental Status Examination (MMSE)	JA
	Cognitive Problem Scale (MDS-CPS)	JA
	Global Deterioration Scale (GDS)	JA
	Brief Cognitive Rating Scale (BCRS)	JA
	Clinical Dementia Rating (CDR)	JA
	Test for Severe Impairment (TSI)	JA
	Mattis Dementia Rating Scale	JA
	Bedford Alzheimer's Nursing Scale (BANS)	JA
Klinische registraties, gezondheids-uitkomsten en indicatoren:	Minimum Data Set (MDS) / Resident Assessment Instrument (RAI 2.0)**	JA
	Outcomes and Assessment Information Set (OASIS)	NEE
	Online Survey, Certification, and Reporting (OSCAR)	NEE
	Assessing Care Of Vulnerable Elderly (ACOVE)	NEE
	Incontinence Monitoring Schedule	JA
	Braden Scale for Pressure Score Risk	JA
	Staging of Pressure Ulcers	NEE
	Minnesota Case Mix Classification System	NEE
	Charlson Comorbidity Index	JA
Kwaliteit van zorg / tevredenheid:	Goal Attainment Scale (GAS)	JA
	Rutgers Satisfaction Assessment Tool - NH Resident (RSAT-NR20)	NEE
	Pennsylvania Long Term Care Facility Questionnaires	NEE
	Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes (TESS-NH)	JA
	Quality interaction schedule (QUIS)	JA

\*) Uit de reviews van: Backhaus et al., 2014; Li & Porock, 2014; Donald et al., 2013; Beerens et al., 2012; Sales et al., 2012; Spilsbury et al., 2011.

\*\*) Minimum Data Set (MDS)/ RAI: Activiteiten in het dagelijks leven (ADL), zien, horen, spreken, voeding, infecties, vallen, decubitus, slaperigheid overdag, medicijngebruik etc.



### 3.4 Nationaal overzicht van instrumenten

Voortbouwend op eerdere inventarisaties en overzichten, en met behulp van gerichte aanvullende searches op internet en in de grijze literatuur, is een actueel overzicht opgesteld van de in Nederland beschikbare en mogelijk geschikte instrumenten/methoden voor de verpleeghuiszorg.

Voor dit overzicht van Nederlandstalige instrumenten is gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

1. Inventarisatie van Significant (Batterink & Schipper, 2015)<sup>3</sup>;
2. Overzicht van instrumenten/methoden uit ZonMW-project “Horen Zien en Spreken” (2016)<sup>9</sup>;
3. Overzichten van Vilans (2017) over de instrumenten die verpleeghuizen nu gebruiken;
4. KwaliteitWijzer ([www.kwaliteitwijzer.vilans.nl](http://www.kwaliteitwijzer.vilans.nl));
5. ‘Longlist’ van Vilans (2017) over instrumenten met potentie voor het Kwaliteitskader;
6. Cliëntervaringsinstrumenten Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (september 2016);
7. Overige relevante grijze literatuur en informatie op internet.

Hieronder worden deze bronnen kort toegelicht.

Ad 1. Significant (Batterink & Schipper)<sup>3</sup> beschreef in 2015 een groot aantal kwalitatieve en kwantitatieve methoden voor de V&V-sector, met 14 specifieke instrumenten die bedoeld zijn voor het in beeld brengen van kwaliteit van leven en/of de relatie tussen zorgverlener en cliënt.

Ad 2. Binnen het project “Horen Zien en Spreken” (van het ZonMW-programma “Kwaliteit van Zorg: versnellen, verbreden, vernieuwen”) is eind 2016 een overzicht opgesteld van 24 kwalitatieve of mixed (kwalitatieve en kwantitatieve) instrumenten/methoden die de dialoog tussen cliënten en zorgverleners evalueren en/of bevorderen, geschikt voor brede (sector-overschrijdende) toepassing in de langdurige zorg (intern document NIVEL, 2016)<sup>9</sup>. Hieruit zijn 19 instrumenten/methoden geselecteerd die toegepast kunnen worden in de langdurige ouderenzorg. (De vier overige instrumenten waren uitsluitend bedoeld voor de gehandicaptenzorg of GGZ).

Ad 3. De actuele overzichten van Vilans geven inzicht in welke instrumenten momenteel worden gebruikt door de verpleeghuizen die deelnemen aan Waardigheid en Trots (WT-1 en WT-2). In april 2017 ging het om bijna 60 verschillende instrumenten/methoden voor de V&V-sector.

Ad 4. Op de website [www.kwaliteitwijzer.vilans.nl](http://www.kwaliteitwijzer.vilans.nl) staan veel instrumenten die in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg worden gebruikt. Dit overzicht is nog niet compleet, maar bevat al veel instrumenten die momenteel beschikbaar zijn voor de intramurale ouderenzorg. Of het nu gaat om meten en verantwoorden of verbeteren. Via deze website is in April 2017 informatie over 37 instrumenten verzameld.

Ad 5. Op de zogeheten ‘longlist’ van Vilans (2017) staan 32 instrumenten die potentieel geschikt zijn voor toepassing binnen het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

Ad 6. In het overzicht ‘cliëntervaringsinstrumenten’ van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg (VGN, december 2016) staan acht instrumenten die voor pijler 2b van dit kwaliteitskader toegelaten





tot de ‘waaier’ van meetinstrumenten voor de periode 2017-2018. Hiervan zijn zes instrumenten ook bruikbaar voor de V&V-sector.

Ad 7. Naast de hiervoor genoemde bronnen leverden de Nederlandstalige grijze literatuur en websites (bijvoorbeeld van Waardigheid en Trots) nog aanvullende informatie over instrumenten op.

Resultaat van de inventarisatie is een lijst met 87 instrumenten/methoden die in Nederland worden gebruikt voor het meten en/of verbeteren van de kwaliteit van leven en/of de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Zie Bijlage III voor de namen van de geïnventariseerde kwaliteitsinstrumenten. De kenmerken, toepassingsmogelijkheden en onderbouwing van deze 87 instrumenten/methoden worden - voor zover bekend - beschreven in een apart overzicht (Excel-bestand), samen met de bijbehorende documentatie en vindplaatsen. In dit overzicht staat specifieke informatie over:

- *namen* van instrumenten, ontwikkelaars/eigenaars, vindplaats en relevante documentatie;
- *type* en *vorm* van de instrumenten (bijvoorbeeld: vragenlijst, gespreksinstrument voor de dialoog met cliënten/naasten, groepsgesprek of observatietechniek);
- *doelen* van de instrumenten (bijvoorbeeld: voor een betere dialoog met cliënten, ter ondersteuning van het leerproces van zorgprofessionals, voor beleidsinformatie en sturing op organisatieniveau, of voor externe verantwoording aan IGZ of zorgverzekeraars);
- *doelgroepen* en *toepasbaarheid* van de instrumenten in verschillende settings;
- *onderbouwing* en *evidence* van instrumenten (betrouwbaarheid, validiteit, etc.);
- *praktijkervaringen* met instrumenten (gebruiksgemak, belasting, kosten etc.).

In tabel 4 worden enkele kenmerken van de instrumenten uit het overzicht samengevat.

**Tabel 4. Kenmerken van de 87 instrumenten/methoden in het samengestelde overzicht.**

Kenmerken	Aantal instrumenten	% (van alle 87 instrumenten)
<b>Type instrument:</b>		
Meetinstrument	14	16%
Verbeterinstrument	27	31%
Meet- en verbeterinstrument	42	48%
Anders (kwaliteitssysteem of inspectie-instrument)	4	5%
<b>Soort methode:</b>		
Kwantitatief	12	14%
Kwalitatief	41	47%
Mixed (combinatie)	29	33%
Onbekend	5	6%
	Als enige methode:	In combinatie met andere methode(n):
<b>Vorm:</b>		
Vragenlijst /topiclijst/ checklist	14	34
Dialoog, open gesprek/interview	6	30
(Semi-)gestructureerd interview	0	18
Observatie (real-life of met video)	8	18
Groepsgesprek/groepsinterview	5	3
Levensverhaal/narratief	2	1
Teamoverleg/MDO	0	1
Anders (bijv. audits, indicatoren, spel)	3	11
Onbekend	7	(in totaal 42x gecombineerd)



Meestal betreft het zowel een meet- als verbeterinstrument (48%) of een verbeterinstrument (31%). In 21% gaat het uitsluitend om een meetinstrument (14 vragenlijsten of scorelijsten). Bijna de helft van de instrumenten betreft een kwalitatieve methode (47%), een derde is een 'mixed' methode (33% is kwantitatief én kwalitatief). en er zijn maar weinig kwantitatieve meetinstrumenten (14%). Veruit de meeste instrumenten hebben de vorm van een vragenlijst (eventueel topic- of checklist), en die meestal in combinatie met andere methoden worden gebruikt (zoals een dialoog, interview of observaties). Daarbij zijn het meestal cliënten of naasten/mantelzorgers (van cliënten met cognitieve beperkingen) die de informatie verstrekken, al dan niet aangevuld met andere informatiebronnen zoals medewerkers, observatoren of auditors. Maar soms zijn het juist de zorgprofessionals of medewerkers die bij een methode centraal staan; dit geldt voor zeker zeven instrumenten of registratiemethoden (o.a. AFDAK, InterRAI, Moreel Beraad en Verbetermeter).

Het samengestelde overzicht van 87 instrumenten beoogt niet compleet te zijn, maar geeft wel een opsomming van instrumenten die momenteel voor de Nederlandse verpleeghuiszorg beschikbaar zijn en gebruikt worden om kwaliteit van leven of kwaliteit van zorg in beeld te brengen. Een aantal instrumenten uit dit overzicht heeft de potentie om als erkend instrument te worden opgenomen in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Maar welke dit precies zijn is nog niet duidelijk, en hiervoor zijn natuurlijk nog goed beargumenteerde keuzes nodig met een adequate onderbouwing. In het volgende hoofdstuk (4. Ex ante analyse) wordt bij deze afwegingen verder stilgestaan.



## 4 Ex ante analyse

### 4.1 Historische ontwikkelingen in meten en verbeteren van kwaliteit

#### *Van cliënttevredenheid naar cliëntervaringen*

De review van Castle (2006) laat duidelijk zien dat er 10 jaar geleden al veel Engelstalige tevredenheidsinstrumenten waren ontwikkeld voor de langdurige, intramurale (ouderen)zorg, maar dat er tegelijk ook veel problemen waren met deze instrumenten en tevredenheidsmetingen. Nadien is de CAHPS® Nursing Home vragenlijst ontwikkeld en uitvoerig gevalideerd<sup>10</sup> en deze gestandaardiseerde Amerikaanse vragenlijst – met bijbehorende meetsystematiek – heeft mede als basis gediend voor de Nederlandstalige CQ-index<sup>4,5</sup>. Deze standaardisatie en het feit dat er niet langer (uitsluitend) naar tevredenheid maar meer naar concrete ervaringen werd gevraagd, heeft bijgedragen aan een meer valide en betrouwbare manier van meten van de kwaliteit van zorg.

#### *Zoektocht naar kwalitatieve methoden en een betere aansluiting op de praktijk*

In de afgelopen 10 jaar rees er steeds meer kritiek op de CQ-index en de meetmethode. Want het instrument zou te lang en te belastend voor respondenten zijn, de metingen waren te laagfrequent (2-jaarlijks), de resultaten verouderd tegen de tijd dat ze teruggekoppeld werden en weinig bruikbaar voor kwaliteitsverbetering, en de (gecorrigeerde) scores waren soms moeilijk te interpreteren. Inkorting van het instrument en meer aandacht voor de antwoorden op open vragen waren het gevolg. Maar deze aanpassingen waren niet voldoende om tegenwicht te bieden aan de toenemende behoefte aan narratieve methoden en kort-cyclische (verbeter)instrumenten die beter aansluiten op de dagelijkse praktijk van zorgverleners en de kwaliteitscyclus van verpleeghuizen<sup>2</sup>. Zodoende ging de aandacht steeds meer uit naar het verhaal achter de ervaringen en naar kwalitatieve methoden die ingebed kunnen worden in het zorgverleningsproces, en wordt met veel verschillende methoden/instrumenten geëxperimenteerd<sup>2</sup>.

#### *Van meten naar leren en verbeteren*

Door de toenemende nadruk op lerende organisaties die met hun deskundige professionals, kwaliteitssystemen en verbeterplannen continue werken aan het verbeteren en optimaliseren van de kwaliteit van zorg, is er ook een verschuiving opgetreden in de manier waarop metingen worden toegepast/gebruikt. Het gaat nu veel meer om de implementatie van kwaliteitsverbeteringen en om die veranderingen zichtbaar te maken. Zo is in verpleeghuizen veel meer nadruk komen te liggen op de daadwerkelijke bijdrage aan de kwaliteit van leven van bewoners. Het gaat niet langer puur en alleen om het meten en verantwoorden van kwaliteit, maar meer om het direct toepassen en benutten van feedback-informatie en om het inzichtelijk maken van kwaliteitsverbetering en zorguitkomsten.

### 4.2 Grote diversiteit aan instrumenten

Door de hiervoor geschetste zoektocht, de regelruimte die zorgaanbieders kregen binnen het programma Waardigheid en trots (met een vrijstelling van de verplichting om eens per twee jaar met de CQ-index te meten), en door het enthousiasme en de creativiteit waarmee de sector zelf nieuwe instrumenten en methoden is gaan ontwikkelen, heeft een soort wildgroei plaatsgevonden. Met als resultaat dat er momenteel heel veel verschillende instrumenten worden gebruikt.



Het samengestelde overzicht telt nu 87 instrumenten die in de Nederlandse verpleeghuiszorg worden toegepast. Het betreft slechts enkele internationale instrumenten, maar vooral veel methoden die in Nederland zijn ontwikkeld. Sommige daarvan zijn breed toepasbaar en bijvoorbeeld ook geschikt voor de gehandicaptenzorg of thuiszorgsetting. Andere instrumenten zijn juist bedoeld voor een specifieke doelgroep, zoals mensen met dementie. Daarbij betreft het zowel kwalitatieve als kwantitatieve instrumenten, meestal gericht op zowel het meten als verbeteren van kwaliteit, en de perspectieven van waaruit gemeten wordt zijn heel divers.

### 4.3 Aansluiting op het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg

In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (Zorginstituut Nederland, maart 2017)<sup>6</sup> staat het meten en monitoren van kwaliteit om te leren en te verbeteren centraal. In de eerste vier hoofdstukken van het Kwaliteitskader wordt omschreven wat daarbij onder goede zorg (kwaliteit en veiligheid) voor cliënten wordt verstaan, aan de hand van de volgende onderwerpen en thema's of onderdelen:

1. *Persoonsgerichte zorg* (4 thema's: Compassie, Uniek zijn, Autonomie, Zorgdoelen)
2. *Wonen en welzijn* (5 thema's: Zingeving, Zinnvolle dagbesteding, Schoon en verzorgd lichaam/kleding, Familieparticipatie & inzet vrijwilliger, Wooncomfort)
3. *Veiligheid* (4 thema's: Medicatieveiligheid, Decubituspreventie, Gemotiveerd gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen, Preventie van acute ziekenhuisopname)
4. *Leren en verbeteren van kwaliteit* (met kwaliteitsplan, jaarlijks kwaliteitsverslag, een lerend netwerk, 5-jaarlijkse kwaliteitsvisitatie en een kwaliteitsmanagementsysteem).

#### *Verplicht meten en verantwoorden*

In hoofdstuk 8 van het Kwaliteitskader (Gebruik van informatie) staat dat elke verpleeghuisorganisatie vanaf 2017 minimaal één keer per jaar informatie over cliëntervaringen dient te verzamelen en te gebruiken middels erkende kwantitatieve of kwalitatieve instrumenten. Bovendien dient elke verpleegorganisatie aantoonbaar invulling te geven aan de onderwerpen 'Persoonsgerichte zorg' en 'Wonen en welzijn' en dit zichtbaar te maken in een kwaliteitsplan en een jaarlijks kwaliteitsverslag. Bij Veiligheid gaat het om de basisveiligheid in verpleeghuizen, welke vooral met gestandaardiseerde klinische indicatoren wordt gemeten en geregistreerd en waarvan de scores op indicatoren jaarlijks dienen te worden aangeleverd bij de openbare database (ODB) van het zorginstituut.

Verder worden verpleeghuisorganisaties geacht om in het kader van de onderlinge landelijke vergelijkbaarheid minimaal één keer per jaar (vanaf verslagjaar 2016) informatie over de *Net Promotor Score* (NPS) per locatie aan te leveren bij de Openbare Database (ODB) van het Zorginstituut en te publiceren in het jaarlijkse kwaliteitsverslag. Deze NPS-score kan gebaseerd zijn op de aanbevelingsvraag uit de CQ-index of de aanbevelingsvraag op Zorgkaart Nederland.

#### *Oprichting aan de sector: ontwikkel en selecteer erkende methoden/instrumenten*

In Hoofdstuk 4 van het Kwaliteitskader (Leren en verbeteren van kwaliteit) staat als opdracht aan de sector om – samen met IGZ – voor 1 januari 2018 *een methode te ontwikkelen/kiezen waarmee het lerend vermogen van organisaties zichtbaar gemaakt kan worden*, zodat erop toegezien kan worden of er voldoende gereflecteerd en geleerd wordt van ervaringen en zorguitkomsten. Tevens



wordt de sector in Hoofdstuk 8 (Gebruik van informatie) opgeroepen om *te komen tot een selectie van erkende instrumenten om de ervaringen en oordelen van cliënten in kaart te brengen*. Naast de NPS zijn deze instrumenten bedoeld om de bijdrage van de organisatie aan de kwaliteit van leven meten, en niet zozeer de kwaliteit van leven als zodanig.

Daarbij mogen de te ontwikkelen/selecteren instrumenten zowel kwalitatief als kwantitatief zijn, moeten ze vooral gericht zijn op het verbeteren van de kwaliteit van leven van cliënten en/of geschikt zijn om deze subjectief ervaren bijdrage aan de kwaliteit van leven van cliënten te meten. Het instrumentarium moet dus bij uitstek gericht zijn op het 'ik-perspectief' van de cliënt. In het jaarlijkse kwaliteitsverslag worden dan vervolgens de kwalitatieve of kwantitatieve resultaten beschreven. Verder wordt van verpleeghuizen verwacht dat zij op basis van deze instrumenten ook vergelijkbare informatie over de ervaringen en meningen van cliënten/bewoners transparant maken voor externe verantwoording (voor toezicht, keuze-informatie en inkoop/contractering van zorg).

De instrumenten moeten voldoen aan criteria van het toetsingskader voor kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten van Zorginstituut Nederland (2015)<sup>11</sup> en drie partijen besluiten uiteindelijk of de instrumenten erkend worden: de brancheorganisatie Actiz, Patiëntenfederatie Nederland en zorgverzekeraars. Verder heeft de stuurgroep Implementatie Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (opgericht door Zorginstituut Nederland) regie over het tijdpad, de voortgang en ondersteuning van de implementatie van het Kwaliteitskader.

#### *Overzicht biedt inzicht in aansluiting op het Kwaliteitskader*

In het opgestelde overzicht van instrumenten wordt beschreven hoe een instrument of methode aansluit op het Kwaliteitskader. Daarbij wordt aangegeven of een instrument geschikt is voor het meten en/of verbeteren van kwaliteit, en of de resultaten uitsluitend bedoeld zijn voor interne verbetering of ook voor transparantie en externe verantwoording (bijvoorbeeld door publicatie in het kwaliteitsjaarverslag, op de eigen website of overzichtssites). Bovendien wordt voor de inhoud van het instrument aangegeven over welke specifieke hoofdstukken en thema's het gaat. Zodoende geeft het overzicht inzicht in de reikwijdte en toepasbaarheid van de instrumenten, zodat mede op basis hiervan keuzes kunnen worden gemaakt voor de uiteindelijke set van 'erkende instrumenten'.

#### **4.4 Aansluiting op het toetsingskader van de inspectie**

Bij de keuze van instrumenten wordt ook gekeken naar de aansluiting op het toetsingskader van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (maart 2017)<sup>12</sup>. Dit toetsingskader is gebaseerd op de kwaliteitskaders van de verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg, en bestaat uit drie pijlers:

1. Persoonsgerichte zorg
2. Deskundigheid en inzet personeel
3. Sturen op kwaliteit en veiligheid

In de eerste pijler staat het perspectief van de cliënt centraal: wat wil de cliënt, wat vindt hij/zij belangrijk en hoe is de relatie tussen cliënt en zorgverlener? In de tweede pijler gaat het om de kennis, vaardigheden, scholing van het personeel en het werken volgen richtlijnen/standaarden. En de derde pijler gaat het om het management, het methodisch werken (volgens de Plan-Do-Check-Act-cyclus van Deming) en het kwaliteitssysteem.





De meet-/verbeterinstrumenten die zijn opgenomen in het overzicht hebben vooral betrekking op pijler 1, maar zijn deels ook bedoeld voor deskundigheidsbevordering van het personeel (pijler 2) en maken al dan niet deel uit van het methodisch werken en de kwaliteitscyclus van pijler 3.

#### 4.5 Criteria voor de selectie van instrumenten

In het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (januari 2017) wordt de sector opgeroepen om te komen tot “een selectie van erkende instrumenten voor ervaringen en oordelen van cliënten”. Maar de vervolgvraag is dan: op basis van welke criteria wordt beoordeeld of een instrument geschikt is? Naast de hiervoor beschreven eisen uit het Kwaliteitskader<sup>6</sup> zijn er namelijk nog heel veel andere beoordelingscriteria die - afhankelijk van de methode en invalshoek - kunnen worden toegepast. Hierna volgen enkele voorbeelden, te beginnen met het Toetsingskader voor meetinstrumenten van Zorginstituut Nederland<sup>11</sup>.

##### *Toetsingskader van Zorginstituut Nederland*

Zorginstituut Nederland stelt eisen aan meetinstrumenten die worden aangeleverd voor het register van erkende, goedgekeurde instrumenten voor het meten van de kwaliteit van de geleverde zorg. Deze eisen zijn vastgelegd in een toetsingskader (Zorginstituut, 2015)<sup>11</sup>.

Met ‘meetinstrument’ bedoelt het Zorginstituut landelijk opgestelde en gevalideerde vragenlijsten en kwaliteitsindicatoren. Kwaliteitsindicatoren zijn meetbare aspecten van de zorgverlening die worden uitgedrukt in een getal of percentage. Zij geven uiting aan een visie op de kwaliteit van zorg binnen een bepaalde sector. Kwaliteitsindicatoren zijn af te leiden uit vragenlijsten die de belevingen (bijvoorbeeld ervaringen, tevredenheid, uitkomsten) van de cliënt meten. Daarbij zijn de volgende vragenlijsten relevant:

- vragenlijsten die de kwaliteit van zorg meten vanuit het cliëntperspectief;
- vragenlijsten die de door de cliënt zelf gerapporteerde gezondheidsstatus meten;
- vragenlijsten die het ervaren functioneren van cliënten meten;
- vragenlijsten die de kwaliteit van leven meten.

Het Zorginstituut toetst alle aangeboden meetinstrumenten aan de hand van vijf criteria:

1. De relevante partijen zijn betrokken bij de ontwikkeling van het meetinstrument of hebben er gemotiveerd van afgezien.
2. De betrokken partijen dragen het meetinstrument gezamenlijk voor.
3. De betrokken partijen voegen een werkinstructie toe die aangeeft hoe het meetinstrument gebruikt moet worden.
4. Voor meetinstrumenten met als doel publieke informatie en meetinstrumenten met het doel zorginkoop met financiële consequenties is de resulterende kwaliteitsinformatie valide en betrouwbaar.
5. Voor meetinstrumenten met als doel publieke informatie voegen de betrokken partijen een procesbeschrijving toe over landelijke gegevens verzameling, -bewerking en -doorlevering aan Zorginstituut Nederland. Wanneer er geen procesbeschrijving is, dan hebben partijen een tijdpad geformuleerd waaruit blijkt wanneer deze wel beschikbaar is.



Als meetinstrumenten bedoeld zijn voor transparantie/verantwoording (publieke informatie en/of voor zorginkoop), dan toetst het Zorginstituut specifiek of deze meetinstrumenten valide en betrouwbare kwaliteitsinformatie opleveren (criterium 4).

#### *Criteria Waaier Gehandicaptenzorg*

Voor de beoordeling van cliëntervaringsinstrumenten voor de waaier van kwaliteitsinstrumenten voor peiler 2b van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg, voor toepassing in de periode 2017-2019, zijn de volgende zeven criteria gehanteerd (zie “Algemene informatie aan de ontwikkelaars” van de Commissie van Deskundigen, oktober 2016, en <http://www.vgn.nl/artikel/24599>):

- 1) Het instrument levert cliëntinformatie op individueel niveau.
- 2) De systematiek is ingebed in de zorgplancyclus.
- 3) Het instrument geeft zicht op ervaringen en concrete verbeterwensen van de individuele cliënt.
- 4) Gegevens kunnen (anoniem) worden geaggregeerd naar verschillende niveaus (team, afdeling/vestiging, organisatie).
- 5) Er zijn waarborgen voor continuïteit van de ontwikkelaar wat betreft voortbestaan en doorontwikkeling.
- 6) Geëxpliciteerd is onder welke omstandigheden het instrumentarium zinvol gebruikt kan worden, en onder welke voorwaarden het bij de gebruiker tot zijn recht komt.
- 7) Beschreven is hoe bij potentiële gebruikers toetsing plaatsvindt op de aanwezigheid van de voorwaarden voor adequaat gebruik van het instrumentarium.

#### *Meeteigenschappen*

De methodologische kwaliteit van kwantitatieve meetinstrumenten wordt meestal beoordeeld in termen van betrouwbaarheid, validiteit, en responsiviteit. Bijvoorbeeld aan de hand van de criteria van ISOQOL (Reeve et al., 2013)<sup>13</sup> of COSMIN (Mokkink et al., 2010)<sup>14</sup> die in tabel 5 staan.

**Tabel 5. Criteria voor het beoordelen van de kwaliteit van (publicaties over) klinimetrische of psychometrische eigenschappen van kwantitatieve meetinstrumenten.**

ISOQOL	COSMIN
Conceptueel en meetmodel	Betrouwbaarheid:
Inhoudsvaliditeit	- interne consistentie
Constructvaliditeit	- betrouwbaarheid/precisie (test-hertest of inter-/ intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid)
Cross-culturele validiteit	- meetfout
Betrouwbaarheid	Validiteit:
Responsiviteit	- Inhoudsvaliditeit (face validity)
Hanteerbaarheid	- Constructvaliditeit (structurele validiteit, hypothese toetsend, cross-culturele validiteit)
Interpreteerbaarheid	- Criterium validiteit
	Responsiviteit
	Interpreteerbaarheid



## *Cliëntenperspectief*

Bij de keuze voor een instrument is het ook van belang om te kijken naar het cliëntenperspectief en cliëntenparticipatie. Want wat is de relevantie, bijdrage en betekenis van een instrument voor de patiënten/cliënten zelf? En wat is hun betrokkenheid bij de ontwikkeling van een instrument en hun zeggenschap (inspraak-invloed-meepraten-meebeslissen) in het keuzeproces. In dit verband heeft Teunissen (2012)<sup>15</sup> relevante criteria geformuleerd voor de beoordeling van kwaliteit van zorg en onderzoek vanuit het patiënten-/cliëntenperspectief. Met criteria die gaan over het gebruik, de opbrengst en de toepasbaarheid in termen van:

- 1) Relevantie voor patiënten/cliënten
- 2) Kwaliteit van leven
- 3) Kwaliteit van zorg
- 4) Ethiek & veiligheid
- 5) Informatie & communicatie
- 6) Participatie (randvoorwaarden)

## *Overige criteria*

Andere voorwaarden die een rol kunnen spelen bij de selectie van een instrument zijn de *hanteerbaarheid/feasability* (zoals de belasting voor deelnemers/respondenten), het *gebruiksgemak* (zoals de snelheid en het gemak van de afname), de *duidelijkheid* of interpreteerbaarheid van de vragen en scores, en de *generaliseerbaarheid* of mogelijkheid om het instrument breed toe te passen in de sector. En last-but-not-least is *draagvlak* van zorgverleners en zorgaanbieders nodig om bredere toepassing en verspreiding van de gekozen instrumenten te garanderen en te bevorderen.

## *Samenvattende lijst met selectiecriteria*

In het kort komt het erop neer dat instrumenten voor de verpleeghuiszorg moeten aansluiten op:

- A. het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg;
- B. het Toetsingskader van de Inspectie voor de Gezondheidszorg;
- C. het Toetsingskader voor meetinstrumenten van Zorginstituut Nederland;
- D. de praktijk en kwaliteitscyclus in verpleeghuizen (o.a. hanteerbaarheid en gebruiksgemak).

Vertaald naar eisen waaraan instrumenten voor de verpleeghuiszorg moeten voldoen, ziet de lijst met selectiecriteria er dan als volgt uit: het moet gaan om instrumenten of methoden die...

1. het *cliëntenperspectief* centraal stellen;
2. over de *kwaliteit van leven* van individuele cliënten gaan (onderdelen 'persoonsgerichte zorg' en/of 'wonen en welzijn' uit Kwaliteitskader);
3. *kwaliteitsverbetering* zichtbaar kunnen maken (met scores of structurele verslaglegging);
4. *breed toepasbaar* zijn in de verpleeghuiszorg (voor meerdere doelgroepen en woonvormen);
5. voor *meerdere doeleinden* gebruikt kunnen worden, zowel voor verbeteringen op cliëntniveau als voor sturings- en verantwoordingsinformatie;
6. *onderbouwd en gevalideerd* zijn (met evidence omtrent validiteit en betrouwbaarheid);
7. *valide en betrouwbare kwaliteitsinformatie* kunnen opleveren (op basis van indicatoren);
8. *draagvlak* hebben van zorgorganisaties, cliënten en zorgverzekeraars (tripartite ontwikkeld en door alle drie partijen voorgedragen aan het register van Zorginstituut Nederland).



Bovendien is het voor de aansluiting op de praktijk en de verbetercyclus in verpleeghuizen zeer wenselijk dat het gaat om:

9. *kwantitatieve methoden* die goed aansluiten op de dagelijkse praktijk en zorgverlening;
10. die *kort-cyclische feedback* en verbeterinformatie opleveren;
11. die *gebruiksvriendelijk* zijn voor cliënten en medewerkers (dit betreft de hanteerbaarheid, het gebruiksgemak en de interpreteerbaarheid).

#### 4.6 Beoordeling en selectie van instrumenten

Als we de hiervoor genoemde criteria vertalen naar de kenmerken die worden omschreven in het samengestelde overzicht (Excel-file), dan betekent dit dat het moet gaan om instrumenten die:

- i. geschikt zijn voor *verbeteren én meten* van kwaliteit van leven (en zorg);
- ii. gebruik maken van een *kwantitatieve of mixed* (kwantitatieve en kwantitatieve) methode;
- iii. *breed toepasbaar* zijn in de (intramurale) ouderenzorg, bij ouderen in het algemeen;
- iv. de *kwaliteit van leven van cliënten* (en eventueel ook kwaliteit van zorg) in kaart brengen;
- v. informatie bij *individuele cliënten* (bewoners en/of mantelzorgers) verzamelen;
- vi. informatie leveren voor *verschillende gebruiksdoelen*, op verschillende aggregatieniveaus;
- vii. voldoende *onderbouwd en gevalideerd* zijn;
- viii. *kort-cyclische feedback* kunnen geven (bijvoorbeeld real-time via een online dashboard);
- ix. *positieve gebruikservaringen* laten zien;
- x. en *tripartite draagvlak* hebben (met drie partijen ontwikkeld en voorgedragen).

Hierna volgt een toelichting op deze kenmerken en over hoeveel instrumenten wel of niet aan deze criteria voldoen.

Ad. i.

Potentieel geschikte instrumenten zijn bij uitstek een combinatie van verbeter- en meetinstrumenten. Want de kwaliteitsverbetering staat weliswaar voorop, maar een instrument kan alleen het 'lerend vermogen' van organisaties zichtbaar maken als de kwaliteit(verbetering) ook gemeten of vastgelegd wordt (bijvoorbeeld met scores of in een verslag). Deze instrumenten zijn dan in principe ook geschikt voor meerdere doeleinden, bijvoorbeeld voor kwaliteitsmonitoring en transparantiedoelinden. Van de 87 instrumenten in het overzicht zijn 42 (48%) zowel een meet- als verbeterinstrument.

Ad ii.

Er staan 41 kwantitatieve en 29 mixed (kwantitatieve en kwantitatieve) methoden in het overzicht, dus in totaal voldoen 70 van de 87 methoden (80%) aan dit criterium.

Ad iii.

Negen instrumenten uit het overzicht komen niet in aanmerking voor selectie omdat ze specifiek gericht zijn op ouderen met dementie, cognitieve en/of gedragsproblemen en daarom niet voldoen aan de eis van brede toepasbaarheid. De overige 78 instrumenten zijn - voor zover bekend - wel algemeen toepasbaar in de (intramurale) ouderenzorg of verpleeghuiszorg.



Ad iv.

Zeker 15 instrumenten meten uitsluitend kwaliteit van zorg (tevredenheid of cliëntervaringen) en vallen om die reden af, evenals twee instrumenten die zich uitsluitend richten op veiligheid.

Ad v.

Tien instrumenten vallen af omdat de informatie niet bij individuele cliënten (bewoners/familieleden) wordt verzameld, maar bij groepen cliënten (bijvoorbeeld bij groeps-/spiegelgesprekken) of bij medewerkers (bijvoorbeeld bij moreel beraad).

Ad vi.

Hoewel de meeste instrumenten wel voor meerdere doeleinden worden gebruikt (meestal voor de verbetering van de zorg op individueel en team-/organisatieniveau), is maar van ongeveer 20 instrumenten bekend dat ze ook voor externe verantwoording (kunnen) worden gebruikt. Voor de meeste instrumenten is niet bekend of ze voor transparantiedoelstellingen kunnen worden gebruikt. Toch kunnen enkele methoden die uitsluitend informatie opleveren op individueel niveau (zoals narratieve methoden of levensverhalen) op basis van dit criterium uitgesloten worden.

Ad vii. t/m x.

Er is voor de meeste instrumenten maar weinig of geen informatie beschikbaar over de onderbouwing, de feedbackmethode (wel/niet kort-cyclisch), de gebruikservaringen en het draagvlak. Op basis van deze criteria kan daarom nu nog geen selectie worden gemaakt.

Op basis van de eerste zes kenmerken (i. t/m vi.) kunnen al zo'n 60 instrumenten worden uitgesloten en blijven circa 27 instrumenten over waaruit een nadere selectie kan worden gemaakt.

### *Aanvullend bewijs en zorgvuldige afwegingen nodig*

Voor de instrumenten die in het overzicht zijn opgenomen is vaak nog maar weinig bewijs of onderbouwing beschikbaar over validiteit, betrouwbaarheid, gebruikservaringen en draagvlak. Omdat het volgens het Kwaliteitskader vooral moet gaan om methoden die een bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven van bewoners (en niet zozeer KvL als zodanig meten), is bovendien evidence nodig over de effectiviteit of opbrengst van methoden in termen van KvL. Voor de nadere selectie van instrumenten/methoden, voor de waaier van erkende instrumenten, moet daarom waar nodig nog aanvullende onderbouwing/evidence worden gezocht.

Vervolgens moeten de nodige keuzes en afwegingen worden gemaakt om te bepalen welke eisen of criteria het belangrijkste zijn en het zwaarst moeten wegen in de keuze van 'erkende instrumenten'. Hierna volgt een uitwerking van hoe dit keuzeproces binnen dit project eruit zal zien.

### *Inbreng deelnemers Waardigheid en Trots*

In vervolg op deze eerste onderzoeksfase (stap 1), is de inbreng van verpleeghuizen/ W&T-deelnemers van groot belang tijdens de terugkoppelingsbijeenkomst (stap 2) en bij de selectie van vijf instrumenten/methoden (stap 3) die in het actieonderzoek (stap 4) worden geëvalueerd en geoptimaliseerd.



Een eerste vervolgstap is om aan verpleeghuizen die deelnemen in het thema Kwaliteit (van het programma Waardigheid en trots) te vragen welke ervaringen zij met de diverse instrumenten hebben en welke eisen zij aan de instrumenten/methoden stellen. Bijvoorbeeld als het gaat om de toepasbaarheid en geschiktheid voor specifieke doelgroepen, het gebruiksgemak en de eventuele belasting of registratielast die gepaard gaat met het gebruik van instrumenten. Tijdens de terugkoppelingsbijeenkomst op 29 mei 2017 staan daarom de volgende activiteiten centraal:

- het ophalen van ervaringen met de instrumenten;
- het vaststellen en prioriteren van criteria waaraan instrumenten moeten voldoen, zodat een weging kan worden toegepast bij de nadere selectie van instrumenten/methoden.

### *Selectie van instrumenten/methoden*

Vervolgens worden potentieel geschikte instrumenten/methoden nader beoordeeld en geselecteerd op basis van de criteria en afwegingen/prioriteringen die uit de terugkoppelingsbijeenkomst naar voren komen. Als selectiecriteria gelden in ieder geval:

1. *aansluiting op Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg* (kwalitatief of kwantitatief instrument, vanuit ik-perspectief van cliënten, over de subjectief ervaren bijdrage aan hun kwaliteit van leven);
2. *aansluiting op Toetsingskader van Zorginstituut Nederland* (valide, betrouwbaar, draagvlak);
3. *generieke toepasbaarheid* in intramurale ouderenzorg/ verpleeghuiszorg;
4. *hanteerbaarheid en gebruiksgemak* (ervaringen met het gebruik van instrument/methode).

Deze lijst wordt aangevuld met geprioriteerde criteria uit de *Samenvattende lijst met selectiecriteria* (zie 4.5) en eventuele extra criteria die tijdens de terugkoppelingsbijeenkomst naar voren komen. De prioritering door zorgorganisaties is bepalend voor de weging die bij de selectie van vijf instrumenten/methoden voor het actieonderzoek wordt toegepast. Vervolgens zal het actieonderzoek verder bijdragen aan de onderbouwing/evidence en optimalisatie van de geselecteerde instrumenten/methoden.

De resultaten van de terugkoppelingsbijeenkomst, de criteria en voorkeursinstrumenten/-methoden worden ter kennisgeving en voor advies voorgelegd aan de partijen die uiteindelijk verantwoordelijk zijn voor de besluitvorming omtrent erkende instrumenten (Actiz, Patiëntenfederatie Nederland, zorgverzekeraars). Afstemming met het bestuurlijke traject vindt plaats via de stuurgroep Implementatie Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (Zorginstituut Nederland). Zodoende wordt in samenspraak met alle belanghebbenden draagvlak gecreëerd voor de selectie en het verdiepen/onderbouwen van instrumenten, en kunnen de erkende instrumenten uiteindelijk ook tripartite worden aangeboden aan Zorginstituut Nederland (voor het register van instrumenten). Zodat met draagvlak van zorgverleners en verpleeghuizen in 2018 een brede toepassing/uitrol van de verkozen methoden mogelijk is.





## 5 Discussie en conclusies

Hierna volgen de antwoorden op de drie vraagstellingen van dit project met bijbehorende conclusies, voor zover deze op basis van de resultaten van de eerste fase van dit perceel kunnen worden geformuleerd.

1. ***Welke instrumenten/methoden worden in de internationale onderzoeksliteratuur beschreven voor het vaststellen van kwaliteit van leven of kwaliteit van zorg in de verpleeghuiszorg?***

De internationale literatuursearch leverde op basis van zeven reviews uitsluitend informatie op over kwantitatieve meetinstrumenten. Van de 75 geïnventariseerde internationale instrumenten (16 cliënttevredenheidsvragenlijsten uit de review van Castle (2007) en 59 kwaliteitsinstrumenten uit de overige zes reviews) gaan er 45 over kwaliteit van leven (KvL), 21 over cliënttevredenheid of kwaliteit van zorg (KvZ), en 9 over registraties of indicatoren.

Tot tien jaar geleden werden internationaal vooral klinische indicatoren en registraties gebruikt om de kwaliteit in verpleeghuizen te monitoren, zoals het Resident Assessment Instrument (RAI). Inmiddels zijn er ook veel gevalideerde KvL-instrumenten waarmee deze informatie op cliëntniveau kan worden verzameld (zoals QUALIDEM of PGC-ARS).

Terwijl cliënttevredenheidsvragenlijsten meestal over de *algemene* kwaliteit van zorg in verpleeghuizen gaan, zijn er maar weinig KvL-instrumenten die de *algemene* kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners meten. Meestal zijn de KvL-instrumenten *domeinspecifiek* (bijvoorbeeld over fysiek, psychisch of cognitief functioneren) of *aandoeningsspecifiek* (bijvoorbeeld specifiek gericht op mensen met dementie).

In de review van Castle (2007) worden 16 cliënttevredenheidsvragenlijsten beschreven, maar geen van deze vragenlijsten is in het Nederlands vertaald. Uit de review blijkt dat er veel problemen waren met de tevredenheidsvragenlijsten en dat de meeteigenschappen van deze instrumenten vaak slecht waren onderbouwd. Als veelbelovend - toentertijd nieuw - instrument werd nog de CAHPS® Nursing Home Survey genoemd. Deze Amerikaanse meetsystematiek vormde de basis voor de Consumer Quality Index (CQI) die tien jaar geleden is ontwikkeld voor het meten van cliëntervaringen in Nederlandse verpleeghuizen.

Van de 59 internationale instrumenten voor verpleeghuizen die in de andere zes reviews worden genoemd, is bijna twee derde (38) in het Nederlands vertaald. Toch worden hiervan momenteel maar weinig instrumenten (4) gebruikt voor het meten en verbeteren van kwaliteit in de Nederlandse verpleeghuiszorg (zie hierna).



### 2. **Welke instrumenten/methoden worden momenteel gebruikt in de Nederlandse verpleeghuiszorg?**

Uit de nationale inventarisatie komen 87 instrumenten naar voren die momenteel in Nederland worden gebruikt voor het meten en/of verbeteren van de kwaliteit van leven of kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. De helft van deze instrumenten zijn kwalitatieve methoden en de meeste zijn landelijk of lokaal ontwikkeld. Want hoewel zeker de helft van alle geïnventariseerde internationale instrumenten (38 van de 75) in het Nederlands is vertaald, worden hiervan maar enkele instrumenten daadwerkelijk in Nederland gebruikt. Het opgestelde nationale overzicht telt er slechts vier: PGC-ARS, QUALIDEM, QUIS en RAI.

Voor zover wij konden nagaan zijn er geen internationale *tevredenheids*vragenlijsten voor de verpleeghuiszorg vertaald in het Nederlands. Wel heeft de Amerikaanse CAHPS® Nursing Home Survey model gestaan voor de in Nederland ontwikkelde Consumer Quality Index (CQI) voor het meten van cliëntervaringen in de verpleeghuiszorg. Hoewel het gebruik van deze gestandaardiseerde methode de laatste jaren is teruggelopen, wordt de CQI of CQI-light (verkorte versie) nog steeds gebruikt. Daarnaast worden een aanbevelingsvraag, de zogeheten Net Promotor Score (NPS) die ook in de CQI en op Zorgkaart Nederland staat, en enkele Nederlandse tevredenheidsvragen(lijsten) gebruikt om cliëntervaringen te meten.

Terwijl er internationaal dus vooral kwantitatieve meetinstrumenten lijken te worden gebruikt, worden er in Nederland juist veel kwalitatieve of gecombineerde ('mixed') methoden gebruikt en ontwikkeld (dit betreft 80% van alle geïnventariseerde methoden). Een veelgebruikte 'mixed' methode (kwalitatief en kwantitatief) is Zorgkaart Nederland, de website van Patiëntenfederatie Nederland waarop bewoners of familieleden hun 'reviews' en 'ratings' kunnen invullen.

### 3. **Welke instrumenten/methoden zijn aanbevelingswaardig om breed ingezet te worden in de verpleeghuiszorg, en waarom?**

Door het grote aantal instrumenten dat momenteel in de Nederlandse verpleeghuiszorg worden gebruikt (87), waaronder circa 27 instrumenten die de potentie hebben om als erkende instrumenten te worden aangemerkt voor het Kwaliteitskader, moeten nog weloverwogen en gefundeerde keuzes worden gemaakt om een beperkte set of waaier aan instrumenten te selecteren. Dit kan aan de hand van vele criteria. Maar omdat de onderbouwing of het bewijs voor de validiteit, betrouwbaarheid en werkzaamheid (bewezen bijdrage aan kwaliteitsverbetering) van instrumenten nog vaak ontbreekt, is eerst een nadere onderbouwing en validatie van methoden nodig.

Er zijn veel criteria die gebruikt kunnen worden voor de selectie van instrumenten/methoden voor het meten en/of verbeteren van de kwaliteit van zorg. Om te beginnen gelden de eisen voor 'erkende' instrumenten zoals vastgelegd in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg<sup>6</sup> en het Toetsingskader voor meetinstrumenten van Zorginstituut Nederland<sup>11</sup>. Tevens is aansluiting gewenst op het toetsingskader voor de verpleeghuis- en gehandicaptenzorg van de Inspectie voor de gezondheidszorg<sup>12</sup>.



Maar bovenal is het van belang voor het draagvlak en de implementatie dat zorgorganisaties zelf de waarde, hanteerbaarheid en het gebruiksgemak van het instrument onderschrijven. Daarom wordt in de volgende fase van dit project samen met deelnemers aan Waardigheid en trots (en ander relevante partijen) nagegaan welke instrumenten uit het overzicht het meest aanbevelenswaardig zijn voor brede toepassing in de Nederlandse verpleeghuiszorg. Hieruit worden vijf methoden/instrumenten gekozen die nader gevalideerd, onderbouwd en geoptimaliseerd worden in het actie-onderzoek.

Uiteindelijk is de keuze voor de waaier van erkende instrumenten voor de verpleeghuiszorg aan de zorgaanbieders, in overleg met relevante partijen (ActiZ, Patiëntenfederatie Nederland, zorgverzekeraars).

### *Kanttekeningen*

Bij het literatuuronderzoek en de inventarisatie in fase 1 zijn twee kanttekeningen te maken.

Omdat de literatuursearch zich alleen op reviews richtte, is informatie over gevalideerde instrumenten mogelijk incompleet en hebben we misschien toch artikelen over kwalitatieve methoden hebben gemist. Toch hebben we redenen om aan te nemen dat het overzicht van internationale instrumenten aardig compleet is. We hebben namelijk de volgende drie controles of aanvullende searches uitgevoerd. Allereerst is met een zoekfilter van Morkink et al. (2009)<sup>16</sup> voor alle 778 treffers van de Pubmed-search nagegaan of er ook publicaties bij zaten over klinimetrie of meeteigenschappen van instrumenten. Dit leverde geen resultaat op. Bovendien is in CINAHL nog specifiek gezocht met de filter 'protocol' of 'questionnaire-scale' (type of document), maar de 10 extra treffers (primaire studies) lieten ook geen relevante overzichten/instrumenten zien. Tot slot leverde het screenen van alle 22 Embase-treffers ook geen relevante aanvullingen op.

Hoewel we een groot aantal bronnen hebben gebruikt voor de inventarisatie van Nederlandstalige instrumenten, is het nationale overzicht misschien ook niet volledig. Bijvoorbeeld omdat het overzicht vooral is ingevuld met gegevens voor verpleeghuizen die deelnemen aan het programma Waardigheid en trots, en er mogelijk nog gegevens missen voor andere verpleeghuizen in Nederland. Toch zijn er ook redenen om te veronderstellen dat de lijst wel aardig compleet is. Bijvoorbeeld omdat er redelijk wat overlap is tussen de instrumenten uit de verschillende bronnen en omdat de inventarisatie uiteindelijk toch een behoorlijk lange lijst met instrumenten heeft opgeleverd.

### *Conclusies van fase 1*

Samenvattend heeft fase 1 van dit perceel de volgende inzichten en conclusies opgeleverd:

- 1) Uit het internationale literatuuronderzoek zijn 75 kwantitatieve instrumenten naar voren gekomen voor het meten en/of verbeteren van de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Dit zijn vooral kwaliteit van leven-vragenlijsten (45), gevolgd door cliënttevredenheidsvragenlijsten (21) en registraties of indicatoren (9). Bij de kwaliteit van leven (KvL)-instrumenten gaat het meestal om domein- of aandoeningspecifieke vragenlijsten (vooral over psychisch functioneren, of voor dementie).



- 2) In Nederland worden momenteel 87 instrumenten gebruikt voor het meten en/of verbeteren van de kwaliteit van leven of kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Bijna de helft van deze instrumenten zijn kwalitatieve methoden en de meeste zijn in Nederland ontwikkeld. Want hoewel zeker de helft (38 van de 75) internationale vragenlijsten in het Nederlands is vertaald, worden maar enkele hiervan (4 KvL-vragenlijsten) in Nederland gebruikt. Terwijl er internationaal vooral kwantitatieve meetinstrumenten lijken te worden gebruikt, betreft het in Nederland vooral kwalitatieve of gecombineerde ('mixed') methoden (80%).
- 3) Veel instrumenten (circa 27 van de 87) hebben de potentie om als erkende instrumenten te worden aangemerkt voor het Kwaliteitskader, maar er moeten nog weloverwogen en gefundeerde keuzes worden gemaakt om een beperkte set of waaier aan instrumenten te selecteren. Dit kan op basis van vele criteria, en ook hierin moeten keuzes worden gemaakt. Bovendien is nog een nadere onderbouwing en validatie nodig, voor aanvullend bewijs over de validiteit, betrouwbaarheid, daadwerkelijke bijdrage aan kwaliteitsverbetering en de gebruiksvriendelijkheid van instrumenten/methoden.



## 6 Referenties

1. Staatssecretaris Van Rijn en Taskforce Kwaliteit verpleeghuiszorg: NPCF, LOC, V&VN, Verenso, ActiZ, BTN, ZN, Zorginstituut, IGZ, VWS (2015). Waardigheid en trots. Liefdevolle zorg. Voor onze ouderen. Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen. [<http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/waardigheid-en-trots-liefdevolle-zorg-voor-onze-ouderen.pdf>]
2. Vilans, NIVEL, Trimbos-instituut, RIVM en VU/VUmc. Achtergronddocument: Verkenning van vraagstukken binnen de deelnemende zorgaanbieders van Waardigheid en trots, ruimte voor verpleeghuizen. In voorbereiding op het Kennisprogramma Waardigheid en trots. Utrecht, 28 september 2016. [[http://www.participatiekompas.nl/sites/default/files/T11\\_Criteriawaaier\\_Teunissen.pdf](http://www.participatiekompas.nl/sites/default/files/T11_Criteriawaaier_Teunissen.pdf)]
3. Batterink, M., Schipper, M. Het in beeld brengen van kwaliteit van leven in de sector Verpleging en Verzorging. Inventarisatie van het gebruik van methoden die kwaliteit van leven in beeld brengen. Barneveld: Significant/ ZonMw & Zorginstituut Nederland, 2015.
4. Wiegiers T.A., Stubbe J.H., Triemstra M. Ontwikkeling van een CQ-Index voor verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg: kwaliteit van zorg volgens bewoners. Utrecht: NIVEL, 2007. [<http://www.nivel.nl/pdf/Ontwikkeling-van-een-CQ-Index-voor-verpleeg-en-verzorgingshuizen-en-thuiszorg.pdf>]
5. Triemstra M., Winters S., Kool T., Wiegiers T.A. Measuring client experiences in long-term care in the Netherlands; a pilot study with the Consumer Quality Index Long-term Care. BMC Health Services Research 2010; 10:95 (12 Apr 2010)
6. Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Samen leren en verbeteren. Diemen: Zorginstituut Nederland, januari 2017. [<https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/verpleeghuiszorg-kwaliteitskader/Paginas/Home.aspx>]
7. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D.G. (2010) Preferred reporting items for systematic literatuurstudies and meta-analyses: the PRISMA statement. International journal of surgery (London, England). 2010; 8: 336-41.
8. Sixma, H. J., van Campen, C. R. É. T. I. E. N., Kerssens, J. J., & Peters, L. (2000). Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-elderly instrument. Age and Ageing, 29(2), 173-178.
9. Aukelien Scheffelaar e.a. Geïnterviewde kwalitatieve methoden. (Intern document project 'Horen, Zien en Spreken'). Utrecht: NIVEL, 2016.
10. Sangl, J., Buchanan, J., Cosenza, C., Bernard, S., Keller, S., Mitchell, N., Brown, J., Castle, N., Sekscenski, E., & Larwood, D. (2007). The development of a CAHPS® instrument for nursing home residents (NHCAHPS). Journal of aging & social policy, 19(2), 63-82.
11. Toetsingskader voor kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten Diemen: Zorginstituut Nederland, 2015. [[https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/Documents/Toetsingskader\\_kwaliteitsstandaarden\\_informatiestandaarden\\_en\\_meetinstrumenten\\_2015.pdf](https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/Documents/Toetsingskader_kwaliteitsstandaarden_informatiestandaarden_en_meetinstrumenten_2015.pdf)]
12. Inspectie voor de gezondheidszorg. Toetsingskader ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Utrecht, maart 2017.



[[https://www.igz.nl/Images/MKI%20Toetsingskader%20versie%201.2%20dd%2020170320\\_tcm294-382666.pdf](https://www.igz.nl/Images/MKI%20Toetsingskader%20versie%201.2%20dd%2020170320_tcm294-382666.pdf)]

13. Reeve, B. B., Wyrwich, K. W., Wu, A. W., Velikova, G., Terwee, C. B., Snyder, C. F., ... & Lyons, J. C. (2013). ISOQOL recommends minimum standards for patient-reported outcome measures used in patient-centered outcomes and comparative effectiveness research. *Quality of Life Research*, 22(8), 1889-1905.
14. Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., et al. (2010). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: An international Delphi study. *Quality of Life Research*, 19, 539-549.
15. Teunissen, G.J. *Kwaliteit van zorg en onderzoek vanuit patiënten- en cliëntenperspectief*. Amsterdam: VUmc/EMGO+, 2012.
16. Mokkink LB, Terwee CB, Stratford PW, Alonso J, Patrick DL, Riphagen I, Knol DL, Bouter LM, de Vet HCW. Evaluation of the methodological quality of systematic reviews of health status measurement instruments. *Quality of Life Research* 2009;18:313-333.





## Bijlage I. Overzicht van zoekstrategieën internationale literatuursearch

### Medline / PubMed (search 21/03/2017)

(((((("nursing home"[Title/Abstract] OR "nursing homes"[Title/Abstract] OR "care home"[Title/Abstract] OR "care homes"[Title/Abstract] OR "retirement home"[Title/Abstract] OR "retirement homes"[Title/Abstract] OR "aged care facility"[Title/Abstract] OR "aged care facilities"[Title/Abstract] OR "homes for the aged"[Title/Abstract] OR "institutional care"[Title/Abstract] OR "institutional long term care"[Title/Abstract] OR "care institution"[Title/Abstract] OR "care institutions"[Title/Abstract] OR "residential care"[Title/Abstract] OR institutionalised[Title/Abstract] OR institutionalized[Title/Abstract] OR "residential home"[Title/Abstract] OR "residential homes"[Title/Abstract] OR "assisted living"[Title/Abstract] OR "health services for the aged"[Title/Abstract]))))

AND

("Elderly care"[Title/Abstract] OR "long term care"[Title/Abstract] OR "long-term care"[Title/Abstract] OR "senior care"[Title/Abstract] OR "older people care"[Title/Abstract]))

AND

((("quality of life"[MeSH Terms] OR "quality of life"[Title/Abstract])) OR ("quality of health care"[MeSH Terms] OR "quality of care"[Title/Abstract] OR "quality of nursing"[Title/Abstract] OR "quality assessment"[Title/Abstract] OR "quality assurance"[Title/Abstract] OR "quality management"[Title/Abstract] OR "quality control"[Title/Abstract]))))

AND

((("methods"[MeSH Terms] OR method[Title/Abstract] OR instrument[Title/Abstract] OR tool[Title/Abstract] OR survey[Title/Abstract] OR questionnaire[Title/Abstract] OR interview[Title/Abstract] OR checklist[Title/Abstract] OR assessment[Title/Abstract]))))

AND

"2007"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication]

**= 778 treffers w.v. 42 literatuurstudies (reviews)**

**CINAHL** (search 21/03/2017)

Limiters: Published Date: 20070101-20170431; Language: Dutch/Flemish, English

MH ("nursing home" OR "nursing homes" OR "care home" OR "care homes" OR "retirement home" OR "retirement homes" OR "aged care facility" OR "aged care facilities" OR "homes for the aged" OR "institutional care" OR "institutional long term care" OR "care institution" OR "care institutions" OR "residential care" OR institutionalized OR institutionalized OR "residential home" OR "residential homes" OR "assisted living" OR "health services for the aged") OR AB ("nursing home" OR "nursing homes" OR "care home" OR "care homes" OR "retirement home" OR "retirement homes" OR "aged care facility" OR "aged care facilities" OR "homes for the aged" OR "institutional care" OR "institutional long term care" OR "care institution" OR "care institutions" OR "residential care" OR institutionalized OR institutionalized OR "residential home" OR "residential homes" OR "assisted living" OR "health services for the aged") OR TI ("nursing home" OR "nursing homes" OR "care home" OR "care homes" OR "retirement home" OR "retirement homes" OR "aged care facility" OR "aged care facilities" OR "homes for the aged" OR "institutional care" OR "institutional long term care" OR "care institution" OR "care institutions" OR "residential care" OR institutionalized OR institutionalized OR "residential home" OR "residential homes" OR "assisted living" OR "health services for the aged")

AND

MH ("Elderly care" OR "long term care" OR "long-term care" OR "senior care" OR "older people care") OR AB ("Elderly care" OR "long term care" OR "long-term care" OR "senior care" OR "older people care") OR TI ("Elderly care" OR "long term care" OR "long-term care" OR "senior care" OR "older people care")

AND

MH ("quality of life" OR "quality of health care" OR "quality of care" OR "quality of nursing" OR "quality assessment" OR "quality assurance" OR "quality management" OR "quality control") OR AB ("quality of life" OR "quality of health care" OR "quality of care" OR "quality of nursing" OR "quality assessment" OR "quality assurance" OR "quality management" OR "quality control") OR TI ("quality of life" OR "quality of health care" OR "quality of care" OR "quality of nursing" OR "quality assessment" OR "quality assurance" OR "quality management" OR "quality control")

AND

MH (methods OR method OR instrument OR tool OR survey OR questionnaire OR interview OR checklist OR assessment) OR AB (methods OR method OR instrument OR tool OR survey OR questionnaire OR interview OR checklist OR assessment) OR TI (methods OR method OR instrument OR tool OR survey OR questionnaire OR interview OR checklist OR assessment)

**=364 treffers w.v. 24 systematic reviews en 10 reviews**



**Embase** (search 27/03/2017)

('nursing home':ab,ti OR 'nursing homes':ab,ti OR 'care home':ab,ti OR 'care homes':ab,ti OR 'retirement home':ab,ti OR 'retirement homes':ab,ti OR 'aged care facility':ab,ti OR 'aged care facilities':ab,ti OR 'homes for the aged':ab,ti OR 'institutional care':ab,ti OR 'institutional long term care':ab,ti OR 'care institution':ab,ti OR 'care institutions':ab,ti OR 'residential care':ab,ti OR 'institutionalised':ab,ti OR 'institutionalized':ab,ti OR 'residential home':ab,ti OR 'residential homes':ab,ti OR 'assisted living':ab,ti OR 'nursing home'/exp)

AND

('elderly care':ab,ti OR 'long term care':ab,ti OR 'long-term care':ab,ti OR 'senior care':ab,ti OR 'older people care':ab,ti OR 'elderly care'/exp) AND ('quality of life':ab,ti OR 'quality of care':ab,ti OR 'quality of nursing':ab,ti OR 'quality assessment':ab,ti OR 'quality assurance':ab,ti OR 'quality management':ab,ti OR 'quality control':ab,ti OR 'quality of life'/exp OR 'health care quality'/exp)

AND

('methods':ab,ti OR 'method':ab,ti OR 'instrument':ab,ti OR 'tool':ab,ti OR 'survey':ab,ti OR 'questionnaire':ab,ti OR 'interview':ab,ti OR 'checklist':ab,ti OR 'assessment':ab,ti OR 'methodology'/exp OR 'instrument validation'/exp)

AND

[2017-2017]/py

**=22 treffers, w.v. 1 review**



**PsycINFO** (search 03/04/2017)

TI("nursing home" OR "nursing homes" OR "care home" OR "care homes" OR "retirement home" OR "retirement homes" OR "aged care facility" OR "aged care facilities" OR "homes for the aged" OR "institutional care" OR "institutional long term care" OR "care institution" OR "care institutions" OR "residential care" OR "institutionalised" OR "institutionalized" OR "residential home" OR "residential homes" OR "assisted living") OR AB("nursing home" OR "nursing homes" OR "care home" OR "care homes" OR "retirement home" OR "retirement homes" OR "aged care facility" OR "aged care facilities" OR "homes for the aged" OR "institutional care" OR "institutional long term care" OR "care institution" OR "care institutions" OR "residential care" OR "institutionalised" OR "institutionalized" OR "residential home" OR "residential homes" OR "assisted living")

AND

("Elderly care" or "long term care" or "long-term care" or "senior care" or "older people care").ti. or ("Elderly care" or "long term care" or "long-term care" or "senior care" or "older people care").ab.

AND

("quality of life" or "quality of health care" or "quality of care" or "quality of nursing" or "quality assessment" or "quality assurance" or "quality management" or "quality control").ti. or ("quality of life" or "quality of health care" or "quality of care" or "quality of nursing" or "quality assessment" or "quality assurance" or "quality management" or "quality control").ab. or ("quality control" or "quality of care" or "quality of life" or "quality of services" or "quality of nursing care").sh.

AND

(methods or method or instrument or tool or survey or questionnaire or interview or checklist or assessment).ti. or (methods or method or instrument or tool or survey or questionnaire or interview or checklist or assessment).ab. or ("qualitative research" or "quantitative methods").sh.

Limiter: (yr="2007 - 2017")

**=188 treffers**

Limiter: (("0800 literature review" or "0830 systematic review") and human and yr="2007 - 2017")

**=12 treffers (reviews)**



**Google Scholar** (search 05/04/2017)

"nursing home" AND (tool OR questionnaire OR method OR instrument) AND quality

Limiters: taal = Nederlands of Engels; Datum =2007-2017

= **94 resultaten**

"nursing home" AND (tool OR questionnaire OR method OR instrument) AND quality AND review

= **19 resultaten (reviews)**



## Bijlage II. Overzicht van geïnccludeerde literatuur

### Internationale Reviews:

Backhaus, R., Verbeek, H., van Rossum, E., Capezuti, E., & Hamers, J. P. (2014). Nurse staffing impact on quality of care in nursing homes: a systematic review of longitudinal studies. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(6), 383-393.

(<http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.12.080>)

Beerens, H. C., Zwakhalen, S. M., Verbeek, H., Ruwaard, D., & Hamers, J. P. (2013). Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 50(9), 1259-1270.

Castle, N. G. (2007). A review of satisfaction instruments used in long-term care settings. *Journal of aging & social policy*, 19(2), 9-41. (DOI: 10.1300/J031v19n02\_02)

Donald, F., Martin-Misener, R., Carter, N., Donald, E. E., Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., Lloyd M., Akhtar-Danesh, N. & DiCenso, A. (2013). A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2148-2161.

Li, J., & Porock, D. (2014). Resident outcomes of person-centered care in long-term care: A narrative review of interventional research. *International journal of nursing studies*, 51(10), 1395-1415.

Sales, A. E., Bostrom, A. M., Bucknall, T., Draper, K., Fraser, K., Schalm, C., & Warren, S. (2012). The use of data for process and quality improvement in long term care and home care: a systematic review of the literature. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(2), 103-113.

Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L., & Bowman, C. (2011). The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 48(6), 732-750.





### Bijlage III. Overzicht van geïnventariseerde kwaliteitsinstrumenten

- AFDAK-methode (Activeren gegevens, Formuleren, Domeinen, Acties en Kwaliteit van leven)
- ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit; o.a. Social care-related quality of life, SCRQoL)
- BEEC
- Beelden van Kwaliteit
- Beleving bij het leven
- Ben ik tevreden?
- Bewoners auditen Bewoners (interne bewonersaudit)
- Care Dependency Scale (CDS)
- Checklist Jan Koolen 'broze mensen'
- Chief Listening Officer
- Cliënten aan het woord / Onze cliënten aan het woord
- Cliëntervaringsgesprekken (incl. PPP)
- Cliëntervaringsonderzoek
- Cliënten over Kwaliteit (CoK)
- Clienttevredenheidsmonitor
- Competentiezorg
- CQ-index / CQI (Consumer Quality index)
- CQ light
- Dashboard
- Dementia Care Mapping (DCM)
- Digitale 360 graden meting
- Discomfort Scale-Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT)
- Dit ben ik! / "Ik in 1-oogopslag" / Mijn Profiel
- Dit vind ik ervan! 2.0
- 3-vragen dialoog (in MDO)
- 'Doen wat nodig is' (10-criteria dialoog)
- Focusgroepgesprekken
- Gastvrijheidsbarometer - IFC
- GWI Index (o.a. Groninger Well-being Indicator)
- Happy or not
- Het goede gesprek
- HKZ Q-systeem
- InterRAI LTCF
- Klant- en familie arena's
- Kwaliteit en veiligheidsgesprekken
- Kwaliteitsberaad Ijsselheem (o.a. Moreel Beraad)
- Kwaliteitsfundament
- Kwaliteitskompas
- Kwaliteit van leven bij Dementie (incl. DQI, Dementia Quality of Life Instrument)
- Kwaliteitselfportret
- LAVA-tool (in aansluiting op GWI)
- Levensboek
- Menselijke maat



## Waardigheid en trots

- Mijnkwaliteitvanleven.nl
- Mijn leven in kaart
- Mijn positieve gezondheid / KwaliteitsWeb
- Moreel Beraad
- Net Promotor Score (NPS) (zie ook CQ light of Zorgkaart Nederland)
- OERmerk / OER-norm
- One2ten
- Opinionmeter
- Patient- en systeemtracer
- Peerconsultatie
- PG Barometer - IFC
- Philadelphia Geriatric Center Affect Rating Scale (PGC-ARS)
- Planetree.Pro
- PPP Tool (Positive Perception Program)
- PRET (Professionaliteit, Respect, Elkaar blij maken en Toewijding)
- PREZO (PREstatiemodel ZOrg) Q-systeem (instrumentarium/ meetkaarten)
- Q-DNA
- Quality Cube
- Quality of Interactions Schedule (QUIS)
- Quality of Life in Dementia (QUALIDEM)
- RAI Q-systeem
- Regelkaart (Dashboard)
- Samen kleur geven aan een waardevol leven (volgens AI methode: Appreciative inquiry)
- SenseMaking
- Shadowing
- Short Observation Method (SOM)
- Short Observational Framework for Inspection (SOFI)
- Spiegelgesprekken
- Story Connect
- Tweespraak
- Verbetermeter / Mijn Verbetermeter
- Verkorte Checklist Veilige Zorg / Risicoscan veilige zorg (App)
- Video Interventie Ouderenzorg (VIO)
- Video stimulated recall
- Waarderende audits
- Waarderingsgesprek
- W&T Kwaliteit Verbetercyclus (360 graden meting, dialoog, kortcyclisch verbeteren)
- 'Waarmee kan ik u van dienst zijn?'
- Walking interview of 'go along method'
- WIEK (Inforsa)
- Zelfevaluatie 2.0 en Teams op kracht
- World café method
- Zicht op eigen leven
- Zorgkaart Nederland



Postbus 19188  
3501 DD Utrecht

Catharijnesingel 47  
3511 GC Utrecht

030 789 25 10  
[www.waardigheidentrots.nl](http://www.waardigheidentrots.nl)

 [www.twitter.com/waardigentrots](http://www.twitter.com/waardigentrots)  
 [www.facebook.com/waardigheidentrots](http://www.facebook.com/waardigheidentrots)  
 [www.linkedin.com/company/waardigheidentrots](http://www.linkedin.com/company/waardigheidentrots)



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport