

Zelf-management binnen de diabeteszorggroepen Zeist, Haaglanden en Nieuwegein



Marit Bijl

8 maart 2013

Rotterdam Erasmus Universiteit, iBMG

Master Zorgmanagement

Studentnummer: 288176

Afstudeerbegeleider : prof.dr. A.P. Nieboer

Meelezers : dr. J.M. Cramm, L. Muijers Msc., Dr. G.R.M. Scholten

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterscriptie ter afronding van de master Zorgmanagement aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Bij de keuze voor het onderwerp voor deze scriptie sprak mij het onderwerp disease-management programma's gelijk aan. Met de vergrijzing die gaande is zal het aantal chronische zieken in de toekomst alleen maar stijgen en dit zie ik ook in mijn directe omgeving. De chronische zorg verbeteren is dus een belangrijke doelstelling voor de toekomst om kosten te besparen en de kwaliteit van leven onder de patiënten te verbeteren. Diabetes is één van de meest voorkomende chronische ziekten en er in mijn omgeving zijn er meerdere personen die deze ziekte hebben. Hierdoor was de keuze binnen de projecten die aan de diseasemanagement programma's hadden meegedaan, snel gemaakt. Zelf-management als onderdeel van de programma's had snel mijn specifieke aandacht aangezien hier in de toekomst veel van wordt verwacht

Zonder hulp was het uitvoeren van dit afstudeeronderzoek en het schrijven van deze scriptie niet gelukt. Ik wil dit voorwoord dan ook gebruiken om een aantal mensen te bedanken. Allereerst mijn begeleidster Anna Nieboer voor de begeleiding gedurende het onderzoek. Ik heb erg veel geleerd over spss, mede dankzij jouw hulp. Tevens wil ik mijn meelezers, Jane Cramm, Linda Muijers en Gerard Scholten bedanken. Ik wil verder mijn respondenten bedanken voor de medewerking aan de interviews. Ook wil ik Anke Fransen bedanken voor de hulp bij het selecteren van de juiste respondenten voor de interviews. Als laatste wil ik mijn vriend Niels bedanken, mijn zus en mijn ouders. Ze hebben altijd in me geloofd en het vertrouwen gehad dat ik mijn master op een goede manier zou afronden.

Deze scriptie vormt het sluitstuk van een leerzame maar soms ook moeilijke periode door omstandigheden. Ik ben blij dat ik zoveel hulp heb gekregen vanuit de Universiteit, voornamelijk van Barbara Thiels, anders had ik nooit gestaan waar ik nu sta. Ik kijk met plezier en nieuwsgierigheid uit naar de toekomst en het werkveld. Eerst ga ik genieten dat ik klaar ben met studeren en ga ik op wereldreis.

Marit Bijl
maart 2013

Samenvatting

Doelstelling

Diabetes Mellitus is de meest voorkomende chronische ziekte. Op het gebied van diabeteszorg zijn er disease-management programma's geïmplementeerd om een integraal zorgaanbod te bewerkstelligen en de zorg vraaggestuurd te maken. De basis van deze disease-management programma's ligt in het chronische zorgmodel. Dit model biedt een raamwerk om uitkomsten onder patiënten met chronische ziekten te verbeteren. Een specifiek onderdeel van het chronische zorgmodel waar in de toekomst veel van wordt verwacht is zelf-management. Zelf-management wordt gezien als de 'cornerstone' van effectieve diabeteszorg en geeft aan dat patiënten actieve participanten zijn in hun eigen behandeling. In dit onderzoek zijn drie zorggroepen geëvalueerd die zich specifiek richten op de diabeteszorg: de zorggroepen Zeist, Haaglanden en Nieuwegein. Binnen deze zorggroepen is gekeken welke interventies zij inzetten op het gebied van zelf-management en wat de invloed hiervan is op de zelf-management vaardigheden van patiënten.

Methoden

Het betreft een mixed method onderzoek waarbij zowel vragenlijsten zijn geanalyseerd als interviews zijn afgenomen met patiënten uit de zorggroep Zeist. Kwantitatieve data is verkregen met behulp van een vragenlijst die op 2 meetmomenten is afgenomen (2010 & 2011). Deze vragenlijst geeft inzicht in de ervaringen van patiënten met de disease management aanpak. Hiervoor is de Patient Assessment of Chronic Illness Care (Pacic) gebruikt die inzicht geeft in de mate waarin de elementen van het chronische zorg model zijn geïmplementeerd. De zelf-management vaardigheden van de diabetespatiënten zijn gemeten met behulp van de Self Management Ability Scale (SMAS). Verder zijn achtergrondkenmerken, leeftijd geslacht en opleiding, fysieke en mentale gezondheid en bewegen en roken meegenomen in het onderzoek.

Resultaten

Uit de kwantitatieve resultaten van het onderzoek blijkt dat de totaal scores van de Pacic en vier dimensies van de Pacic significant slechter zijn beoordeeld in 2011 ten opzichte van 2010 ($p \leq .05$). De totaal scores van de SMAS (generieke zelf-managemen vaardigheden) zijn ook significant slechter beoordeeld in 2011, evenals de dimensies 'initiatief nemen' en 'vertrouwen

op eigen kunnen' van de SMAS ($p \leq .05$). Deze significante verslechtering geldt niet voor de zorggroep Haaglanden. De gezondheids gerelateerde zelf-management vaardigheden zijn wel verbeterd. Het aantal rokers is significant afgenomen van 22.6% naar 13.5%. ($p \leq .05$). In de zorggroepen Zeist en Nieuwegein is het aantal rokers marginaal afgenomen (niet significant). Uit de kwalitatieve resultaten blijkt dat mensen ook gezonder zijn gaan eten en meer zijn gaan bewegen. Het verbeterde beweegpatroon wordt deels ondersteund door de kwantitatieve resultaten waaruit blijkt dat het beweegpatroon beperkt is verbeterd en in de zorggroep Haaglanden significant is verbeterd ($p \leq .05$).

Uit de kwalitatieve resultaten komt naar voren dat de zorggroepen verschillende zelf-management interventies inzetten zoals informatiebijeenkomsten, zelf-management cursussen, motivational interviewing en leefstijlinterventies. Bij veel interventies ligt de focus op de leefstijl van de diabetespatiënten, zoals gezond eten, veel bewegen en niet roken.

Conclusie

De zelf-management interventies zijn voornamelijk educatieve zelf-management interventies waarbij de focus ligt op kennisoverdracht omtrent de ziekte zelf en de leefstijl van de diabetespatiënten. De interventies dragen vooral bij aan de gezondheids-gerelateerde zelf-management vaardigheden zoals stoppen met roken, gezonder eten en meer bewegen. De meer generieke vaardigheden die van invloed zijn op het welzijn van mensen gaan echter, mogelijk door een verslechtering in het functioneren, achteruit. Zelf-management interventies zouden zich in de toekomst meer moeten richten op het aanleren van meer algemeen cognitieve en gedragsmatige vaardigheden om ouderen te leren omgaan met verschillende soorten problemen in plaats van interventies die zich alleen richten op ziekte- en gezondheidsgerelateerde problemen.

Summary

Objective

Diabetes Mellitus is the most common chronic illness. In diabetes care there are disease-management programs implemented to accomplish an integral healthcare and to make care more demand driven. The basis for the disease-management programs lies in the chronic care model. This model provides a framework to improve outcomes among patients with chronic diseases. There are a lot of future expectations of self-management, which is a specific part of the chronic care model. Self-management is seen as the cornerstone of effective diabetes care and indicates that patients are active participants in their own treatment. In this research, three care groups were evaluated that are aimed specifically at diabetes care: Zeist, Haaglanden en Nieuwegein. Within these caregroups the specific self-management interventions have been evaluated and the way they influence the self-management abilities of patients.

Methods

It is a mixed method research using both questionnaires and interviews that were conducted with patients in de caregroup Zeist. Quantitative data has been obtained using a questionnaire which has been conducted on two occasions (2010 & 2011). The questionnaire provides insight in the experiences of patients with the disease management approach. For this purpose the Patient Assessment of Chronic Illness Care (Pacic) has been used. The assessment gives insight into the extent to which the elements of the chronic care model were implemented. The self-management abilities of the diabetes patients were measured using the Self Management Ability Scale (SMAS). In addition, background characteristics, age, gender and education, physical and mental health, exercise and smoking were included in the research.

Results

Quantitative results show that the total scores of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (Pacic) and four dimensions of the Pacic, significantly deteriorated in 2011 compared to 2010 ($p \leq .05$). The total scores of the Self Management Ability Scale also significantly deteriorated, as well as the dimensions 'taking initiative' and 'self efficacy beliefs' ($p \leq .05$). This significant deterioration does not apply to the care group Haaglanden. The health related self-management abilities appear to be improved. The number of smokers significantly decreased from 22.6% in 2010 to 13.5% in 2011 ($p \leq .05$). The care groups Zeist and Nieuwegein show a marginal decrease in the number of smokers (not significant). The qualitative results show dat people have a healthier

diet and that people became more physically active. This is partly supported by the quantitative results which show a marginal improvement in physical activity even as a significant improvement in physical activity in the care group Haaglanden ($p \leq .05$)

The qualitative results show that the caregroups apply different self-management interventions such as educational sessions, self management courses, motivational interviews and way of life examinations. A lot of interventions focus on the way of life of the patients especially on diet, exercise and smoking.

Conclusion

The self management interventions are mainly educational focusing on transferring knowledge about the disease itself and the way of life of the patients. The interventions contribute to the health related self-management abilities such as quit smoking, a healthy diet and more frequent exercise. The more generic abilities that affect the well being of the patients decrease, possibly due to a deterioration in functionality of aging people. Self management intervention should focus on educating people the cognitive and behavioral abilities to deal with different types of problems rather than interventions which focuses on sickness and health- related problems.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	9
1.2 Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen	11
2. Theoretisch kader	13
2.1 Chronische zorgmodel	13
2.2 Zelf- management	15
2.2.1 Zelf-management interventies	16
2.2.2. Invloed van functieverlies op zelf-management	17
2.2.3 Zelf-management vaardigheden en welzijn	18
3. Methoden van onderzoek	20
3.1 Design	20
3.2 Onderzoeksetting	20
3.3 Dataverzameling	20
3.3.1 Literatuurstudie	21
3.3.2 Documenstudies	21
3.3.3 Vragenlijsten bij patiënten	21
3.3.4 Interviews	25
3.4 Analyse	26
3.4.1 Vragenlijsten	26
3.4.2 Interviews	27
3.5 Validiteit en betrouwbaarheid	27
4. Resultaten kwantitatief onderzoek	28
4.1 Niveau van zorg volgens patiënten	28
4.2 Verandering generieke zelf-management vaardigheden van patiënten.....	30
4.3 Verandering gezondheidsgerelateerde zelf-management vaardigheden van patiënten.....	34
4.4 Verandering fysieke en mentale gezondheid van patiënten	37
4.5 Bijdrage achtergrondkenmerken, fysieke en mentake gezondheid aan de (verandering in) zelf- management vaardigheden	39

5. Resultaten kwalitatief onderzoek.....	42
5.1 Beschrijving zelf-management interventies per zorggroep.....	42
5.2 Zelf-management ondersteuning ervaren door patiënten.....	46
5.3 Aspecten die aan bod komen bij de zelf-management ondersteuning	47
5.4 Ervaring van patiënten met zelf-management ondersteuning	48
5.5 Verandering in zelf-management vaardigheden van patiënten	49
5.6 Toepassen van zelf-management vaardigheden in de dagelijkse structuur.....	50
6. Discussie en conclusie	52
6.1 Discussie	52
6.1.1 Bevindingen	52
6.1.2 Beperkingen onderzoek	59
6.2 Conclusie	59
7. Literatuurlijst	61
8. Bijlagen	66

1 Inleiding

Het aantal Nederlanders met één of meer chronische ziekten zal de aankomende jaren verder toenemen. Chronische ziekten worden omschreven als onomkeerbare aandoeningen zonder uitzicht op volledig herstel en met een relatief lange ziekteduur (Hoeymans en Schellevis 2008). Volgens cijfers van het RIVM heeft op dit moment ruim een kwart van de mensen één of meer chronische ziekten. En bij 65-plussers heeft zelfs meer dan de helft een chronische ziekte (Hoeymans et al. 2008). Met het oog op de vergrijzing en de huidige leefstijl zal dit aantal in de toekomst alleen maar verder toenemen. Overgewicht, lichamelijke inactiviteit, roken en voeding zijn allen risicofactoren voor het krijgen van chronische ziekten. Vooral door de vergrijzing en het ongezonde leefgedrag van de Nederlandse populatie zal het aantal mensen met chronische ziekten in de toekomst alleen maar verder stijgen (Blokstra et al. 2007).

De meest voorkomende chronische ziekte is Diabetes Mellitus. In 2011 hadden ongeveer een miljoen Nederlanders diabetes en jaarlijks neemt het aantal diabetes patiënten toe met 71.000 mensen. Het aantal mensen met diabetes zal in 2025 ongeveer 1,32 miljoen mensen bedragen (Diabetes Vereniging Nederland, 2011).

Diabetes mellitus, ook wel suikerziekte genoemd, is een chronische stofwisselingsziekte die gepaard gaat met een te hoog glucosegehalte in het bloed (Baan et al. 2011). Het lichaam is dan niet meer in staat om glucose goed te verwerken omdat er door het lichaam weinig tot geen insuline wordt aangemaakt. Insuline is nodig voor het transport van glucose uit het bloed naar de lichaamswefsels. Doordat de insuline ontbreekt heeft het lichaam moeite om de glucose uit het bloed te krijgen waardoor de glucosewaarden stijgen en er allerlei klachten ontstaan (Ibid.). Op den duur kunnen er zelfs ernstige complicaties optreden als hart- en vaatziekten, blindheid, aantasting van de nieren en het zenuwstelsel en zelfs amputaties (Baan & Schoenmaker 2009)

Chronische patiënten, in het bijzonder, diabetes patiënten krijgen over het algemeen met veel verschillende zorgaanbieders te maken. Een groot deel van de zorg vindt plaats in de huisartsenpraktijk (Hamberg-van Reenen 2011). Andere disciplines waar diabetes patiënten mee te maken krijgen zijn een medisch specialist, een praktijkondersteuner, een diabetesverpleegkundige, een fysiotherapeut, een diëtist en een podotherapeut (Ibid.). Dit betekent dat de coördinatie van zorgactiviteiten en de onderlinge afstemming en samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders steeds belangrijker wordt (Baan et al. 2003). Hier is binnen de diabeteszorg nog veel winst te behalen. Daarnaast wordt 'vraaggestuurde zorg' steeds belangrijker, waarvoor een samenhangend, integraal en flexibel zorgaanbod

noodzakelijk is. Vraaggestuurde zorg is vooral van belang omdat de individuele leefstijl van patiënten grote invloed heeft op het verloop van diabetes mellitus. Als er per patiënt zorg op maat wordt geboden afhankelijk van kennisniveau, leeftijd en leefstijl is er nog veel winst te behalen (Nederlandse Diabetes Federatie 2007). Om dit mogelijk te maken zijn er systeemveranderingen nodig die de zorg samenhangend en integraal maken voor chronische patiënten.

Binnen de gezondheidszorg zijn er verschillende ontwikkelingen gaande om een dergelijk zorgaanbod mogelijk te maken. Termen die hierbij veel vallen zijn 'ketenzorg', 'disease management', 'transmurale zorg' en 'integrale zorg' (Ibid.). De overeenkomst tussen deze begrippen is dat zij allemaal betrekking hebben op het afstemmen van de zorg voor een bepaalde patiëntencategorie.

Op het gebied van diabeteszorg zijn er veel ontwikkelingen in de organisatie van de standaard diabeteszorg met als doel de effectiviteit en de kwaliteit van de diabeteszorg te verbeteren (Hamberg-van Reenen 2011). In Nederland zijn er verschillende initiatieven om ketenzorg in de eerste lijn te implementeren. In het kader van de diseasemanagement praktijkprojecten van ZonMw (ZonMw, programma diseasemanagement Chronische Ziekten) zijn er een aantal projecten geweest die zorg in de eerste lijn voor diabetes patiënten voor de chronische fase willen verbeteren.

De basis van de diseasemanagementprogramma's ligt in het chronische zorgmodel. Het chronische zorgmodel is een evidence based, conceptueel raamwerk dat veranderingen in gezondheidszorgsystemen beschrijft die praktijken helpen om uitkomsten onder patiënten met chronische ziekten te verbeteren (Epping-Jordan et al. 2004). Eén van de componenten die in het chronische zorg model wordt genoemd om te voorzien in kwalitatief goede chronische zorg is zelfmanagement (Ibid.).

Met zelfmanagement wordt bedoeld dat de patiënt een actieve rol krijgt in zijn eigen behandeling en dat de patiënt de zorg voor zijn/haar gezondheid, in alle facetten, zelf aanstuurt (Kempen 2006). Zelfmanagement wordt gezien als een belangrijk element om zorguitkomsten en patiëntuitkomsten te verbeteren. Daarnaast is het ook voor de patiënten een belangrijk element doordat zij meer zelfstandigheid, meer betrokkenheid en meer de regierol in het ziekteproces krijgen.

Aanvankelijk is vooral naar zelf-management gekeken vanuit het medische perspectief waardoor de interventies gericht op het aanleren van zelf-management vaardigheden voornamelijk ziekte- of gezondheids gerelateerd waren (Cramm et al. 2012; Kempen 2006). Uit onderzoek blijkt echter dat interventies die zich niet alleen richten op de ziekte zelf maar ook op

het psychologische en sociale welzijn, leiden tot zelf-management vaardigheden die bijdragen aan het behalen en behouden van meer welzijn op latere leeftijd (Steverink et al. 2005). Dit soort zelf-management interventies gericht op het behalen en behouden van meer welzijn, blijken echter tot op heden relatief schaars te zijn (Ibid.).

Om te onderzoeken of de interventies zich binnen drie diabetes zorggroepen nu meer richten op het aanleren van generieke vaardigheden waarbij ook de sociale en psychologische gezondheid een belangrijke rol spelen of zich vooral richten op de aandoening, is er in dit onderzoek geëvalueerd welke interventies de zorggroepen inzetten op het gebied van zelf-management en welke invloed deze interventies hebben op de gezondheids-specifieke vaardigheden én op de generieke vaardigheden van diabetespatiënten.

Dit wordt onderzocht door middel van kwantitatieve onderzoeksmethoden aangevuld met kwalitatief onderzoek zoals interviews met patiënten over hun ervaringen met de interventies. Hierdoor wordt geprobeerd een breed beeld te krijgen van de ingezette zelf-management interventies en de invloed van deze interventies op de zelf-management vaardigheden van diabetespatiënten.

1.2 Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen

De specifieke doelstelling van dit onderzoek is om te kijken welke interventies de verschillende diabetes diseasemanagement programma's inzetten op het gebied van zelfmanagement en wat de invloed van deze interventies is op de zelf-management vaardigheden van de patiënten.

De probleemstelling van het onderzoek is:

Welke interventies zetten de zorggroepen in op het gebied van zelfmanagement en wat is het effect hiervan op de zelf-management vaardigheden van de patiënten?

De probleemstelling wordt verder uitgediept met de volgende deelvragen:

1. Welke interventies zetten de verschillende diseasemanagement programma's in op het gebied van zelfmanagement?
2. Zijn er verschillen/overeenkomsten tussen diseasemanagement programma's met betrekking tot de interventies?
3. Hoe ervaren patiënten de inzet van zelf-management interventies?
4. Wat zijn de effecten/resultaten van deze interventies op de generieke en de gezondheids-gerelateerde zelf-management vaardigheden van de patiënten?

5. In hoeverre dragen achtergrondkenmerken, fysieke gezondheid en mentale gezondheid bij aan de (verandering in) zelf-management vaardigheden?
6. In hoeverre verschillen zelf-management vaardigheden tussen diseasemanagement programma's?

2. Theoretisch kader

In de eerste paragraaf van dit theoretisch kader zal het chronische zorgmodel worden besproken. Vervolgens zal in de tweede paragraaf worden ingegaan op zelf-management met daarbij zelf-management interventies en zelf-management vaardigheden.

2.1 Chronische zorgmodel

Chronische ziekten zijn de belangrijkste oorzaak van sterfte en handicaps in de wereld, verantwoordelijk voor 59% van sterfte en 46% van de ziektelast (Coleman et al. 2009). Het Institute of Medicine rapporteerde in 'crossing the quality chasm' een groot gat tussen de huidige chronische zorg en evidence based best practices (Sperl-Hillen et al. 2004). Onderzoek heeft laten zien dat patiënten met chronische ziekten niet de zorg krijgen die zij willen en nodig hebben (Coleman et al 2009). Ook in de diabeteszorg zijn verschillende problemen te onderkennen. Sperl-Hillen et al. (2004) geven aan dat inadequate diabeteszorg elk jaar verantwoordelijk is voor duizenden van potentieel voorkomende hartaanvallen en beroertes. Daarnaast hebben mensen met diabetes twee tot zes maal het risico op sterfte aan hart-ziekten in vergelijking met mensen zonder diabetes en draagt ongecontroleerde diabetes bij aan duizenden onnodige amputaties en gevallen van blindheid. Met ondersteuning van de Robert Wood Johnson Foundation Improving Chronic Illness Care (ICIC) Program, is het chronische zorg model (CCM) ontwikkeld als een raamwerk voor het managen van chronische ziekten (Hung et al. 2007). Het doel van het chronische zorgmodel is om de dagelijkse zorg voor chronische patiënten te transformeren van acuut en reactief, naar pro-actief, gepland en populatiegericht (Coleman et al. 2009). Door middel van zes met elkaar verbonden systeem veranderingen probeert het chronische zorgmodel praktijken te helpen de patientuitkomsten te verbeteren. Het chronische zorgmodel vormt dan ook de basis voor de hedendaagse aanpak van diseasemanagement praktijken.

De zes samenhangende componenten van gezondheidszorgsystemen die invloed hebben op de uitkomsten van het zorgproces zijn:

1. Bevorderen van zelfmanagement.

Dit benadrukt de patiënt zijn verantwoordelijkheid in het managen van de eigen gezondheid door middel van strategieën als het stellen van doelen, oplossen van problemen en het ontwerpen van actieplannen (Hung et al. 2007). Bodenheimer et al. (2002) geven aan dat het van belang is om gezamenlijk patiënten en hun families te helpen bij het verwerven van

vaardigheden en vertrouwen om hun chronische ziekten te managen. Daarnaast zou de aanbieder ook zelf-management instrumenten (glucosemeters, diëten etc.) moeten verstrekken en routinematig de problemen en prestaties van patiënten moeten beoordelen. Activiteiten die horen bij het bevorderen van zelf-management zijn: educatieprogramma's, zelfzorgtaken zoals bloeddruk meten en financiële prikkels voor de patiënt (Drewes et al. 2008).

2. Klinische informatiesystemen

Deze systemen voorzien in toegang tot patiënten data en kunnen worden gebruikt voor het plannen van de individuele patiëntenzorg. Daarnaast kunnen dergelijke systemen relevante subpopulaties identificeren en de prestaties van gezondheidsaanbieders of systemen monitoren (Hung et al. 2007). Daarnaast geeft Bodenheimer et al. (2002) aan dat het systeem ook kan werken als feedback voor de artsen, om te tonen hoe iedere patiënt presteert op bepaalde onderdelen van de ziekte. Activiteiten die horen bij het informatiesysteem zijn: reminder, (gedeeld) elektronisch patiënten dossier, prestatie van team/instelling meten (Drewes et al. 2008).

3. Een effectief ontwerp van het gezondheidszorgsysteem

Dit faciliteert goed geplande patiëntenbezoeken. Daarnaast zal de structuur van de medische praktijk moeten worden gewijzigd. Er moeten praktijkteams gecreeërd worden met een duidelijke verdeling van arbeid en met het scheiden van acute zorg van de geplande zorg van chronische condities (Hung et al. 2007). Bodenheimer et al (2002) geeft aan dat artsen zich na de verdeling bemoeien met acute problemen en moeilijke chronische gevallen en daarnaast trainingen geven aan andere leden. Niet artsen moeten de routinematige periodieke taken kunnen uitvoeren, zorgen voor passende follow ups en de patiënten in zelf-management vaardigheden kunnen steunen. Activiteiten die worden omschreven bij een effectief gezondheidszorgsysteem zijn: multidisciplinair overleg, ontslagplanning, telefonische interventies, thuisbezoeken, casemanagement, gestructureerd zorgplan en medicatie (Drewes et al. 2008).

4. Ondersteuning van de besluitvorming

Dit wil zeggen dat de zorg op basis van de best beschikbare kennis en inzichten wordt geleverd (Drewes et al 2008). Richtlijnen moeten als zorgstandaard dienen en geïntegreerd worden in de dagelijkse praktijk door middel van 'reminders' (richtlijnen, team overleg, audits en terugkoppeling en supervisie) (Bodenheimer et al. 2002; Drewes et al. 2008).

5. De organisatie van zorginstellingen (zorgproces)

Dit moedigt een cultuur aan van kwaliteitsverbetering tezamen met de middelen om in veilige, hoge kwaliteit zorg te voorzien (Hung et al. 2007). Wanneer de doelen van de organisatie en de

leiders van de organisatie chronische zorg niet als een prioriteit zien, zal innovatie niet plaats vinden. Activiteiten die van belang zijn voor deze systeemverandering zijn: leiderschap, kwaliteitsverbetering boven aan de agenda en aandacht voor patiëntveiligheid (Drewes et al. 2008).

6. Lokale hulpbronnen en beleid

Deze zijn van belang om de chronische zorg te verbeteren. Door relaties op te bouwen met lokale hulpbronnen zoals senioren centra of zelfhulpgroepen kunnen benodigde services voor de organisatie worden geïdentificeerd, gecreeërd en ondersteund (Hung et al. 2007; Bodenheimer et al. 2002). Een activiteit die bij deze systeemverandering kan worden geïdentificeerd is: lichaamsbeweging via een plaatselijke sportschool of wandelclub.

Het idee achter het chronische zorgmodel is dat, als er op deze elementen wordt ingezet, dit zal leiden tot betere resultaten voor de chronisch zieke. Door middel van het chronische zorgmodel kunnen tekortkomingen in bestaande modellen worden blootgelegd waardoor verbeteringen in de chronische zorg kunnen plaatsvinden (Cramm et al. 2011). Zo biedt het model ook handvaten om naar de drie diseasemanagement programma's binnen dit onderzoek te kijken.

2.2 Zelf-management

Zelf-management is één van de elementen van het chronische zorgmodel dat tot betere uitkomsten zou moeten leiden (Bodenheimer et al. 2002). De term zelf-management is voor het eerst gebruikt door Creer & collega's (1976) en duidde aan dat de patiënt een actieve participant was in de behandeling (Lorig & Holman 2003). Sinds die tijd wordt zelf-management steeds vaker genoemd en wordt het gezien als een belangrijk punt om zorguitkomsten en patiëntenuitkomsten te verbeteren. Chronisch zieken moeten hun ziekte zelf dagelijks managen, waarbij zelf-management vaardigheden van patiënten onmisbaar zijn (Cramm & Nieboer 2011). 95 % van de behandeling van diabetes wordt namelijk uitgevoerd door patiënten of hun familieleden (Heisler et al. 2002). Zelf-management wordt dan ook gezien als de 'cornerstone' van effectieve diabeteszorg (Mulcahy et al. 2003). Onderzoek toont aan dat patiënten die educatie hebben gehad op het gebied van zelf-management verbeteringen hebben opgedaan in kennis, empowerment, klinische uitkomsten, (hemoglobine) communicatie met arts en minder gezondheidsgerelateerde stress (Siminerio 2005; Lorig & Holman 2003). Daarnaast hebben Cramm & Nieboer (2011) aangetoond dat zelf-management vaardigheden invloed hebben op de psychische gezondheid en depressieve symptomen. Voor de overheid is het belang van zelf-management ook groot aangezien een toename van de zelf-management mogelijkheden

gedeeltelijk de toenemende druk op het gezondheidszorgsysteem verminderen door patiënten toe te staan om hun autonome levenswijze te behouden voor langere periodes (Ibid.).

2.2.1 Zelf-management interventies

De meeste zelf-management interventies focussen zich op het leren van mensen hoe zij effectief om moeten gaan met hun chronische ziekten (Cramm & Nieboer 2011). Veel interventies zijn volgens Cramm & Nieboer (2011) echter gericht op de individualistische benadering waarbij de sociale context van de ziekte genegeerd wordt. Greenhalgh (2009) benadrukt dat het tijd is om van een individualistische benadering van zelf-management, naar meer holistische modellen te gaan waarbij een individu zijn familie, sociale en omgevings context worden betrokken. Het is dus van belang dat zelf-management programma's niet alleen ziekte specifiek zijn waarbij de focus ligt op medicatie en symptoom management (Barlow et al. 2002). Programma's die het managen van psychologische consequenties, leefstijl, sociale steun en communicatie bevatten zullen leiden tot meer generieke vaardigheden die door chronische patiënten worden gebruikt in een ziekte-specifieke context.

Verschillende disciplines hebben bijgedragen aan de evolutie van zelf-management interventies (Newman et al. 2004). Hierdoor kunnen de grote verschillen tussen de interventies wellicht ook verklaard worden. Eén van de eerste invloeden was de educationele benadering waarbij patiënten voorzien werden van informatie in een traditioneel didactisch formaat, waarbij verwacht werd dat meer kennis zou zorgen voor een verandering in gedrag waardoor individuen beter hun ziekte konden managen (Ibid.) Het bleek al snel dat educatie alleen niet noodzakelijk tot de gewenste gedragsverandering zou leiden.

De aandacht verschoof hierna naar de psychologie. De sociale cognitieve theorie gaat ervan uit dat gedrag kan worden beïnvloed door verwachtingen van individuen omtrent het vertrouwen in hun eigen vaardigheid een bepaald gedrag te laten zien (Ibid.). Dit idee heeft ervoor gezorgd dat binnen zelf-management interventies gebruik werd gemaakt van het leren van vaardigheden zoals problemen oplossen en het stellen van doelen.

De bereidheid om te veranderen is ook een psychologisch concept en komt voort uit het transtheoretische model (Ibid.). Interventies die door deze theorie geleid worden zullen zich vooral richten op de motivatie van een individu om te veranderen en passen hun benadering aan op basis van de verschillen in motivatie tussen participanten om hun gedrag te veranderen. De laatste invloed uit de psychologie op de ontwikkeling van zelf-management interventies komt uit de klinische psychologie (Ibid.) Centraal bij deze therapieën is om te proberen de manier hoe mensen over hun ziekte en zichzelf denken, te veranderen.

Hieruit volgend classificeren verschillende auteurs de interventies (Roter et al. 1998). Zij onderscheiden educationele, gedragsmatige en affectieve interventies. Educationele interventies hebben tot doel het verbeteren van de naleving door de patiënt te voorzien van informatie en vaardigheden. De gedragsmatige interventies gebruiken technieken als herinneringen, memory aids, zelf-monitoring, doelen stellen. Hierbij is het van belang dat het gewenste gedrag is overlegd en geaccepteerd door de patiënt zodat de adoptie van het gedrag een kans heeft van slagen op de lange termijn (Ibid.). De affectieve interventies dragen bij aan nakoming door de patiënt van emotionele steun en aanmoediging te voorzien. Voorbeelden van interventies hierbij zijn frequent telefonisch contact, huisbezoeken, familie-gebaseerde benaderingen en interventies gericht op coping skills en self efficacy (vertrouwen in eigen kunnen).

Specifieke voorbeelden van zelf-management interventies zijn: educatie voor leefstijl; regulerende vaardigheden; pro-actieve coping; aandacht voor het socialiseren met familie en vrienden; aandacht voor fysiek actief zijn; medicijngebruik; symptoom management; omgaan met psychologische consequenties; sociale steun; communicatie en andere zelf management strategieën zoals carrière planning en doelen stellen. Nakagawa-Kogan et al. (1994) beschrijven zelf-management dan ook als een interventie die biologische, psychologische en sociale interventie technieken combineren, met als doel het optimaal functioneren van het proces.

Volgens de American Association of Diabetes Educators begint zelf-management educatie bij het aanleren van kennis en vaardigheden (Mulcahy et al. 2003). Vervolgens moeten patiënten het vertrouwen en motivatie krijgen om geschikte zelf-zorg gedragingen uit te voeren en moeten het probleem-oplossend vermogen en coping vaardigheden ontwikkeld worden om barrières voor zelf-zorg gedragingen te overwinnen. Hierna vindt pas een gedragsmatige verandering plaats. Zelf-zorg gedragingen, tezamen met geschikte therapeutische regimes kunnen de klinische status, diabetes complicaties en de gezondheidsstatus van patiënten verbeteren (Ibid.).

2.2.2 Invloed van functieverlies op zelf-managementvaardigheden

Versillende auteurs hebben uitspraken gedaan over de zelf-management vaardigheden die je als chronisch zieke patiënt moet hebben om je ziekte zelf te kunnen managen. De gemiddelde diabetespatiënt is over het algemeen een stuk ouder dan de rest van de bevolking. In de periode van 2001-2009 was de gemiddelde leeftijd van de mannelijke diabetespatiënt 63 jaar terwijl de gemiddelde leeftijd van Nederlanders in dezelfde periode 39 jaar was (CBS 2010). Er

wordt in de literatuur vaak gesproken over functieverlies bij ouderen door chronische ziekten (Boekholdt & Coolen 2010). Dit functieverlies is een afnemend vermogen om het leven zelf te regelen, mobiel te zijn, zich zelfstandig voortbewegen, zelf de huishouding doen, de persoonlijke zorg etc. (Ibid.). Zowel ouderen in de samenleving als mensen met diabetes hebben meer risico op functieverlies. Diabetes wordt geassocieerd met 42% meer kans op functionele beperkingen bij vrouwen (Gregg et al. 2002). Functieverlies blijkt invloed te hebben op de zelf-management vaardigheden van een patiënt (Cramm. et al 2012). Bij functieverlies gaat het hier niet alleen over de fysieke gezondheid maar ook over de sociale en de psychische (mentale) gezondheid van diabetespatiënten. Uit onderzoek blijkt dat mensen met lagere niveaus van fysieke, sociale en mentale gezondheid, ook slechtere zelf-managers zijn dan mensen met hogere niveaus van gezondheid (Ibid.).

Voor oudere mensen lijkt het dus van belang om te beschikken over een breed repertoire van zelf-management vaardigheden om de negatieve spiraal die zich voordoet op verschillende belangrijke domeinen van welzijn in het leven, tegen te kunnen gaan (Steverink et al. 2005).

2.2.3 Zelf-management vaardigheden en welzijn

Tot nu toe zijn voornamelijk gezondheids- of ziekte gerelateerde zelf-management vaardigheden effectief in zelf-management interventies omgezet zoals het nemen van medicijnen, gezond eten, beweging en stoppen met roken (Cramm et al. 2012). In dit onderzoek ook wel gezondheids-gerelateerde zelf-management vaardigheden genoemd.

Doordat de problemen van ouderen zich vaak in meerdere domeinen van het leven bevinden (fysiek, sociaal en psychisch) lijken deze gezondheids- en ziektegerelateerde vaardigheden niet meer voldoende. Om welzijn te bereiken en te behouden zouden patiënten meer profiteren van interventies waarbij zij vaardigheden opdoen die meer algemeen, cognitief en gedragsmatig van aard zijn zodat zij leren omgaan met verschillende soorten problemen in verschillende domeinen van het leven (fysiek, sociaal en mentaal) (Ibid.). In dit onderzoek ook wel generieke zelf-management vaardigheden genoemd.

De SSMA theorie (Successful Self-Management of Ageing) specificeert zes onderling afhankelijke zelf-management vaardigheden die gelden als kernvaardigheden die nodig zijn in het behouden van welzijn (Schuurmans et al. 2004). Steverink et al. (2005) hebben de zogenaamde theorie voor zelf-management van welzijn (SMW theorie) ontwikkeld die hier aan ten grondslag ligt, en die kan worden gebruikt als basis voor het ontwerpen van zelf-management interventies. In deze theorie worden twee bronnen genoemd om welzijn te realiseren: directe bronnen en zelf-management vaardigheden. De directe bronnen dragen op

een directe manier bij aan welzijn, zoals eten en onderdak voor fysiek welzijn, en vrienden voor sociaal welzijn. Deze hebben de neiging af te nemen met het ouder worden. Zelf-management vaardigheden zijn nodig om de directe bronnen op een manier te managen zodat fysiek, mentaal en sociaal welzijn kan worden bereikt, behouden en hersteld wanneer verloren. Een voorbeeld hiervan is de vaardigheid om vooruit te kijken en te investeren in bronnen die kunnen bijdragen aan het welzijn op de lange termijn, zoals investeren in goede gezondheid en goede sociale relaties (Schuurmans et al. 2004).

Hieruit volgen zes generieke kern zelf-management vaardigheden die samen de samengestelde constructie van de SMA vormen (Self Management Ability) (Ibid.). Cramm & Nieboer (2011) noemen hiervan als belangrijkste vaardigheden dat een patiënt de vaardigheid moet hebben om te investeren in bronnen om hieruit lange termijn voordelen te kunnen halen (zoals investeren in gezondheidsgedrag). Daarnaast is het volgens Cramm & Nieboer (2011) van belang dat patiënten de vaardigheid hebben om zelfwerkzaam bronnen te managen, geloof in persoonlijke competentie te krijgen en te behouden om welzijn te bereiken en de vaardigheid moeten hebben om initiatieven te nemen. Dit kan samengevat worden in drie vaardigheden: energie en tijd investeren, self-efficacy belief (geloven in eigen kunnen) en het nemen van initiatief.

3. Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe dit onderzoek tot stand is gekomen en op welke manier het onderzoek is uitgevoerd. In de eerste paragraaf zal het onderzoeksdesign worden besproken. In de tweede paragraaf wordt de onderzoekssetting besproken. In de derde paragraaf wordt besproken op welke manier binnen het onderzoek data is verzameld waarna in de vierde paragraaf de manier waarop deze data is geanalyseerd zal worden besproken. Ten slotte wordt in de vijfde en laatste paragraaf aandacht besteedt aan de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek.

3.1 Design

Door middel van kwantitatief onderzoek aangevuld met kwalitatieve onderzoeksmethoden zal worden getracht een antwoord te vinden op de hoofdvraag en de bijpassende deelvragen. Dit wordt ook wel mixed methods onderzoek genoemd. Aanvullende kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn gebruikt om meer inzicht te krijgen in de zelfmanagement interventies en de ervaringen hiermee van de patiënten. De kwalitatieve gegevens zijn verkregen met behulp van documentenstudies en interviews. De kwantitatieve onderzoeksgegevens zijn verkregen met behulp van vragenlijsten.

In dit onderzoek zijn er twee meetmomenten geweest, in 2010 en in 2011. Alle respondenten hebben de ziekte diabetes en krijgen zorg voor diabetes in verschillende zorggroepen. Er wordt gekeken naar verschillen tussen de jaren en naar verschillen tussen de zorggroepen. Hierdoor kun je spreken van een longitudinale cohortstudie. Het onderzoek is exploratief van aard omdat er voorafgaand aan het onderzoek nog geen scherpe hypothesen konden worden opgesteld.

3.2 Onderzoekssetting

Dit onderzoek is uitgevoerd binnen 3 zorggroepen die meedoen aan het programma Disease Management Chronische Ziekten. In totaal experimenteren op dit moment 22 zorggroepen met het programma. Het is een gezamenlijk initiatief van het ministerie van VWS, ICT regie, PICASSO voor COPD en de sectie gezondheidsfondsen. In het ZonMw programma brengen verschillende organisaties middelen en expertise samen om te onderzoeken hoe de zorg voor mensen met een chronische ziekte beter kan. Uitgangspunt hierbij is dat de zorgvraag van de patiënt centraal komt te staan. Zij hebben daarbij een eigen verantwoordelijkheid en geven

richting aan het zorgproces. De looptijd van het programma is van 2007 tot 2012 en hiervoor is een budget van 17.997736 euro beschikbaar gesteld. Dit onderzoek is een onderdeel van het evaluatieonderzoek dat het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) uitvoert naar alle 22 praktijkprojecten. Drie projecten hebben als speerpunt de diabeteszorg. Dit zijn de zorggroepen Zeist, Haaglanden en Nieuwegein. Dit onderzoek richt zich op deze drie diabeteszorggroepen en is onderdeel van het evaluatieonderzoek van het iBMG. In dit onderzoek wordt gekeken in hoeverre deze projecten aansluiten bij het chronische zorgmodel. Daarnaast gaat het specifiek in op de zelf-management ondersteuning die de drie zorggroepen bieden.

3.3 Dataverzameling

3.3.1 Literatuurstudie

In het eerste deel van het onderzoek is een overkoepelend theoretisch kader gevormd op basis van literatuuronderzoek. Relevante publicaties zijn verkregen door het raadplegen van verschillende internet databanken zoals Google scholar, pubmed en de universiteitsbibliotheek van de Erasmus Universiteit. Er zijn hierbij verschillende zoektermen gebruikt: diabetes, chronic care, chronic care model, diseasemanagement, functionall loss, self-management en self-management abilities De zoektermen zijn ook in het Nederlands gebruikt.

3.3.2 Documentstudies

De documenten die in dit onderzoek zijn bestudeerd zijn afkomstig van het evaluatieonderzoek van het iBMG en betreffen interviews met de projectleiders van de drie disease management programma's (Zie bijlage 1). In deze interviews zijn algemene vragen gesteld aan de projectleiders over het programma binnen hun zorggroep en worden de interventies besproken op de verschillende onderdelen van het chronische zorgmodel. In dit onderzoek wordt alleen gekeken naar de interventies die de zorggroepen op het gebied van zelf-management inzetten.

3.3.3 Vragenlijsten bij patiënten

De vragenlijsten die voor dit onderzoek worden gebruikt zijn afkomstig van de evaluatie van het Disease Management Programma van ZonMw uitgevoerd door het iBMG. Deze vragenlijsten geven inzicht in de ervaringen van de patiënten met de diseasemanagement aanpak. De vragenlijsten zijn op twee momenten afgenomen, in 2010 (T0) en in 2011 (T1).

Response-analyse

In totaal zijn in 2010 723 mensen benaderd voor het invullen van de vragenlijst. In totaal hebben in dit jaar 426 respondenten de vragenlijst retour gestuurd wat neerkomt op een totale respons van 59%. In 2011 zijn er in totaal 599 benaderd voor het invullen van de vragenlijst. In totaal hebben in dat jaar 259 mensen de vragenlijst retour gestuurd wat neerkomt op een totale respons van 44%. Aangezien er gekeken zal worden naar verschillen tussen de zorggroepen worden hieronder de aantallen patiënten per meetmoment per zorggroep beschreven.

	Verstuurd	Retour	Respons
Zeist	278	215	77%
Haaglanden	165	103	62%
Nieuwegein	280	109	39%

	Verstuurd	Retour	Respons
Zeist	221	115	52%
Haaglanden	119	55	46%
Nieuwegein	259	89	34%

In tabel 3.2 is te zien dat in 2010 in de zorggroep Zeist 278 respondenten zijn benaderd voor het invullen van de vragenlijst waarvan 215 mensen de vragenlijst retour hebben gestuurd. Dit komt neer op een respons van 77%. In de zorggroep Haaglanden zijn in 2010 165 vragenlijsten verstuurd waarvan er 103 respondenten de vragenlijst retour hebben gestuurd. Dit komt neer op een respons van 62%. In de zorggroep Nieuwegein zijn de meeste mensen benaderd voor het invullen van de vragenlijst (280). Hiervan hebben 109 mensen de vragenlijst retour gestuurd. Dit komt neer op een respons van 39%

Tabel 3.3 laat zien dat in 2011 in de zorggroep Zeist 221 vragenlijsten zijn verstuurd, waarvan 115 mensen de vragenlijst retour hebben gestuurd. Dit komt neer op een respons van 52%. In datzelfde jaar zijn er binnen de zorggroep Haaglanden 119 vragenlijsten verstuurd, waarvan er 55 vragenlijsten retour zijn gestuurd. Dit is een respons van 46%. In de zorggroep

Nieuwegein zijn er opnieuw de meeste mensen benaderd voor het invullen van de vragenlijst (259). Er zijn in dit jaar 89 vragenlijsten retour gestuurd. Dit komt neer op een respons van 39%.

Achtergrondinformatie respondenten

Tabel 3.4 Achtergrondinformatie respondenten, geslacht, leeftijd en opleiding.

		N	Percentage %
Geslacht	Man	225	56%
	Vrouw	177	44%
Leeftijd	21-40 jaar	4	1.2%
	41-50 jaar	35	9.3%
	51-60 jaar	87	22.6%
	61-70 jaar	153	39.6%
	71-80 jaar	91	23.4%
	81-90 jaar	14	3.8%
	91-100 jaar	3	0.9%
Opleiding	Geen/basissschool	29	6.3%
	Lager beroepsonderwijs	68	14,8%
	Middelbaar algemeen onderwijs	104	22.7%
	Middelbaar beroeps onderwijs	40	8.7%
	Voortgezet algemeen onderwijs	39	8.5%
	Hoger beroepsonderwijs	71	15.5%
	Wetenschappelijk onderwijs	38	8.3%
	Anders	11	2.4%

Tabel 3.4 laat zien dat meer mannen dan vrouwen de vragenlijst hebben ingevuld. In de zorggroep Nieuwegein was het percentage mannen het hoogst (59.3%) (Zie bijlage 2). In de zorggroep Zeist was het aantal mannen en vrouwen die de vragenlijst hebben ingevuld vrijwel gelijk. De leeftijd van de respondenten varieert van 30 tot 98 jaar en de gemiddelde leeftijd in 2010 is 65 jaar. De gemiddelde leeftijd bedroeg in de zorggroep Zeist 66.02 jaar, in Haaglanden 62.10 en in Nieuwegein 64.07. De grootste groep respondenten heeft het middelbaar algemeen onderwijs gevolgd (22.7%). In de zorggroep Zeist hebben respondenten gemiddeld de hoogste opleiding gevolgd met een score van gemiddeld 3.07 (iets hoger dan het middelbaar beroepsonderwijs) en in de zorggroep Nieuwegein hebben repondenten gemiddeld de laagste opleiding gevolgd met een score van 2.54 (tussen het middelbaar algemeen onderwijs en het middelbaar beroepsonderwijs). Hierbij is de score 'anders' niet meegenomen in de berekening.

Metingen

- Het oordeel van patiënten over de *integrale zorg* binnen de zorggroep wordt onderzocht op basis van de Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). De Pacic is een vragenlijst die inzicht geeft in de mate waarin de elementen van het chronische zorg model zijn geïmplementeerd. De Pacic bestaat uit 20 stellingen die beoordeeld kunnen worden op een vijfpuntschaal die loopt van 'bijna nooit' naar 'bijna altijd'. Hoe hoger de score hoe meer de patiënt ervaart dat de zorg volgens de uitgangspunten van het chronische zorg model wordt aangeboden. Dit instrument heeft 5 vooraf gedefinieerde dimensies: 'patiëntgerichtheid (3 items), organisatie van zorg (3 items), gezamenlijk doelen stellen (5 items), gezamenlijk problemen oplossen (4 items), follow up/coördinatie (5 items).

- *De generieke zelf-management vaardigheden die bijdragen aan welzijn* zijn gemeten door gebruik te maken van de Self-Management Ability Scale (SMAS). De drie dimensies van zelf-management die meegenomen zijn in dit onderzoek zijn: tijd en energie investeren, vertrouwen op eigen kunnen, en het nemen van initiatief. Gemiddelde zelf-management scores variëren van 1 tot 5, waarbij hogere scores wijzen op betere zelf-management vaardigheden.

-*Functieverlies* wordt in dit onderzoek vertegenwoordigd door de *fysieke gezondheid en mentale gezondheid*. De fysieke en mentale gezondheid zijn beoordeeld door gebruik te maken van de SF-36 (medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey). Het is een multidimensioneel instrument, bestaande uit acht dimensies: fysiek functioneren (10 items), rolbeperkingen door fysieke gezondheidsproblemen (4 items), lichamelijke pijn (2 items),

ervaren gezondheid (5 items), vitaliteit (4 items), sociaal functioneren (2 items), rolbeperkingen door emotionele problemen (3 items), geestelijke gezondheid (5 items) (Hoeymans 2009). Daarnaast wordt met één item gevraagd naar veranderingen in gezondheid. Deze acht dimensies kunnen bovendien samengevat worden in een fysieke en een mentale hoofddimensie. Beide hoofddimensies zijn samengesteld uit alle acht dimensies, waarbij wel grote verschillen bestaan in de mate waarin de verschillende dimensies meetellen (Ibid.). De hoofddimensies zijn zo geconstrueerd dat ze een gemiddelde van 50 en een standaarddeviatie van 10 hebben. De normcijfers voor de Nederlandse populatie wat betreft fysieke en mentale gezondheid zijn 50.

- Om te kijken naar de verandering van de *gezondheids-gerelateerde zelf-management vaardigheden (gezondheidsgedrag)* zijn *roken en beweging* meegenomen in het onderzoek. Om te kijken of het aantal mensen wat rookt is toegenomen of is afgenomen over de tijd is de vraag met betrekking tot roken meegenomen in het onderzoek. Op de vraag bent u een roker konden de respondenten antwoorden met 0= nee en 1=ja. Ook de mate waarin patiënten wekelijks bewegen is meegenomen in het onderzoek. Om te kijken hoeveel iemand beweegt is de vraag gesteld: 'Hoeveel dagen per week gemiddeld half uur per dag met sport bezig?'

- De achtergrondkenmerken *opleiding, leeftijd en geslacht* zijn ook meegenomen in het onderzoek. *Opleiding* varieerde van 0 (geen school/basisschool) tot 6 (wetenschappelijk onderwijs).

3.3.4 Interviews

Naast het gebruik van de vragenlijsten zijn vijf semi-gestructureerde interviews gehouden met patiënten van de diabeteszorggroep Zeist. Bij andere diabeteszorggroepen was het niet mogelijk om interviews af te nemen. De patiënten zijn geselecteerd met behulp van de zorggroep en vervolgens telefonisch benaderd. Zij hebben allen diabetes type 2 waarvan sommige specifieke zelf-management trainingen hebben gevolgd en anderen niet. Hier is voor gekozen omdat op deze manier ook kan worden gekeken op welke manier zij dan zelf-management ondersteuning ontvangen hebben.

Tijdens de interviews is gewerkt met een topiclijst (zie bijlage 3). Topics die hierbij aan bod zijn gekomen zijn: zelfmanagement ondersteuning die de patiënt ontvangt, de aspecten die aan bod komen bij de zelf management ondersteuning, hoe de patiënt de zelf-management

ondersteuning heeft ervaren, de invloed van zelf-management ondersteuning op het gedrag van de patiënt, moeilijkheden bij het toepassen van zelf-management in de dagelijkse structuur, invloed van de zelf-management ondersteuning op de vaardigheden van de patiënt en wat zij nog missen in de zelf-management ondersteuning.

Voorafgaand aan ieder interview zijn de deelnemers geïnformeerd over de anonieme verwerking van de gegevens en over het doel van het onderzoek.

De semi gestructureerde interviews zijn opgenomen met behulp van geluidsopnameapparatuur zodat de interviews letterlijk uitgetypt konden worden en er gebruik kon worden gemaakt van citaten.

3.4 Analyse

3.4.1 Vragenlijsten

De analyse van de vragenlijsten heeft plaatsgevonden met behulp van het statistische programma SPSS (Statistical Package for the Social Science), versie 20.0.

Om te analyseren hoe de patiënten de kwaliteit van de integrale zorg hebben beoordeeld en of dit is veranderd in 2011 ten opzichte van 2010 is er een paarsgewijze t-toets uitgevoerd. Met behulp van deze toets is er getoetst of de beoordeelde integrale zorg in 2011 significant verschilt ten opzichte van 2010. De t-toets is niet alleen uitgevoerd voor de algemene beoordeelde kwaliteit van zorg maar ook voor de verschillende onderdelen van de PACIC: patiëntgerichtheid, organisatie van zorg, gezamenlijk doelen stellen, gezamenlijk problemen oplossen en follow up en coördinatie. Vervolgens is er geanalyseerd hoe de beoordeelde algemene kwaliteit van de zorg is veranderd in 2011 ten opzichte van 2010 binnen elke zorggroep (paarsgewijze t-toets) en of de verschillen tussen de zorggroepen significant waren. Dit is berekend met de variantie-analyse. Deze zelfde twee toetsen zijn gebruikt om te beoordelen of de beoordeelde zelf-management vaardigheden van de patiënten in 2010 significant verschillend waren van 2011 (paarsgewijze t-toets) en om te kijken per zorggroep hoe de zelf-management vaardigheden zijn veranderd en of het verschil tussen de zorggroepen significant is (variantie-analyse).

Om te analyseren hoe de patiënten hun eigen fysieke en mentale gezondheid hebben beoordeeld in 2010 en in 2011 en om te kijken of dit significant is veranderd, is er wederom gebruik gemaakt van de paarsgewijze t-toets Om vervolgens te kijken of er significante verschillen bestonden tussen de zorggroepen met betrekking tot de fysieke en mentale gezondheid is er een variantie-analyse gedaan. Er is ook geanalyseerd of het aantal mensen

wat rookt significant verschilt in 2011 ten opzichte van 2010. Dit is geanalyseerd met behulp van de t-toets. Dit is ook gedaan voor het aantal dagen dat patiënten gemiddeld een half uur bewegen. Om te kijken of het rookgedrag en beweeggedrag van mensen significant verschilt tussen de verschillende zorggroepen is er een variantie-analyse gedaan.

Met behulp van bivariate correlatie analyses is er gekeken of er samenhang bestond tussen de achtergrondkenmerken leeftijd, geslacht en opleiding, de fysieke en de mentale gezondheid en de zelf-management vaardigheden. De variabelen die significant correleerden met zelf-management vaardigheden (2010 en 2011) zijn vervolgens meegenomen in een hiërarchische lineaire regressie-analyse.

Voor alle statistische analyses die uitgevoerd zijn is het significantie-niveau gesteld op $p \leq .05$ en is er tweezijdig getoetst.

3.4.2 Interviews

De interviews zijn geanalyseerd door de transcripten van de interviews te coderen. Coderen is het onderscheiden van thema's en/of categorieën met een code (Boeije 2008: 84). Het coderen van de interviews heeft plaatsgevonden aan de hand van het theoretisch kader. Bij de analyse van de interviews is ook ruimte gelaten voor bevindingen die niet aan bod zijn gekomen in de theorie van dit onderzoek.

3.5 Validiteit en betrouwbaarheid

Er is in dit onderzoek gebruik gemaakt van data-triangulatie (Cresswell 2003). Dit wil zeggen dat er verschillende onderzoeksmethoden zijn gebruikt waardoor er uit meerdere hoeken ook data is verkregen. Dit bevordert de betrouwbaarheid van het onderzoek. De volgende methoden zijn in dit onderzoek gebruikt: vragenlijsten, interviews en documentenstudie. Door bij de interviews gebruik te maken van transcripten en geluidopnames, welke ook zijn bewaard is de betrouwbaarheid hoger. De interviews met de respondenten zijn gedaan aan de hand van dezelfde topiclijst, hierdoor is de consistentie in de methoden behouden. Er is met de praktijkondersteuner van de zorggroep Zeist gezocht naar verschillende diabetespatiënten binnen de zorggroep om de externe validiteit te verhogen.

Door het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten als de Pacic en de Smas wordt de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot. Om bij de data analyse de betrouwbaarheid en validiteit te verhogen zijn de gegevens op meerdere manieren getest. Hierdoor is het optreden van vertekening minder waarschijnlijk.

4. Resultaten kwantitatief onderzoek

In dit hoofdstuk zal een overzicht worden gegeven van de resultaten van het kwantitatieve gedeelte van dit onderzoek. Ten eerste zal worden weergegeven hoe de patiënten de kwaliteit beoordelen van de chronische zorgverlening en hoe dit is veranderd na de invoering van het diseasemanagement programma. Hierna wordt onderzocht in hoeverre de zelf-management vaardigheden van de patiënten zijn veranderd sinds de invoering van de diseasemanagement programma's. Er wordt ook gekeken of de gezondheidsgerelateerde zelf-management vaardigheden roken en bewegen en de fysieke en mentale gezondheid zijn veranderd. Hierna zal verder worden gekeken in hoeverre de achtergrondkenmerken, de mentale en fysieke gezondheid en het rookgedrag en beweeggedrag invloed hebben op de beoordeelde zelf-managementvaardigheden.

4.1 Niveau van zorg volgens patiënten

In deze paragraaf wordt beschreven in hoeverre het zorgaanbod in overeenstemming is met de verschillende dimensies van het Chronische Zorgmodel van Wagner (2001), gezien vanuit de patiënten. Het oordeel van patiënten over de integrale zorg binnen de zorggroep is onderzocht met behulp van de 'Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC).

Beschrijving van de patiënten

In 2010 hebben 396 patiënten de vragenlijst ingevuld over de chronische zorgverlening en in 2011 waren dit 244 patiënten. Er zijn 190 patiënten die de vragenlijst in zowel 2010 als in 2011 hebben ingevuld. Hiervan waren 106 mannen en 63 vrouwen (in 2010). In 2010 bedroeg het aantal rokers 41 en het aantal niet-rokers 145. In 2011 waren er 24 mensen die rookten en 160 mensen die niet rookten. In 2010 was de gemiddelde leeftijd van de respondenten die beide vragenlijsten hebben ingevuld 65.6 jaar en in 2011 was dit 66.9 jaar.

Oordeel van patiënten over de integrale zorg

Tabel 4.1 geeft de scores weer van de gemiddelden van de patiëntervaringen met geïntegreerde zorg binnen de zorggroepen. Daarnaast geeft het de gemiddelden weer

van de verschillende dimensies van geïntegreerde zorg: 'patiëntgerichtheid', 'organisatie van zorg', 'gezamenlijk doelen stellen', 'gezamenlijk problemen oplossen' en 'follow up en coördinatie'. Met behulp van een paarsgewijze t-toets is getoetst of de zorg in 2011 beter of slechter is beoordeeld dan in het jaar 2010 en of dit verschil significant is.

Tabel 4.1 *Ervaring patiënten met kwaliteit van zorg*

	N	Gemiddelde (SD)		p
		2010	2011	
Totaal scores Pacic	190	3.36 (1.06)	3.08 (.85)	.000*
Patiëntgerichtheid	188	3.36 (1.06)	3.28 (1.09)	.323
Organisatie van zorg	189	3.95 (.87)	3.63 (.91)	.000*
Gezamenlijk doelen stellen	187	3.03 (.91)	2.79 (.94)	.000*
Gezamenlijk problemen oplossen	186	3.19 (1.08)	2.96 (1.09)	.004*
Follow up en coördinatie	188	3.03 (.92)	2.72 (.99)	.000*

Paarsgewijze t-toets

*= significant ($p \leq .05$)

Tabel 4.1 laat zien dat de kwaliteit van geïntegreerde zorg in 2011 significant slechter is beoordeeld dan in 2010 ($p \leq .05$). Als gekeken wordt naar de onderliggende dimensies van integrale zorg dan zie je dat ook 'organisatie van zorg', 'gezamenlijk doelen stellen', 'gezamenlijk problemen oplossen' en 'follow up en coördinatie' in 2011 significant slechter beoordeeld zijn dan in 2010 ($p \leq .05$). Verder kan worden opgemerkt dat het domein patiëntgerichtheid in 2011 niet significant slechter beoordeeld is dan in 2010.

Verskil in oordeel patiënten over integrale zorg tussen zorggroepen

Onderstaande tabel geeft informatie over de verandering in de beoordeling van de kwaliteit van de integrale zorg per zorggroep. Met behulp van een paarsgewijze t-toets is er per zorggroep getoetst of de zorg in 2011 beter of slechter is beoordeeld dan in het jaar 2010 en of dit verschil significant is. Om te kijken of de verschillen tussen de zorggroepen significant zijn is een variantie-analyse uitgevoerd.

Tabel 4.2 *Verandering beoordeelde kwaliteit van zorg per zorggroep*

	N	Gemiddelde (SD)		Gemiddelde verandering	p
		2010	2011		
Zeist	97	3.27 (.85)	2.99 (.83)	- .28 (.75)	.000*
Haaglanden	51	3.61 (.74)	3.42 (.78)	- .20 (.64)	.034*
Nieuwegein	42	3.09 (.84)	2.88 (.88)	- .21 (.72)	.078

Paarsgewijze t-toets

*= significant ($p \leq .05$)

Noot: Eén-weg variantieanalyse verandering kwaliteit van zorg, $F=.31$, $p=.74$

Tabel 4.2 laat zien dat de kwaliteit van zorg in de zorggroepen Zeist en Haaglanden significant slechter is beoordeeld in 2011 dan in 2010. De verschillen tussen de drie zorggroepen op het gebied van de beoordeelde kwaliteit van zorg zijn niet significant.

4.2 Verandering generieke zelf-management vaardigheden van patiënten

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de patiënten hun eigen zelf-management vaardigheden beoordelen. Het oordeel van de patiënten over deze vaardigheden is onderzocht met behulp van de 'Self Management Ability Scale' (SMAS). De drie dimensies van de SMAS: 'initiatief nemen', 'energie en tijd investeren' en 'vertrouwen op eigen kunnen', zijn ook beoordeeld.

Beschrijving van patiënten

In 2010 hebben 402 patiënten de vragenlijst ingevuld over de zelf-management vaardigheden en in 2011 waren dit 211 patiënten. Er zijn 196 patiënten die de vragenlijst zowel in 2010 als in 2011 hebben ingevuld. Hiervan waren er in 2010 110 mannen en 85 vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was in 2010 65.8 jaar en in 2011 67.1 jaar. Het aantal rokers bedroeg in 2010 43 en er waren 148 niet-rokers. In 2011 waren er 25 rokers en 164 niet-rokers.

Oordeel van patiënten over zelf-management vaardigheden

Tabel 4.3 geeft de scores weer van de gemiddelden van de SMAS in 2010 en in 2011.

Daarnaast geeft het de gemiddelden weer van de verschillende dimensies van de SMAS: 'initiatief nemen', 'energie en tijd investeren' en 'vertrouwen op eigen kunnen'. Met behulp van

een paarsgewijze t-toets is getoetst of de veranderingen van 2011 ten opzichte van 2010 significant zijn.

Tabel 4.3 *Oordeel patiënten over zelf-management vaardigheden*

	N	Gemiddelden (SD)		p
		2010	2011	
Totaal scores SMAS	196	4.44 (.81)	4.25 (.70)	.000*
Initiatief nemen	195	4.32 (.91)	4.04 (.80)	.000*
Energie en tijd investeren	196	4.44 (.93)	4.46 (.84)	.74
Vertrouwen op eigen kunnen	196	4.55 (.86)	4.25 (.78)	.000*

Paarsgewijze t-toets

*=significant ($p \leq .05$)

Tabel 4.3 laat zien dat de patiënten hun eigen zelf-management vaardigheden in 2011 minder goed beoordelen dan in 2010. Dit is een significante verslechtering van de beoordeelde vaardigheden ($p \leq .05$). Door naar de verschillende dimensies van zelf-management in de tabel te kijken kun je zien in hoeverre zij zijn verbeterd of zijn verslechterd. Wat opvalt is dat alleen het domein 'energie en tijd investeren' niet anders is beoordeeld in 2011 ten opzichte van 2010. De dimensies 'initiatief nemen' en 'vertrouwen op eigen kunnen' zijn in 2011 slechter beoordeeld dan in 2010. Deze verslechtingen op deze dimensies zijn wel als significant aan te merken ($p \leq .05$).

Verschillen in beoordeling zelf-management vaardigheden tussen zorggroepen

Onderstaande tabel geeft informatie over de verandering in de beoordeling van de zelf-management vaardigheden per zorggroep. Met behulp van een paarsgewijze t-toets is er per zorggroep getoetst of de zelf-management vaardigheden in 2011 beter of slechter beoordeeld zijn dan in het jaar 2010 en of dit verschil significant is. Om te kijken of de verschillen tussen de zorggroepen significant zijn is er gebruik gemaakt van de variantie-analyse.

Tabel 4.4 *Verandering beoordeling zelf-management vaardigheden per zorggroep*

	N	Gemiddelde (SD)		Gemiddelde verandering	p
		2010	2011		
Zeist	98	4.48 (.75)	4.28 (.68)	- .20 (.62)	.002*
Haaglanden	53	4.44 (.81)	4.39 (.60)	- .06 (.79)	.609
Nieuwegein	45	4.33 (.93)	4.03 (.82)	- .30 (.65)	.004*

Paarsgewijze t-toets

*=significant ($p \leq .05$)

Noot: Eén-wegvariantieanalyse verandering in zelf-management vaardigheden*, $F=1.63$, $p=.198$

Uit tabel 4.4 wordt duidelijk dat in de zorggroep Zeist en in de zorggroep Nieuwegein de zelf-management vaardigheden significant slechter zijn beoordeeld in 2011 dan in 2010 ($p \leq .05$). In de zorggroep Haaglanden is de beoordeling van de zelf-management vaardigheden vrijwel gelijk gebleven: in 2010 gemiddeld beoordeeld met 4.44 en in 2011 gemiddeld beoordeeld met 4.39. De verschillen tussen de zorggroepen met betrekking tot de beoordeelde zelf-management vaardigheden zijn niet significant.

Beoordeling verschillende dimensies van zelf-management vaardigheden per zorggroep

In de onderstaande tabellen worden de scores weergegeven van de dimensies 'initiatief nemen' 'energie en tijd investeren' en 'vertrouwen op eigen kunnen' per zorggroep. Door middel van een paarsgewijze t-toets is per zorggroep getoetst of de zelf-management vaardigheden 'initiatief nemen', 'energie en tijd investeren' en 'vertrouwen op eigen kunnen' in 2011 beter of slechter beoordeeld zijn dan in het jaar 2010 en of dit verschil significant is.

Tabel 4.5 *Verandering zelf-management vaardigheid 'initiatief nemen' per zorggroep*

	N	Gemiddelde (SD)		Gemiddelde verandering	p
		2010	2011		
Zeist	98	4.36 (.89)	4.03 (.81)	-.34 (.76)	.000*
Haaglanden	53	4.32 (.88)	4.18 (.70)	-.14 (1.04)	.327
Nieuwegein	44	4.21 (.10)	3.92 (.88)	-.30 (.73)	.010*

Paarsgewijze t-toets

*=significant ($p \leq .05$)

Noot: Eén-wegvariantieanalyse verandering in zelf-management vaardigheid 'initiatief nemen', $F=.95$, $p=.388$

Tabel 4.6 *Verandering zelf-management vaardigheid 'energie en tijd investeren' per zorggroep*

	N	Gemiddelde (SD)		Gemiddelde verandering	p
		2010	2011		
Zeist	98	4.48 (.92)	4.51 (.78)	.03 (.81)	.703
Haaglanden	53	4.46 (.87)	4.62 (.70)	.16 (.94)	.226
Nieuwegein	45	4.31 (.02)	4.16 (1.02)	-.16 (.88)	.231

Paarsgewijze t-toets

*=significant ($p \leq .05$)

Noot: Eén-wegvariantieanalyse verandering in zelf-management vaardigheid 'energie en tijd investeren', $F= 1.66$, $p=.193$

Tabel 4.7 *Verandering zelf-management vaardigheid 'vertrouwen op eigen kunnen' per zorggroep*

	N	Gemiddelde (SD)		Gemiddelde verandering	p
		2010	2011		
Zeist	98	4.59 (.74)	4.29 (.76)	-.30 (.78)	.000*
Haaglanden	53	4.54 (.96)	4.36 (.77)	-.18 (.83)	.114
Nieuwegein	45	4.47 (.97)	4.03 (.80)	-.44 (.76)	.000*

Paarsgewijze t-toets

*=significant ($p \leq .05$)

Noot: Eén-wegvariantieanalyse verandering in zelf-management vaardigheid 'vertrouwen op eigen kunnen', $F=1.31$, $p=.272$

Tabel 4.5 en 4.7 laten zien dat de zelf-management vaardigheden 'initiatief nemen' en 'vertrouwen op eigen kunnen' in de zorggroepen Zeist en Nieuwegein in 2011 significant slechter zijn beoordeeld dan in 2010 ($p \leq .05$). Deze zelf-management vaardigheden zijn in de zorggroep Haaglanden ook wat minder beoordeeld in het jaar 2011 maar deze achteruitgang is niet significant.

Tabel 4.6 laat zien dat in zorggroep Zeist de zelf-management vaardigheid 'energie en tijd investeren' in 2011(4.51) vrijwel hetzelfde is beoordeeld als in 2010 (4.48). In de zorggroep Haaglanden is de zelf-management vaardigheden wat beter beoordeeld in 2011 dan in 2010 met een steiging van gemiddeld 0.16. In de zorggroep Nieuwegein in de zelf-management vaardigheid 'energie en tijd investeren' in 2011 met een score van gemiddeld 4.16, slechter beoordeeld dan in 2010 (4.31). Binnen geen enkele zorggroep is de verandering significant

Bij geen van de zelf-management vaardigheden zijn er significante verschillen tussen de zorggroepen gevonden.

4.3 Verandering gezondheidsgerelateerde zelf-management vaardigheden: roken en beweging

Roken en beweging zijn belangrijke variabelen omdat hier goed mee kan worden gekeken of de gezondheidsgerelateerde zelf-management vaardigheden van respondenten zijn veranderd na de invoering van de disease-management programma's. Er is een paarsgewijze t-toets

uitgevoerd om te kijken of de verschillen tussen 2010 en 2011 wat betreft roken en beweging significant zijn.

Tabel 4.8 *Verandering roken en bewegen*

	N	Gemiddelde (SD)		p
		2010	2011	
Roken	188	22.6%	13.5%	.001*
Beweging	152	4.72 (1.96)	4.97 (1.88)	.117

Paarsgewijze t-toets

*=significant ($p \leq .05$)

Tabel 4.8 laat zien dat er significante afname is van het aantal rokers in 2011 ten opzichte van 2010 ($p \leq .05$). Het percentage rokers is gedaald van 22,6% in 2010 naar 13,5% in 2011.

Daarnaast laat de tabel zien dat diabetes patiënten meer zijn gaan bewegen. In 2010 sportten de patiënten gemiddeld 4.72 dagen per week een half uur of meer en in 2011 was dit 4.97 dagen. Deze verandering is niet significant.

Verschillen in roken en beweging tussen zorggroepen

Tabel 4.9 geeft inzicht in het aantal rokers en niet-rokers per zorggroep. De tabellen 4.10 en 4.11 geven informatie over de verandering in roken en beweging per zorggroep. Met behulp van een paarsgewijze t-toets is er per zorggroep getoetst of het aantal rokers in 2011 significant is gedaald of gestegen ten opzichte van het jaar 2010 en of diabetes patiënten significant meer zijn gaan bewegen in 2011 ten opzichte van het jaar 2010. Om te kijken of de verschillen tussen de zorggroepen significant zijn is de variantie-analyse gebruikt.

Tabel 4.9		<i>Aantal rokers per zorggroep</i>			
		Roken	N		Percentage
		2010	2011	2010	2011
Zeist	Ja	32	13	15,6%	12%
	Nee	173	95	84,4%	88%
Haaglanden	Ja	27	6	26%	11,8%
	Nee	77	45	74%	88,2%
Nieuwegein	Ja	24	12	27%	14,8%
	Nee	65	69	73%	85,2%

Tabel 4.10 *Verandering rokersgedrag per zorggroep*

	N	Gemiddelde (SD)		Gemiddelde verandering	p
		2010	2011		
Zeist	96	.18 (.38)	.14 (.34)	- .04 (0.25)	.103
Haaglanden	50	.22 (.42)	.12 (.33)	- .10 (.30)	.024*
Nieuwegein	42	.24 (.43)	.17 (.38)	- .07 (.27)	.083

Paarsgewijze t-toets

=significant ($p \leq .05$)Noot: Eén-weg variantieanalyse rokersgedrag, $F=.81$, $p=.446$ Tabel 4.11 *Verandering bewegingsgedrag per zorggroep*

	N	Gemiddelde (SD)		Gemiddelde verandering	p
		2010	2011		
Zeist	80	5.21 (1.76)	5.15 (1.82)	- .06 (1.88)	- .768
Haaglanden	37	4.16 (2.19)	5.11 (1.66)	.95 (2.38)	.021*
Nieuwegein	35	4.20 (1.91)	4.43 (2.15)	.23 (1.42)	.346

Paarsgewijze t-toets

=significant ($p \leq .05$)Noot: Eén-weg variantieanalyse bewegingsgedrag, $F=3.47$, $p=.034^*$

Tabel 4.9 laat zien dat binnen de zorggroep Zeist het aantal rokers het minst is gedaald van 16.6% rokers in 2010 naar 12% rokers in 2011. Wat opvalt is dat respondenten in Zeist al minder rookte in 2010 dan de twee andere zorggroepen. In de zorggroep Haaglanden is het aantal rokers het meest gedaald van 26% rokers in 2010 naar 11,8% rokers in 2011.

Tabel 4.10 laat zien dat in de zorggroep Haaglanden het aantal rokers significant is gedaald in 2011 ten opzichte van het jaar 2010 ($p \leq .05$). Er zijn geen significante verschillen tussen de zorggroepen met betrekking tot roken ($p \leq .05$).

Tabel 4.11 laat zien dat patiënten in de zorggroep Haaglanden meer zijn gaan bewegen in het jaar 2011 ten opzichte van het jaar 2010. Het gemiddelde is toegenomen van 4.16 dagen in de week een half uur of meer sporten in 2010 naar gemiddeld 5.11 dagen. Deze verbetering is significant ($p \leq .05$). In de zorggroep Zeist is het aantal dagen dat men een half uur of meer sport vrijwel gelijk gebleven. Hier valt ook op dat de respondenten in zorggroep Zeist in 2010 bijna een dag in de week meer lichaamsbeweging hadden dan de respondenten in de andere

twee zorggroepen. De verschillen tussen de zorggroepen met betrekking tot bewegen zijn significant ($p \leq .05$).

4.4 Verandering fysieke en mentale gezondheid

Het is voor dit onderzoek ook interessant om te kijken of andere variabelen zijn veranderd sinds het diseasemanagement programma is ingevoerd omdat deze mogelijk verband houden met de zelf-management vaardigheden van patiënten. In deze paragraaf wordt naar de variabelen fysieke gezondheid en mentale gezondheid gekeken. Om te kijken of de fysieke en mentale gezondheid significant verschillen tussen 2010 en 2011 is een paarsgewijze t-toets uitgevoerd.

Tabel 4.12 *Verandering fysieke en mentale gezondheid*

	N	Gemiddelde (SD)		p
		2010	2011	
Fysieke gezondheid	191	43.40 (10.13)	42.67 (9.97)	.123
Mentale gezondheid	191	50.68 (8.96)	49.72 (9.08)	.07

Paarsgewijze t-toets

*=significant ($p \leq .05$)

Tabel 4.12 laat zien dat de patiënten hun fysieke gezondheid in 2011 beoordeelden met een score van gemiddeld 42.67. In 2010 werd de fysieke gezondheid iets beter beoordeeld met een score van gemiddeld 43.40. Dit verschil is niet als significant aan te merken ($p \geq .05$). De scores liggen wel verder van het normcijfer van de Nederlandse populatie af dan de scores die de patiënten geven aan hun mentale gezondheid. De mentale gezondheid is door de patiënten in 2011 (49.72) ook slechter beoordeeld dan in 2010 (50.68). Dit verschil is ook niet significant ($p \geq .05$).

Verschillen in fysieke en mentale gezondheid tussen zorggroepen

Onderstaande tabellen geven informatie over de verandering in de fysieke en mentale gezondheid per zorggroep. Met behulp van een paarsgewijze t-toets is er per zorggroep getoetst of de verandering in fysieke en de mentale gezondheid in 2011 beter of slechter zijn beoordeeld dan in het jaar 2010 en of dit verschil significant is. Om te kijken of de verschillen tussen de zorggroepen significant zijn is de variantie-analyse gebruikt.

Tabel 4.13 *Verandering fysieke gezondheid per zorggroep*

	N	Gemiddelde (SD)		Gemiddelde verandering	p
		2010	2011		
Zeist	98	43.15 (10.36)	42.39 (10.07)	- .76 (6.46)	.272
Haaglanden	51	45.36 (9.57)	45.06 (9.58)	- .30 (6.19)	.731
Nieuwegein	42	41.62 (10.07)	40.42 (9.83)	-1.19 (6.37)	.231

Paarsgewijze t-toets

=significant ($p \leq .05$)Noot: Eén-weg variantieanalyse verandering fysieke gezondheid, $F=.22$, $p=.805$ Tabel 4.14 *Verandering mentale gezondheid per zorggroep*

	N	Gemiddelde (SD)		Gemiddelde verandering	p
		2010	2011		
Zeist	98	52.16 (7.84)	51.36 (8.20)	- .80 (6.46)	.222
Haaglanden	51	48.28 (11.02)	47.81 (11.16)	- .48 (8.96)	.706
Nieuwegein	42	50.15 (8.13)	48.23 (7.61)	- .92 (7.44)	.102

Paarsgewijze t-toets

=significant ($p \leq .05$)Noot: Eén-weg variantieanalyse verandering mentale gezondheid, $F=.48$, $p=.617$

Tabel 4.13 laat zien dat de fysieke gezondheid binnen alle zorggroepen in 2011 wat slechter is beoordeeld dan in 2010 maar dit is niet significant voor één van de zorggroepen. De verschillen tussen de zorggroepen zijn bij de fysieke gezondheid ook niet significant.

Tabel 4.14 laat zien dat ook de mentale gezondheid binnen alle zorggroepen in 2011 slechter is beoordeeld dan in 2010. Ook hier is er binnen geen enkele zorggroep sprake van een significante verslechtering van de beoordeelde mentale gezondheid. Er zijn ook geen significante verschillen tussen de zorggroepen met betrekking tot de verandering in de mentale gezondheid.

4.5 Bijdrage achtergrondkenmerken, fysieke en mentale gezondheid aan de (verandering in) zelf-management vaardigheden

Om te bekijken of er samenhang bestaat tussen de achtergrondkenmerken, leeftijd, geslacht en opleiding, de mentale en de fysieke gezondheid en de zelf-management vaardigheden is er een correlatiematrix gemaakt.

Tabel 4.15 Correlatie tussen achtergrondkenmerken, mentale en fysieke gezondheid en zelf-management-vaardigheden.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Leeftijd	1						
2. Geslacht	.010	1					
3. Opleiding	-.018	-.255**	1				
4. Mentale gezondheid	.142*	-.147*	.188**	1			
5. Fysieke gezondheid	-.158*	-.272**	.257**	.093	1		
6. Zelf-management vaardigheden (2010)	.014	.034	.165**	.289**	.016	1	
7. Zelf-management vaardigheden (2011)	-.046	.113	.087	.370**	.206**	.601**	1

* $p < .05$, ** $p < .01$

De resultaten indiceren dat van alle mogelijke beïnvloedende variabelen die ingevoerd zijn in de bivariate correlatie-analyse, de variabelen opleiding, mentale gezondheid en fysieke

gezondheid significant correleren met zelf-management vaardigheden (2010 en 2011) ($p \leq .05$).

Om te kijken of de variabelen opleiding, mentale en fysieke gezondheid ook van invloed zijn op de verandering in de zelf-management vaardigheden tussen 2011 en 2010 is er een hiërarchische regressie-analyse uitgevoerd met als afhankelijke variabelen de beoordeelde zelf-management vaardigheden (2011). Bij stap 1 zijn de variabelen opleiding, mentale en fysieke gezondheid als onafhankelijke variabele toegevoegd en in stap 2 de beoordeelde zelf-management vaardigheden 2010.

Tabel 4.16 Hiërarchische regressie-analyse met zelf-management vaardigheden (2011) als afhankelijke variabele

		Beta zelf- management vaardigheden (2011) Model 1	Beta zelf- management vaardigheden (2011) Model 2
Stap 1	Mentale gezondheid	.342*	.166*
	Fysieke gezondheid	.124	.131*
	Opleiding	.021	.011
Stap 2	Zelf-management vaardigheden (2010)		.572*
	F-waarde	10.105	35.450
	Gecorrigeerde R^2	.129	.427

*=significant ($p \leq .05$)

De resultaten van de lineaire regressie analyse laten zien dat mentale gezondheid in de 1^e stap van het regressiemodel de grootste invloed heeft op de zelf-management vaardigheden ($\beta = .342$; $p \leq .05$). Model 1 met daarin de variabelen mentale gezondheid, fysieke gezondheid en opleiding verklaren 12.9 % van de variantie in zelf-management vaardigheden ($R^2 = .129$,

$F(3.182)=10.105, p \leq .05$). Nadat de beoordeelde zelf-management vaardigheden (2010) zijn toegevoegd in stap 2, verklaart dit model 42.7% van de variantie in zelf-management vaardigheden ($R^2=.427, F(4.181)=10.105, p \leq .05$). Met model 2 kun je kijken welke variabelen in onderlinge samenhang een bijdrage leveren aan de verandering in zelf-management vaardigheden tussen 2010 en 2011. Wat opvalt is dat zowel fysieke gezondheid ($\beta= .131; p \leq .05$) als mentale gezondheid ($\beta= .166; p \leq .05$) significant bijdragen aan de verandering in zelf-management vaardigheden.

5. Resultaten kwalitatief onderzoek

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van het kwalitatieve onderzoek worden weergegeven. Allereerst zal er een beschrijving worden gegeven van de documentenanalyse waarbij er wordt beschreven welke interventies de zorggroepen Haaglanden, Zeist en Nieuwegein inzetten op het gebied van zelf-management. Vervolgens zullen de belangrijkste bevindingen worden besproken die aan de hand van de interviews naar voren zijn gekomen. De interviews hebben alleen plaatsgevonden in Zorggroep Zeist. De bevindingen zullen worden besproken aan de hand van de verschillende subonderwerpen die in de deelvragen zijn benoemd en in de theorie zijn besproken.

5.1 Beschrijving zelf-management interventies per zorggroep

Zorggroep Zeist

Om binnen de zorggroep de kennis te bevorderen van de patiënt heeft de zorggroep Zeist motivational interviewing ingezet als interventie. Motivational interviewing is een directieve, persoonsgerichte gesprekstijl, bedoeld om verandering van gedrag te bevorderen door de tegenstrijdige gevoelens bij patiënten ten opzichte van verandering te helpen verhelder en oplossen (Miller & Rollnick 2002). De patiënt wordt hierbij gestimuleerd om zelf mede verantwoordelijkheid te nemen voor de behandelingskeuze. In Zeist hebben alle POH's de afgelopen jaren twee maal een training gehad in motivational interviewing.

Naast motivational interviewing heeft de zorggroep Zeist een prisma-training opgezet gebaseerd op de Desmond methode en in samenwerking met het VU Amsterdam. Prisma staat voor PRoactieve Interdisciplinaire Self-Management en is een groeps-educatieprogramma speciaal ontwikkeld voor mensen met diabetes type 2. Bij deel 1 van de training wordt informatie gegeven over diabetes zelf, de behandeling, hyper/hypo's, controleren van de bloedglucosen en voeding. Daarnaast wordt gekeken hoe de patiënten er zelf voor staan met betrekking tot voeding en beweging. In deel 2 van de training wordt er teruggeblikt op het eerste deel van de training, wordt er gesproken over de risicofactoren en complicaties, wordt er verder ingezoomd op de voeding en beweging en stellen de cursisten een diabetes-actieplan op. Zes tot acht maal per jaar wordt deze training gegeven aan nieuwe patiënten. Dertien zorgverleners (huisartsen, POH's en diëtisten) zijn gecertificeerd om de training te geven. De zorggroep nodigt patiënten altijd uit om deel te nemen aan de training maar zij mogen zelf kiezen of zij de training wel of niet willen volgen. De patiënten die de training niet volgen krijgen informatie van de diëtist

of de diabetesverpleegkundige. Op dit moment blijkt 5 % van de patiënten de cursus gevolgd te hebben.

Een ander belangrijk onderdeel voor het bevorderen en ondersteunen van zelf-management is het opstellen van een persoonlijk behandelplan. In Zeist wordt dit specifiek opgenomen in de Prisma-training. Hier gaan mensen hun eigen doelen opschrijven en hiermee aan de slag. Daarnaast staat het behandelplan in het KIS-systeem maar dient digitale invoering binnen een jaar gerealiseerd te worden.

Ook leefstijlinterventies zijn van belang om zelf-management te ondersteunen. Leefstijlinterventies bestaan uit maatregelen en adviezen die mensen moeten helpen bij het ontwikkelen van gezonder gedrag. Aangezien voeding en beweging veel invloed hebben op diabetes, zijn leefstijlinterventies een belangrijke factor voor zelf-management. Zorggroep Zeist biedt zelf alleen de interventie Stoppen met Roken aan. Dit programma bestaat uit een aantal gesprekken met een gecertificeerd POH. De POH's zijn op de hoogte van de andere interventies en kunnen waar nodig hiernaar verwijzen.

De ondersteuning van zelf-managementhulp via internet komt in zorggroep Zeist tot uiting in het feit dat zij gestart zijn met een patiëntenportaal van de Diabetes Vereniging Nederland waarin allerlei adviezen zitten. E-consulten zijn nog niet uitgewerkt maar men wil hier wel verder mee aan de slag.

Telemonitoring is een medische praktijk die op afstand toezicht houdt op patiënten die niet op dezelfde locatie zijn als de zorgverlener en betekent letterlijk het op afstand volgen en begeleiden van patienten. Telemonitoring zou kunnen leiden tot betere zorg voor chronische patiënten, minder ziekenhuisbezoeken en lagere mortaliteit (Schers 2012). Het is tevens een belangrijk onderdeel van zelf-management. In zorggroep Zeist wordt er dit jaar een proef gedaan met telemonitoring. Hier kunnen patiënten er zelf voor kiezen hun eigen bloedsuikers te prikken en eigen gewicht te meten en dit in te vullen in digitale boekjes. De patiënten kunnen inloggen in hun patiëntenportaal waarin de boekjes zich bevinden.

De zorggroep Zeist probeert de hulpverleners een coachende rol te geven om zelfmanagement te bevorderen. Vooral motivational interviewing is een manier om dit te bewerkstelligen. De bedoeling van de zorggroepen is om de patiënt een meer actievere rol te geven.

De betrokkenheid van familie en partner is van belang voor het ondersteunen en aanmoedigen in de zelf-managementvaardigheden. Bij zorggroep Zeist worden de partners van de patiënten uitgenodigd om mee te gaan naar de Prisma cursus.

Zorggroep Haaglanden

De zorggroep Haaglanden heeft motivational interviewing ingezet als interventie. De huisarts, POH en een aantal diëtisten hebben de cursus motivational interviewing gevolgd. Daarnaast heeft de zorggroep conversation maps ingezet om kennis omtrent diabetes bij patiënten te bevorderen. Bij conversation maps worden er interactieve en verbale hulpmiddelen ingezet om mensen met diabetes te betrekken bij een zinvol gesprek over diabetes. Zorggroep Haaglanden organiseert dit één maal per jaar. De onderwerpen die hierbij aan bod komen zijn voornamelijk: leven met diabetes, het mechanisme van diabetes, gezonde voeding en lichaamsbeweging en beginnen met insulinetherapie.

Het opstellen van een persoonlijk behandelplan is in de zorggroep Haaglanden nog niet gerealiseerd maar zij tracht dit binnen een jaar in te voeren. Het is een onderdeel van het verandertraject van Disease Management.

Ze zijn binnen de zorggroep Haaglanden bezig om interventies te ontwikkelen op het gebied van leefstijl. Ook dit is onderdeel van het verandertraject DM waarin de zorggroep zich bevindt.

De hulpverleners een meer coachende rol geven is het doel geweest van de zelf-management interventie binnen de zorggroep. Hierin past de training van hulpverleners in motivational interviewing.

De zorggroep wil spiegelgesprekken met patiënten om te reflecteren op hun zelf-management vaardigheden binnen één jaar invoeren. Ze zijn nu bezig om het visitatieproject hiervoor uit te rollen.

Zorggroep Nieuwegein

Zorggroep Nieuwegein heeft ook motivational interviewing ingezet als interventie. De diabetesverpleegkundige binnen de zorggroep heeft de training hiervoor gevolgd. Daarnaast heeft de zorggroep ingezet op het organiseren van een zelfmanagementcursus met als doel dat de patiënt nog maar één maal per jaar een controle afspraak bij de praktijk zou hebben en drie maal per jaar zichzelf zou controleren. Dit is echter mislukt. De zorggroep is dan ook gestopt met het organiseren van deze cursus.

Zij proberen zelf-management wel te stimuleren in het individuele contact tussen de diabetesverpleegkundige en de patiënt. Zij bespreekt met de patiënt wat hij/zij zelf wil en wat zijn/haar ambities zijn. Daarnaast verstrekt de diabetesverpleegkundige informatie over diabetes, complicaties en leefstijl.

Ook organiseert de zorggroep twee maal per jaar een voorlichtingsbijeenkomst in

samenwerking met de Diabetes Vereniging Nederland waarbij ook getracht wordt de kennis van de patiënt te bevorderen.

Bij de zorggroep wordt er individueel met de patiënt een persoonlijk behandelplan opgesteld en afgesproken wat de patiënt wel kan en wil en wat niet. Dit was echter al onderdeel van de zorg voor de invoering van het diseasemanagement programma. Er wordt niet gewerkt met het format van de Diabetes Vereniging Nederland omdat hier volgens de zorggroep geen behoefte aan is onder de patiënten.

Zorggroep Nieuwegein kan patiënten verwijzen naar een beweegintake en een beweegadvies met een fysiotherapeut. Dit is nieuw ingevoerd. Aandacht voor bewegen, goed met je voeding omgaan en stoppen met roken zijn allemaal in het centrum aanwezig en hoorden al bij de zorg voordat het diseasemanagement programma werd ingevoerd.

Wat betreft de zelf-management ondersteuning via internet maakt Nieuwegein wel gebruik van het e-consult maar dit deden zij al voor de invoering van het disease-management programma. Daarnaast zijn er zelf-management programma's die de zorggroep via internet aanbiedt en waar zij patiënten op kunnen wijzen.

Het stimuleren van de coachende rol van hulpverleners is getracht te bereiken door de cursus motivational interviewing aan te bieden. Daarnaast zijn de hulpverleners gestimuleerd doordat zij zelf werden geacht de zelf-managementtraining op te zetten.

De familie en partners van de diabetes patiënten worden bij de zorggroep uitgenodigd om mee te gaan naar de informatiebijeenkomsten die tweemaal per jaar worden georganiseerd in samenwerking met Diabetes Vereniging Nederland.

Hieronder in tabel 5.1 staan de interventies per zorggroep samengevat.

Tabel 5.1	Interventies per zorggroep		
	Zeist	Haaglanden	Nieuwegein
Kennis-bevordering van de aandoening	- Motivational interviewing - Prisma cursus	- Motivational interviewing - Conversation maps	- Motivational interviewing - Zelf-management cursus (gestopt) - Informatie-bijeenkomsten
Opstellen van persoonlijk behandelplan	- Ingevoerd - Digitale invoering binnen 1 jaar	- Binnen 1 jaar realiseren	- Onderdeel van standaard zorg

	realiseren		
Leefstijl interventies (o.a. bewegen, dieet, roken)	- Ingevoerd	- Binnen 1 jaar realiseren	- Ingevoerd: beweegintake - Onderdeel van standaard zorg
Ondersteunen zelf- management (internet, email, e-consult)	- Binnen 1 jaar te realiseren :e- consult	nvt	- Onderdeel van standaard zorg: e-consult - Ingevoerd: zelf- managementprogramma's via internet
Tele-monitoring	- Ingevoerd	nvt	nvt
Coachende rol hulpverleners	- Ingevoerd	- Ingevoerd	- Ingevoerd
Spiegelgesprekken	nvt	- Binnen 1 jaar realiseren	nvt
Betrokkenheid familie en partner	- Ingevoerd (Prisma training)	nvt	- Ingevoerd (informatie- bijeenkomst)

5.2 Zelf-management ondersteuning ervaren door patiënten

Drie respondenten hebben de Prisma training over zelf-management gedaan die hen is aangeboden door de huisartsenpraktijk. Deze drie respondenten geven aan dat zij dit zien als zelf-management ondersteuning die zij hebben ontvangen. De twee respondenten die de training niet hadden gedaan gaven aan geen zelf-management ondersteuning te ontvangen en wisten niet wat het begrip betekende. Na een uitleg van het begrip gaf één respondent aan in het begin wel voorlichting te hebben gekregen van de POH van de huisartsenpraktijk.

“Over leefstijl is in het begin gesproken, je krijgt dan voorlichting op het gebied van voeding. Hoe ziet je eetpatroon eruit? (..) verder krijg je voorlichting wat diabetes inhoudt en hoe je daar het beste mee om kunt gaan en waar je op moet letten en dergelijke.”
(respondent 5)

Verder is één respondent door de huisartsenpraktijk doorverwezen om een cursus over leefstijl te volgen. Deze respondent had ook al de Prisma training gevolgd. Deze cursus duurde een aantal maanden waarbij de respondent begeleiding kreeg van een fysiotherapeut, een diëtist en

een psycholoog. Twee respondenten die geen Prisma training hebben gedaan zijn door de huisartsenpraktijk verwezen naar een diëtist.

5.3 Aspecten die aan bod komen bij de zelf-management ondersteuning

De drie respondenten die de Prisma-training hebben gevolgd geven aan dat bij de training eerst goed werd uitgelegd wat diabetes is, in welke vorm het zich voordoet, wat er medisch aan gedaan kan worden en hoe je daar je leven op kunt instellen.

“En het was met name een stuk voorlichting van, wat is diabetes, hoe kom je eraan, wat kun je eraan doen, welke medicijnen zijn ervoor.” (Respondent 3)

“Ging grotendeels over, wat is diabetes, insulineresistentie, wat houdt het in. Waar moet je op letten, wat is schadelijk voor je lichaam. Wat je zou moeten doen om je waarden weer goed te krijgen, diëten en sporten en dat soort dingen.” (Respondent 1)

Verder is er in de training dieper ingegaan op voeding en beweging. Vooral voeding werd door de respondenten genoemd als aspect wat duidelijk naar voren kwam in de training en waar zij ook wat van hebben opgestoken

“Ook waar de suikers inzitten en in welke hoeveelheden. Dat werd uiteindelijk gevisualiseerd met blokjes lego, deze moest je naast een fles zetten en raden hoeveel suikerklontjes er zitten in een fles frisdrank. Dan blijkt toch wel dat het aantal suikerklontjes stuk hoger is in normale frisdrank dan in een fles light.” (Respondent 2)

In de training moesten de respondenten ook doelen opstellen voor zichzelf waar zij aan wilden werken. Ze moesten opschrijven aan welk aspect zij wilden werken en hoe zij dachten dit te kunnen bereiken.

“We hebben ook doelen op moeten stellen. Waar wil ik aan werken, aan mijn cholesterol, aan mijn glucose, en hoe wil ik dit dan doen, meer sporten of door betere voeding. Maar uiteindelijk is het aan jezelf om je daar aan te houden.” (Respondent 1)

Ook bij de leefstijl training die een respondent heeft gevolgd kwam het stellen van doelen terug. De respondent moest met de diëtist een plan opstellen om op een bepaald streefgewicht te

komen. Hierbij heeft de respondent van de diëtist een dagritme gekregen met betrekking tot de voeding. De twee respondenten die geen Prisma training hebben gedaan geven aan dat zij ook geen doelen hebben gesteld ten aanzien van hun diabetes.

Twee respondenten geven aan dat er in een later stadium niet meer terug is gekomen op de doelen die zij gesteld hebben met de training, ook niet met de kwartaalcontroles. Eén respondent geeft aan dat hij zijn doelen wel heeft overhandigd aan de POH van de huisartsenpraktijk en dat de POH dit altijd meeneemt in de kwartaalcontroles.

“Bij de prisma heb ik dus ook een a4tje ingevuld met vragen en doelen en die moest je overhandigen aan de verpleegkundige bij je huisarts en die houdt het dan in de gaten. Daar staat dus ook in dat mijn streefgewicht lager is dan waar ik nu op zit.” (respondent 2)

Het psychische aspect van de ziekte is weinig aan bod gekomen. Er werd in de training alleen kort verteld dat je last kunt hebben van depressieve gevoelens en hoe je hiermee om kunt gaan. In de leefstijl training is dit aspect bij één respondent wel duidelijker aan bod gekomen. De respondent heeft hier inzicht gekregen in het doorbreken van processen en hoe je dit kunt doen.

Bij de training was het mogelijk om familie mee te nemen maar de respondenten hebben dit niet gedaan. Zij geven aan hier zelf geen behoefte aan te hebben gehad.

De kwartaalcontroles met de POH bestaan vooral uit een medische check volgens de respondenten. Zo worden de suikerwaarden gecontroleerd, het cholesterol en de bloeddruk. Ook de ogen, voeten en tenen worden gecontroleerd. De respondenten geven ook aan dat bij de kwartaalcontrole ook vaak wordt gevraagd naar het eetpatroon en naar het bewegingspatroon. Daarnaast heeft de POH twee respondenten gestimuleerd om voortaan met de fiets naar het werk te gaan en stimuleert ze de respondenten ook om te blijven bewegen. De POH neemt verder nooit uit zichzelf contact op met de respondenten. Maar de respondenten geven aan dat als er iets is, zij altijd kunnen bellen.

5.4 Ervaring van patiënten met zelf-management ondersteuning

De drie respondenten die de Prisma training hebben gedaan hebben allen positieve ervaringen met de training. Zij geven ook aan dat zij er veel van hebben opgestoken. Zij hebben vooral kennis opgedaan over de ziekte zelf, leefstijl en voeding. Wat ook als prettig werd ervaren was

de interactie tussen de mensen die aan de training deelnamen.

“Ik vond de zelf-management training goed. Ik heb dingen geleerd over diabetes en cholesterol die ik nog niet wist. Je kunt wel dingen opzoeken op internet maar dit was fijn omdat er ook een huisarts aanwezig was en andere mensen die zelf diabetes hadden. Dus er is veel meer interactie.” (Respondent 1)

“Ik heb het zeer prettig ervaren, ik heb er een hoop van opgestoken. Vooral over je hele levenspatroon en eetgewoonten. Dat je dat kunt veranderen. Je ziet wel in de media de schijf van 5 en Sonja Bakker en dat helpt wel maar als je een achtergrond hebt van waarom het helpt ben je bewuster van het feit dat je eigenlijk andere ingrediënten kan gebruiken, dat zijn een paar bewustwordingsprocessen die ik heb geleerd.” (Respondent 3)

De respondent die de cursus over leefstijl heeft gedaan was ook hier erg positief over. Vooral van de psycholoog heeft hij veel geleerd maar ook van de diëtiste. De twee respondenten die een afspraak hebben gehad met een diëtiste geven aan hier ook wat van opgestoken te hebben.

“Eerst hield ik de boot af, want ik weet wat wel en wat niet mag. Maar toen zei ze: je hebt soms wat artikelen in de winkel waarvan je denkt, mag ik dat wel of niet. Achteraf ben ik blij dat ze geweest is hoor. Ik heb er echt wat van opgestoken. Want dan verteld ze je toch dingen waarvan je denkt: dat wist ik helemaal niet.” (respondent 5).

Eén respondent geeft wel aan dat sommige hulpverleners elkaar soms tegenspreken en dat dat verwarrend kan werken. Zo spraken de internist in het ziekenhuis en de diëtiste elkaar tegen wat betreft voeding.

5.5 Verandering in zelf-management vaardigheden van patiënten

De respondenten die de Prisma training hebben gedaan geven vooral aan dat zij hun eetpatroon en bewegingspatroon hebben aangepast. Alle respondenten zijn meer gaan bewegen. In de training wordt volgens de respondenten een bewustwordingsproces gecreëerd rondom voeding waardoor zij nu meer letten op wat zij eten en in welke hoeveelheden.

“Ik beweeg nu 4 dagen in de week. Ik fiets drie dagen naar mijn werk en sport één dag met collega’s. Vroeger ging ik alleen met de fiets brood halen in het dorp. (..) Daarnaast is mijn eetpatroon totaal gewijzigd. Vroeger ontbeet ik niet. Dat was gewoon altijd alleen koffie en ik rookte. Alleen de lunch en dan koffie en avondeten. En koekjes bij de koffie. Dat zijn dingen die ik nu niet meer doe.” (Respondent 2)

“ ‘s Avonds werd er bakje fruit gemaakt met vier soorten erin en dat werd in één keer naar binnen gewerkt. Dus mijn suiker ging dan als een gierende omhoog. Dan kom je op zo’n Prisma cursus en daar werd verteld dat dat niet goed was (..) Kan mijn lichaam niet aan en dan werk je jezelf tegen. Dat is me wel duidelijker geworden door de training.” (Respondent 1)

Met het stellen van doelen doen twee van de drie respondenten niks meer na de Prisma training. Zij letten hooguit op hun gewicht en wanneer zij zien dat dit toeneemt proberen zij meer te bewegen. Eén respondent is zelf nog wel fanatieker bezig met zijn doelen. Dit komt volgens de respondent ook doordat het ook nog terugkwam bij de leefstijl cursus. De respondenten die te maken hebben gehad met de diëtiste geven ook aan hun gedrag rondom eten te hebben aangepast.

“Van de diëtiste wel gehoord waar je nog meer op kunt letten. Waar ik nu meer op let zijn de e nummers, dan vooral de 600 serie die op je bloeddruk kunnen werken.” (Respondent 5)

5.6 Toepassen van zelf-management in de dagelijkse structuur

Er worden verschillende redenen aangedragen waardoor de respondenten het af en toe moeilijk vinden om goed op hun eten en beweging te letten. Eén van de belangrijkste redenen die hierbij wordt genoemd is tijd. Sommige respondenten zijn zo druk met werk dat sporten er nog wel eens bij inschiet. Ook motivatie wordt genoemd voor het toepassen van het juiste eetgedrag. Volgens de respondenten zijn discipline en motivatie belangrijke elementen om je ziekte zelf goed te kunnen managen en dit ontbreekt soms wel eens.

“Er is wat meer structuur op het werk. Vanwege de pauzes ga je al wat meer opdelen in je eetpatroon. Dat gaat goed alleen thuis dan wordt het wat minder. Dan is het patroon wel zoek. Dan mis je wat meer structuur. (..) Valt nu best wel tegen om routinematig

dingen te doen.”(Respondent 2)

“Tijd maakt het vooral lastig. Toen zat ik nog iedere dag in de auto, vanuit Amstelveen in de file, en dan kom je thuis en dan ben je moe en dan heb je geen zin om te sporten.”

(Respondent 1)

Tijd is voor patiënten dus een belangrijk element wat het toepassen van zelfmanagement in de dagelijkse structuur soms lastig maakt.

6. Discussie en conclusie

In dit hoofdstuk zullen eerst de resultaten worden geïnterpreteerd. Hierna zullen de beperkingen van het onderzoek worden besproken en zal in de conclusie een antwoord worden gegeven op de probleemstelling van het onderzoek.

6.1 Discussie

6.1.1 Bevindingen

In deze paragraaf zullen de bevindingen van het kwantitatieve en het kwalitatieve onderzoeksgedeelte en de theorie worden geïntegreerd aan de hand van de deelvragen van dit onderzoek.

Deelvraag 1:

Welke interventies zetten de verschillende diseasemanagement programma's in op het gebied van zelfmanagement?

De interventies die de zorggroepen Zeist, Haaglanden en Nieuwegein aanbieden zijn vooral gericht op de educatieve benadering van zelf-management. Zij proberen de kennis van de patiënt omtrent zijn/haar ziekte te vergroten. Hierbij geven de zorggroepen vooral informatie over de ziekte zelf, wat dit voor medische gevolgen kan hebben en wat de patiënt er zelf aan kan doen om beter met zijn/haar ziekte om te gaan. Daarnaast leggen de zorggroepen de nadruk voornamelijk op leefstijl, waarbij voeding en beweging belangrijke speerpunten zijn.

Leefstijlinterventies worden door sommige zorggroepen zelf aangeboden, zoals het 'Stoppen met Roken' programma door de zorggroep Zeist, maar in veel gevallen kunnen de zorggroepen zonnodig verwijzen naar leefstijlinterventies die door andere organisaties worden aangeboden. Er wordt in de praktijk dan verwezen naar leefstijlinterventies die meer ingaan op de psychologische consequenties voor de diabetespatiënt met behulp van een psycholoog. Maar de meeste respondenten geven aan dat psychologische consequenties maar kort zijn besproken en hier niet dieper op in werd gegaan. Ook kan met behulp van een diëtist een specifiek dieetplan met doelen opgesteld worden en er kan gewerkt worden met een fysiotherapeut om het beweegpatroon van de diabetespatiënt te bevorderen. Bij deze interventies komen de gedragsmatige aspecten van zelf-management vooral naar voren.

Bij deze interventies is het van belang dat het gewenste gedrag met de patiënt is overlegd en geaccepteerd wordt door de patiënt waardoor de adoptie van het gedrag een kans van slagen heeft op de lange termijn. Het stellen van doelen is ook onderdeel van de gedragsmatige kijk op zelf-management. Uit de interviews blijkt dat het stellen van doelen niet altijd aan bod komt of dat het eenmalig is gedaan in bijvoorbeeld de Prisma training, maar hier in een later stadium vaak niet op wordt teruggekomen. Alleen bij degene die een leefstijltraining heeft gedaan is de POH ook aan de slag gegaan met de persoonlijke doelen.

Een ander voorbeeld van gedragsmatige interventies die worden ingezet in alle zorggroepen is de cursus motivational interviewing. De zorggroepen bieden de cursus aan het personeel aan. Hierbij helpt de zorgverlener de patiënt in het verhelderen en het oplossen van ambivalentie ten opzichte van verandering (Van Eijk–Hustings et al. 2011). Ambivalentie betreft de afweging van voor- en nadelen van het huidige en het beoogde gedrag van de patiënt en wordt gezien als de sleutel tot verandering. Als gevolg hiervan komt de motivatie tot verandering uit de cliënt zelf, hetgeen de essentie is van motivational interviewing. Via motivational interviewing proberen de zorggroepen hun personeel een meer coachende rol te geven in het ziekte-proces waardoor getracht wordt zelf-management verder te stimuleren. Uit de interviews blijkt dat de kwartaalcontroles voornamelijk bestaan uit een medische check en dat er specifiek ingegaan wordt op het bewegingspatroon en het eetpatroon van de patiënt.

De interventies richten zich voornamelijk op de ziekte zelf (informatie over diabetes en medicatie) en de leefstijl van de patiënten. Dit komt voornamelijk terug in de zelf-management trainingen, de informatie-bijeenkomsten en de kwartaalcontroles met de POH. Daarnaast richten de interventies zich minder op de generieke zelf-management vaardigheden van de patiënt. Ook de sociale omgeving van de patiënt wordt nog weinig betrokken bij de interventies. De respondenten geven echter ook aan hier geen behoefte aan te hebben.

Deelvraag 2: Zijn er verschillen/overeenkomsten tussen diseasemanagement programma's met betrekking tot de interventies?

De zorggroep Haaglanden geeft als enige aan dat bij de invoering van het diabetes Disease-Management programma de focus vooral lag op zelf-management interventies. Daarnaast hebben de praktijken aangesloten bij het Disease-Management programma in de zorggroep Haaglanden zelf de keuze gemaakt welke mensen zij wel en niet aan het programma zouden laten deelnemen waarbij vooral mensen zijn geselecteerd die ook gemotiveerd waren om met zelf-management interventies aan de slag te gaan. Deze selectiecriteria zijn niet gebruikt bij de beide andere zorggroepen.

Alle drie de zorggroepen proberen via educatieve interventies de kennis van de patiënt omtrent zijn/haar ziekte en leefstijl te verbeteren. Er zitten echter wel grote verschillen in de manier hoe de zorggroepen hier invulling aan geven. De zorggroep Zeist biedt een zelf-management cursus aan, waar de zorggroep Haaglanden conversation maps inzet en de zorggroep Nieuwegein informatie-bijeenkomsten organiseert. Er zijn overeenkomsten in de onderwerpen die aan bod komen binnen deze interventies. Er wordt voornamelijk getracht informatie te verschaffen over de ziekte zelf, mogelijke complicaties en leefstijl (voeding en beweging).

Een andere overeenkomst is dat alle zorggroepen de cursus motivational interviewing hebben aangeboden aan het personeel. Een verschil hierbij is dat binnen de zorggroep Zeist de cursus door alle POH's is gevolgd terwijl in de zorggroep Haaglanden de cursus ook is gevolgd door de huisarts en een aantal diëtisten. In de zorggroep Nieuwegein is de cursus alleen gevolgd door de diabetesverpleegkundige.

Alle zorggroepen hebben getracht de hulpverleners een coachende rol te geven in het ziekteproces om zelf-management te bevorderen. Alle zorggroepen geven aan dat zij dit gedaan hebben door de cursus motivational interviewing aan te bieden aan de zorgverleners. Zorggroep Zeist heeft daarnaast verschillende zorgverleners ook de cursus tot Prisma trainer laten volgen.

Zorggroep Haaglanden wil het komende jaar nog veel realiseren op het gebied van zelf-management-interventies. Verschillende interventies zijn onderdeel van een verandertraject Disease Management waar de zorggroep nog mee bezig is. Zo zijn zij bezig met het ontwikkelen van leefstijlinterventies voor stoppen met roken, meer bewegen en veranderende voeding. Beide andere zorggroepen bieden al leefstijlinterventies aan. De zorggroep Zeist biedt het programma stoppen met roken aan en de zorggroep Nieuwegein biedt een beweegintake

aan.

Zorggroep Zeist heeft als enige zorggroep een proef met telemonitoring en richt zich daarnaast, samen met zorggroep Nieuwegein op het ondersteunen van zelf-management door middel van internet of email.

De zorggroepen Zeist en Nieuwegein proberen de partner/familie van de diabetespatiënt te betrekken door ze uit te nodigen bij de Prisma-training (Zeist) en de informatie-bijeenkomst (Nieuwegein).

Deelvraag 3: Hoe ervaren patiënten de inzet van zelf-management interventies?

Volgens de zorggroepen Zeist en Nieuwegein hebben veel mensen binnen de zorggroepen geen behoefte aan zelf-management training. Uit het documentenonderzoek komt naar boven dat de zorggroep Nieuwegein patiënten tot echte zelf-managers wilde maken door middel van een zelf-management cursus maar dat zij hiermee zijn gestopt omdat er te weinig mensen deel wilden nemen aan de cursus. Volgens de zorggroep willen mensen het contact met de diabetesverpleegkundige niet kwijt. Ook de zorggroep Zeist heeft te maken met dit probleem. Er hebben tot nu toe 5% (100 mensen) deelgenomen aan de cursus zelf-management. Mensen geven als argument dat ze al veel weten van diabetes en de cursus niet nodig achten, dat ze het niet kunnen inplannen met het werk en dat het werken in een groep niets voor hen is. Deze klachten komen niet naar voren uit het documentenonderzoek in de zorggroep Haaglanden. De zorggroep heeft dan ook alleen mensen geselecteerd voor het disease-management programma die gemotiveerd waren om met zelf-management interventies aan de slag te gaan. Daarnaast hebben zij niet getracht een dergelijke specifieke zelf-management cursus te organiseren. Dit zouden redenen voor het verschil in ervaring kunnen zijn.

Respondenten in de zorggroep Zeist die de training niet hebben gedaan ervaren weinig zelf-management ondersteuning en weten soms niet wat het begrip inhoudt. De controle-afspraken zijn volgens de respondenten niet veranderd in de laatste jaren. De geïnterviewde respondenten hebben tot dusver weinig gemerkt van de cursus motivational interviewing die de POH heeft gevolgd. De respondenten die de specifieke zelf-management training wel hebben gedaan hebben dit als erg positief ervaren. Zij hebben veel opgestoken over voeding en beweging en wat zij er zelf aan kunnen doen om beter met hun diabetes om te gaan. Zij hebben dus vooral gezondheidsgerelateerde zelf-management vaardigheden opgedaan door de zelf-

management interventies. Ook diegenen die contact hebben gehad met een diëtiste of een specifieke leefstijl training hebben gehad, hebben dit als positief ervaren. Ook zij ervaren verbeteringen in hun gezondheidsgerelateerde zelf-management vaardigheden. Respondenten ervaren het soms wel als lastig om de zelf-management vaardigheden in te passen in de dagelijkse structuur.

Deelvraag 4: Wat zijn de effecten/resultaten van deze interventies op de generieke en de gezondheids-gerelateerde zelf-management vaardigheden van de patiënten?

Generieke zelf-management vaardigheden die van belang zijn voor het welzijn van patiënten blijken uit de kwantitatieve resultaten achteruit te zijn gegaan. De zelf-management vaardigheden zijn in 2011 significant slechter beoordeeld door de patiënten dan in 2010. De generieke zelf-management vaardigheden 'initiatief nemen' en 'vetrouwen op eigen kunnen' zijn beide significant slechter beoordeeld in 2011 ten opzichte van 2010. De zelf-management vaardigheid 'energie en tijd investeren' is de enige generieke vaardigheid die vrijwel gelijk is gebleven. De achteruitgang van generieke zelf-management vaardigheden kan volgens de theorie verklaard worden door een achteruitgang in fysiek en mentaal functioneren. De zelf-management vaardigheden om welzijn te bereiken hangen namelijk af van het fysiek, mentaal en sociaal functioneren van de patiënt.. De kwantitatieve resultaten laten wel een lichte achteruitgang zien in fysieke en mentale gezondheid marginaal significant. Een andere verklaring kan zijn dat de zorggroepen vooral inzetten op interventies die ziekte- of gezondheidsgerelateerde zelf-management vaardigheden stimuleren en minder op de generieke zelf-management vaardigheden.

Uit de kwantitatieve en kwalitatieve resultaten blijkt dat de ziekte- of gezondheidsgerelateerde zelf-management vaardigheden zoals stoppen met roken en gezond eten wel verbeterd zijn in 2011 ten opzichte van 2010. Uit de kwantitatieve resultaten blijkt dat het aantal rokers significant is gedaald van 22,6% in 2011 naar 13,5% in 2010. Maar vooral uit de kwalitatieve resultaten blijkt dat de respondenten betere gezondheidsgerelateerde zelf-management vaardigheden hebben ontwikkeld. Uit de interviews blijkt dat veel respondenten hun beweegpatroon hebben aangepast en meer zijn gaan bewegen. Hier zijn zij van bewust

geworden door de aandacht die hier voor was tijdens de zelf-management training (Prisma training) en door de aanmoedigingen vanuit de POH zelf. Dit resultaat wordt slechts deels ondersteund door de kwantitatieve resultaten waaruit blijkt dat het beweegpatroon beperkt is verbeterd (marginaal significant). Als alleen gekeken wordt naar de zorggroep Haaglanden is het beweegpatroon significant verbeterd.

Daarnaast blijkt uit de kwalitatieve resultaten dat veel respondenten aandacht hebben gekregen voor hun eetpatroon wat ook een gezondheidsgerelateerde zelf-management vaardigheid is. Tijdens de zelf-management training was hier veel aandacht voor maar ook met behulp van de diëtiste zijn respondenten beter geworden in het handhaven van een gezond eetpatroon. In de andere zorggroepen is er ook specifieke aandacht voor ziekte- of gezondheidsgerelateerde zelf-management vaardigheden zoals gezond eten en bewegen. Dit wordt bevestigd door het documentenonderzoek wat is verricht waarbij de zorggroep Haaglanden aangeeft dat deze onderwerpen aan bod komen in de conversation maps die zij inzetten. Binnen de zorggroep Nieuwegein komt leefstijl specifiek aan bod in het individuele contact tussen de diabetesverpleegkundige en de diabetespatiënt.

Deelvraag 5: In hoeverre dragen achtergrondkenmerken, fysieke gezondheid en mentale gezondheid bij aan de (verandering in) zelf-management vaardigheden?

Uit de correlatie-analyse blijken opleiding, fysieke gezondheid en mentale gezondheid samen te hangen met de zelf-management vaardigheden van de patiënt. Mensen met een lagere opleiding blijken slechtere zelf-managers te zijn. Daarnaast geeft het duidelijk weer dat mensen met een lage fysieke en mentale gezondheid slechtere zelf-managers zijn dan mensen met een beter niveau in fysieke en mentale gezondheid. De regressie-analyse heeft laten zien dat de mentale gezondheid meer invloed heeft op de zelf-management vaardigheden van de patiënt dan het opleidingsniveau en de fysieke gezondheid van patiënten. Het is dus van belang dat interventies zich meer richten op patiënten met een slechtere van mentale gezondheid, zoals angststoornissen en depressie. Ook coping strategieën en het omgaan met psychologische consequenties zijn belangrijke elementen om mee te nemen in interventies.

Fysieke en mentale gezondheid blijken ook bij te dragen aan de verandering in zelf-management vaardigheden sinds de invoering van het diseasemanagement programma. Het is dus van belang dat interventies zich zowel richten op de fysieke achteruitgang van patiënten maar zich daarnaast ook richt op de patiënten die te maken hebben met mentale problemen

door hun diabetes.

Deelvraag 6: In hoeverre verschillen zelf-management vaardigheden tussen diseasemanagement programma's?

De generieke zelf-management vaardigheden zijn in zorggroep Zeist en in zorggroep Nieuwegein significant achteruit gegaan in 2011 ten opzichte van het jaar 2010. In zorggroep Haaglanden worden de generieke zelf-management vaardigheden in 2011 vrijwel hetzelfde beoordeeld als in 2010. Ook bij zelf-management vaardigheden 'initiatief nemen' en 'vertrouwen op eigen kunnen' doet de zorggroep Haaglanden het beter dan de zorggroepen Zeist en Nieuwegein. Waar de zorggroepen Zeist en Nieuwegein op deze zelf-management vaardigheden een significante achteruitgang laten zien is dit binnen de zorggroep Haaglanden niet significant en noteert de zorggroep op de zelf-management vaardigheid 'energie en tijd investeren' zelfs een lichte vooruitgang in 2011 ten opzichte van 2010 (niet significant).

Dit kan wellicht verklaard worden door de hogere gerapporteerde fysieke gezondheid in de zorggroep Haaglanden ten opzichte van de twee andere zorggroepen. De respondenten in zorggroep Haaglanden waarderen hun fysieke gezondheid in 2011 met gemiddeld een score van 45,06 waar de respondenten in Zeist hun fysieke gezondheid waarderen met gemiddeld een score van 42,39 en de respondenten in Nieuwegein met een score van gemiddeld 40,41. Fr verschillen tussen de zorggroepen in 2011 met betrekking tot de fysieke gezondheid zijn ook significant ($p \leq .05$). Aangezien mensen met minder fysieke gezondheid ook slechtere zelf-managers zijn kan het verschil tussen de zorggroepen hier wellicht uit verklaard worden. De hogere beoordeelde fysieke gezondheid kan ook samenhangen met de gemiddelde leeftijd in de zorggroep Haaglanden. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is met 65,4 jaar lager dan in de zorggroepen Zeist (68 jaar) en Nieuwegein (66.3 jaar).

Een andere verklaring voor het verschil in zelf-management vaardigheden tussen de zorggroepen kan gezocht worden in de selectiecriteria voor de disease-management programma's. De zorggroep Haaglanden heeft als enige zorggroep aangegeven dat de zorgpraktijken zelf mensen hebben gekozen om deel te nemen aan het DMP die gemotiveerd waren om aan de slag te gaan met zelf-management interventies.

De gezondheidsgerelateerde zelf-management vaardigheden roken en bewegen zijn ook in de zorggroep Haaglanden als enige significant verbeterd. De respondenten in de zorggroep Haaglanden zijn in het jaar 2011 bijna een dag meer per week gaan bewegen (30

minuten of meer) dan in het jaar 2010.

Wat opvalt aan de kwantitatieve resultaten omtrent de gezondheids-afhankelijke zelf-management vaardigheden is dat de zorggroep Zeist aanzienlijk beter scoorde in 2010, als het om roken en beweging gaat, dan de zorggroepen Haaglanden en Nieuwegein. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de zorggroep Zeist blijkbaar verder was bij de invoering van het disease-management programma, met het ondersteunen van gezondheidsgedrag. Het blijkt wel moeilijk voor de zorggroep Zeist om tot nog verdere verbeteringen te komen. Vooral de zorggroep Haaglanden lijkt met betrekking tot het gezondheidsgedrag een inhaalslag gemaakt te hebben.

6.1.2 Beperkingen onderzoek

Hoewel dit onderzoek inzicht geeft in de zelf-management interventies die zorggroepen inzetten en hoe deze interventies invloed hebben op de zelf-management vaardigheden van de patiënten, kent het een aantal beperkingen.

Ten eerste heeft de tijdsdruk waaronder dit onderzoek is uitgevoerd geleid tot een aantal keuzes. Zo is het aantal interviews beperkt gebleven tot vijf. Hierdoor is de representativiteit beperkt. Verder is gekozen om de beoordeling van de professionals met betrekking tot de algemene kwaliteit van zorg niet mee te nemen in het onderzoek. Hetgeen een objectiever beeld had kunnen geven van de algemene kwaliteit van de zorg binnen de zorggroepen.

Een andere beperking is dat de interviews alleen zijn afgenomen binnen de zorggroep Zeist. Hierdoor is vergelijking tussen de zorggroepen, met betrekking tot de ervaringen van de patiënten met de zelf-management ondersteuning, niet mogelijk.

6.2 Conclusie

De zelf-management interventies die zorggroepen inzetten zijn voornamelijk educatieve zelf-management interventies die gericht zijn op educatie van de ziekte en waarbij vooral de nadruk wordt gelegd op het verbeteren van de leefstijl van diabetespatiënten. Deze interventies hebben tot doel de patiënt te voorzien van kennis. De aanname is dat deze kennis kan zorgen voor een verandering in gedrag waardoor individuen hun ziekte beter zelf kunnen managen. De zorggroepen hebben ook ingezet op gedragsmatige interventies, vaak alleen met betrekking tot voeding en beweging. Affectieve interventies blijken in de praktijk nog weinig ingezet.

De interventies die de zorggroepen inzetten zijn er vooral op gericht om de ziekte- en

gezondheids zelf-management vaardigheden van de patiënt te verbeteren. Dit resulteert in de praktijk in beter gezondheidsgedrag van patiënten zoals minder roken, meer bewegen en een gezonder eetpatroon. Maar de meer generieke zelf-management vaardigheden zoals het 'geloven in eigen kunnen' (self-efficacy) en 'het nemen van initiatief, die bijdragen aan een betere kwaliteit van leven en meer welzijn, blijven achter en gaan zelfs achteruit. Deze verslechtering kan het gevolg zijn van achteruitgang in fysiek, sociaal en cognitief functioneren (Cramm et al. 2012). Bij slechter functioneren blijkt het ook lastig om een goede zelf-manager te zijn.

De interventies zouden zich in de toekomst meer moeten richten op het aanleren van meer algemeen cognitieve en gedragsmatige vaardigheden om ouderen te leren omgaan met verschillende soorten problemen in plaats van interventies die zich alleen richten op ziekte- en gezondheidsgerelateerde problemen. Ook door interventies in te zetten die zich meer richten op de stemmingsstoornissen van patiënten en die zich richten op de psychologische consequenties van de ziekte, kan nog veel winst behaald worden nu blijkt dat mentale gezondheid een belangrijke voorspeller is voor zelf-management vaardigheden. Alleen op die manier kunnen diabetespatiënten betere zelf-managers worden en zal dit bijdragen aan een betere kwaliteit van leven en meer welzijn.

7. Literatuurlijst

Baan, C.A., Hutten, J.B.F., Rijken P.M. (2003) *Afstemming in de zorg. Een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven.

Baan. C.A., Schoenmaker C.G. (2009). *Diabetes tot 2025. Preventive en zorg in samenhang*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven.

Baan CA (RIVM), Wolleswinkel-van den Bosch JH (Pallas), Eysink PED (RIVM), Hoeymans N (RIVM). *Wat is diabetes mellitus en wat is het beloop?* (2011) In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten en immuniteitsstoornissen\Diabetes mellitus, 20 september 2011.

Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. Hainsworth, J. (2002). *Self management approaches for people with chronic conditions: a review*. In: Patient education and counseling 48, 177-187.

Blokstra, A., Verschuren, W.M.M. Baan, C.A., Boshuizen, H.C., Feenstra, T.L., Hoogenveen, R.T. Picavet, H.S.J., Smit, H.A., Wijga, A.H., (2007). *Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziekteprevalentie 2005-2025*. RIVM. Bilthoven.

Bodenheimer, T., Wagner, E.H., Grumbach, K. (2002). *Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care model, Part 2*. In: JAMA: October 16, 2002, vol. 288, No. 15.

Boekholdt, M. & Coolen, J. (2010). *Bewegen in de zorg voor kwetsbare ouderen. Overzicht van experimenten in het Nationaal Programma Ouderenzorg*. Den Haag, juni 2010.

CBS (2010). *Diabetespatiënt is vaak wat ouder, man en te zwaar*. Webmagazine, maandag 22 maart.

Coleman, K., Austin, B.T., Brach, C., Wagner, E.H. (2009). *Evidence on the chronic care model in the new millennium*. In: Health Affairs, 28, no 1: 75-85.

Cramm, J.M., Hartgerink, J.M., Steyersberg, E.W., Bakker, T.J., Mackenbach, J.P., Nieboer, A.P. (2012). Understanding older patients' self-management abilities: functional loss, self-management and well being. In: *Quality of Life Research*, Volume 22, Issue 1, pp 85-92.

Cramm, J.M., Nieboer, A.P. (2011). *Self-management abilities, physical health and depressive symptoms among patients with cardiovascular diseases, chronic obstructive pulmonary disease, and diabetes*. Erasmus University Rotterdam, Department of Health Policy & Management (iBMG), Rotterdam, The Netherlands.

Cramm, J.M., Strating, M.M.H., Tsjachristas, A., Nieboer, A.P. (2011). Development and validation of a short version of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) in Dutch Disease Management Programs. In: *Health and Quality of Life Outcomes* 2011, 9:49

Creer T, Renne C, Christian W. (1976) *Behavioral contributions to rehabilitation and childhood asthma. Rehabilitation Literature. 37:226–232, 247*

Creswell, M.M. (2003). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Method Approaches*. Second edition. Sage Publications.

Diabetes Vereniging Nederland (2011). *In cijfers: hoeveel mensen hebben diabetes?* [internet] website DVN. n.d. [28-02-2012]. Bereikbaar op: <http://www.dvn.nl/diabetes/in-cijfers>

Drewes, H.W., Boom, J.H.C., Graafmans, W.C., Struijs, J.N., Baan, C.A., (2008). *Effectiviteit van disease management. Een overzicht van de (internationale) literatuur*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu 2008.

Eijk-Hustings, Y.J.L. van, Daemena, L., Schaper, N.C., Vrijhoef, H.J.M. (2011) Implementation of Motivational interviewing in a diabetes care management initiative in the Netherlands. In: *Patient Education and Counseling* 84 (2011) 10–15

Epping-Jordan, J.E., Pruitt, S.D., Bengoa, R., Wagner, E.H. (2004). Improving the quality of care for chronic conditions. In: *BMJ*: volume 13. Issue 4. P. 299-305

Greenhalgh, T. (2009). *Patient and public involvement in chronic illness: beyond the expert patient*. In: BMJ: Volume 338: b49.

Gregg, E.W., Mangione, C.M., Cauley, J.A., Thompson, T.J., Schwartz, A.V., Ensrud, K.E., Nevitt, M.C., (2002). *Diabetes and Incidence of Functional Disability in Older Women*. In: Diabetes Care 25:61-67.

Hamberg-van Reenen H.H. (RIVM). *Diabetes mellitus: Hoe zijn preventie en zorg georganiseerd?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten en immuunstoornissen\Diabetes mellitus, 20 september 2011

Heisler, M., Bouknight, R.R., Hayward, R. A., Smith, D.M., Kerr, E.A., (2002). *The relative importance of physician communication, participatory decision making and patient understanding in diabetes self management*. In: Journal of General Internal Medicine: Volume 17, Issue 4.

Hoeymans N (RIVM). *Drie instrumenten voor de kwaliteit van leven*. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Functioneren en kwaliteit van leven\Kwaliteit van leven, 22 september 2009.

Hoeymans N (RIVM), Schellevis FC (NIVEL) (2008). *Wat is een chronische ziekte en wat is multimorbiditeit?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM [internet] Bereikbaar op: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/beschrijving/>

Hoeymans N (RIVM), Schellevis FC (NIVEL), Wolters I (NIVEL) (2008) *Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Chronische ziekten en multimorbiditeit, 12 december 2008.

- Hung, D.Y., Rundall, T.G., Tallia, A.F., Cohen, D.J., Halpin, H.A., Crabtree, B.F. (2007). Rethinking prevention in primary care: applying the chronic care model to address health risk behaviors. In: the Milbank Quarterly: vol. 85, No.1. p. 69-91.
- Kempen, G.I.J.M., (2006). Preventie en ouder worden: mogelijkheden voor zelf-management. In: epidemiologisch bulletin, 2006, jaargang 41, nummer 2/3. p. 27-32.
- Lorig, K.R., Holman., H.R. (2003). *Self Management Education.History, Definition, Outcomes and Mechanisms*.Stanford University School of Medicine.Volume 26, No. 1. 2003.
- Miller, W.R., Rollnick, S., (2002) Motivational interviewing: preparing people for change, The Guilford Press, 2002
- Mulcahy, K., Maryniuk, M., Peeples, M., Peyrot, M., Tomky, D., Weaver, T., Yarborough, P., (2003).*Diabetes self management education core outcome measures*. In: The diabetes Educator: Volume 29: No. 5
- Nakagawa-Kogan, H., (1994).*Self management training: potential for primary care*.Nurse practitioner forum 1994.
- Nederlandse Diabetes Federatie (2007). *NDF zorgstandaard. Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2*. Amersfoort, juli 2007.
- Newman, S., Steed, L., Mulligan, K. (2004).*Self management interventions for chronic illness*. In: Lancet. Volume: 364; 1523-1537.
- Roter, D.L., Hall, J.E., Merisca, R., Nordstrom, B., Cretin, D., Svarstad, B., (1998).*Effectiveness of Interventions to improve patient compliance.A meta- analysis*. In: Medical care: Volume 36. No. 8. P 1138-1161.
- Schers, H., (2012). Gunstig effect van telehealth. In: Huisarts en Wetenschap. November 2012, Volume 55, Issue 11, p 484
- Schuurmans, H., Steverink, N., Frieswijk, N., Buunk, B.P., Slaets, J.P.J., Lindenberg, S. (2004). How to measure self-management abilities in older people by self-report. The development of the SMAS-30. In: Quality of Life Research 2005;14:2215-2228.

Siminerio, L.M., Piatt, G., Zgibor, J.C. (2005). *Implementing the chronic care model for in diabetes care and education in a rural primary care practice*. In: *The Diabetes Educator: Volume 31*. No. 225.

Sperl-Hillen, J.M., Solberg, L.I., Hroschikoski, M.C., Engebretson, K.L., O'Connor, P.J., (2004). Do all the components of the chronic care model contribute equeally to quality improvement. In: *Joint Commission Journal on Quality and Safement: volume 30, no 6*. 303-309.

Steverink, N., Lindenberg, S., Slaets, J.P.J. (2005). How to understand and improve older people's self-management of wellbeing. In: *Eur J Ageing (2005) 2*: 235–244

ZonMw. Programma: Diseasemanagement Chronische Ziekten. [internet] website ZonMw n.d.[28-02-2012]. Bereikbaar op: <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/diseasemanagement-chronische-ziekten/algemeen/>

8. Bijlagen

Bijlagen

Bijlage 1. Documenten Interviews projectleiders

Zeist

Zelfmanagement	Usual care	Niet gelukt	Ingevoerd	Binnen 1 jaar invoeren	N.V.T	
Kennis bevordering aandoening (met korte omschrijving: vorm, inhoud, frequentie)			X			<p>Er is een speciale PRISMA training (2 dagdelen) opgezet gebaseerd op DESMOND methode in samenwerking met VU Amsterdam, wordt 6 tot 8 keer per jaar voor nieuwe dm-patiënten georganiseerd.</p> <p>Op het moment dat er bij een patiënt de diagnose wordt gesteld dat hij/zij diabetes heeft, dan wordt de patiënt uitgenodigd voor de goedgekeurde training, waarin alles over diabetes wordt verteld en waarbij heel erg wordt ingezoomd op voeding en leefpatronen. Met een groep van tussen de 10 en max. 20 mensen wordt er heel goed gekeken waar willen we naar toe en maken ze ook voor zichzelf een soort doelenplan. Iedere patiënt krijgt deze kans, maar dat wil niet zeggen dat iedereen hieraan mee deelneemt, want de ervaring leert dat niet iedere patiënt in zo'n groep wil zitten. "Ik ga niet in zo'n groep zitten". Deze patiënten krijgen de informatie in een normaal consult bij de diëtist of diabetesverpleegkundige. We zijn wel aan het kijken hoe we dit kunnen veranderen. Voorheen vroeg de POH aan de patiënt wil je dit? Heel veel zeiden dan van nee dat doen we niet.</p>

						Nu hebben we afgesproken dat iedereen per definitie wordt uitgenodigd en patiënten moeten dan zelf aangeven of ze wel of niet komen. De training bestaat uit twee dagdelen van 09.00-12.00. Zeist organiseert de Prismatraining zelf. Drie jaar geleden hebben een aantal huisartsen en POH's een opleiding gevolgd bij het VU in Amsterdam en zijn allemaal gecertificeerd. Nu geven deze zorgverleners 6-8x per jaar de Prismatraining aan nieuwe diabetes patiënten.
Persoonlijk behandelplan/individueel zorgplan/opstellen van een risicoprofiel			X	X		In de Prismatraining wordt het heel specifiek, dan gaan mensen hun eigen doelen opnemen, maar in de KIS staat ook het behandelplan. Digitale invoering (patientenportaal) dient nog gerealiseerd te worden
Diagnose en behandeling van psychische problematiek	X					Als er sprake blijkt van psychische problematiek, dan wordt er doorverwezen naar een andere instantie (niet binnen de keten/zorggroep).
Leefstijlinterventies (o.a. bewegen, dieet, roken)			X			Zeist heeft geïnventariseerd welke leefstijlinterventies er zijn, maar worden niet door Zeist zelf aangeboden. Alle POH'ers weten van deze interventies af en kunnen daarnaar verwijzen. Alleen Stoppen met Roken wordt door Zeist aangeboden. Het stoppen met roken programma bestaat uit een aantal gesprekken wat apart wordt ingepland met de POH (niet met diabetesverpleegkundige). Deze POH-ers hebben een training gevolgd, die

						geaccrediteerd zijn door de zorgverzekeraar (met motivational interviewing en een bepaalde methodiek in coaching, dan vallen ze onder de voorwaarden van de zorgverzekeraar). De andere interventies zijn niet door de diabetes zorggroep aangestuurd.
Ondersteunen zelfmanagement (bijv. internet, email of sms of beloning, e-consult)				X	X	<p>Zeist doet niet aan sms en e-consults. Het enige wat Zeist doet is de Prismatraining. Daar is Zeist nu mondjesmaat mee gestart met de patiëntenportaal van DVN waarin allerlei adviezen zitten via internet. Patiënten krijgen een extractie met alle waardes, gegevens, overzicht van het verloop van bloedwaardes, medicatie. Bij de site van DVN zitten allerlei organisaties gekoppeld met aparte tips en trucs. Daar zit dan een extractie van onze KIS aan gekoppeld.</p> <p>Verder kan in het digitale dossier aantekeningen worden gemaakt, wat op het eerst volgende consult wordt besproken. Dat is heel bewust geen rechtstreekse lijn met je kunt je vragenstellen en je krijgt je antwoord er op. In die zin is het nog niet uitgewerkt (e-consult).</p>
Telemonitoring			X			Patiënten kunnen er straks voor kiezen om hun eigen bloedsuikers te prikken en eigen gewicht te meten en in te vullen in een boekje. Dit boekje wordt geraadpleegd tijdens de kwartaalcontroles. Het boekje is digitaal en is er nu al wel. Het dieetboekje is ook digitaal. Patiënten kunnen inloggen in hun patiëntenportaal vanuit thuis en

						daarin zit dan ook het digitale boekje. Begin dit jaar is hiermee begonnen. Een praktijk draait proef. Ze kijken heel goed welke patient geschikt is voor het patientenportaal/digitale boekje. Op dit moment werken 5-10% patienten hiermee. Einde van het jaar wordt dit geevalueerd.
Hulpverleners krijgen een coachende rol voor patienten om zelfmanagement te bevorderen	X		X			Alle POH's hebben 2x in de afgelopen jaren een training gehad over motivational interviewing. 13 zorgverleners (huisartsen, POH-ers, dietisten) hebben de opleiding tot Prismatrainer gevolgd. Ook dat is heel erg gericht op de coachende ipv zorgverlenende rol. De Prismatraining was vrij intensief, 4 hele dagen. Motivational interviewing waren 2 avonden van 3u.
Motivational interviewing	X		X			Motivational interviewing was ook al voor DMP, maar je ziet wel dat veel zorgverleners na verloop van tijd een verdiepende cursus van motivational interviewing willen volgen. Daarom vaak een extra nascholing als verdieping of intervisie.
Spiegelgesprekken			X		X	Op zorgverlenersniveau is er spiegelinformatie (geanonimiseerd) op groeps- en discipline niveau en binnen de huisartsenpraktijken. Er wordt vergeleken met het geheel en in spiegelgesprekken aan zorgverleners gecommuniceerd, ook tijdens de kwartaalbijeenkomsten. Op patiëntniveau wordt er niets gedaan met spiegelgesprekken. Er wordt niet gereflecteerd op hun zelfmanagement. Het enige wat Zeist

						doet is de Prismatraining.
Informatiebijeenkomsten (inhoud, frequentie, duur)					X	Prisma training, zie eerste punt
Groepsbijeenkomsten voor patiënt en partner			X			Bij de Prisma training wordt de partner uitgenodigd.
Cognitieve gedrags-therapie					X	

Haaglanden

Zelfmanagement	Usual care	Niet gelukt	Ingevoerd	Binnen 1 jaar invoeren	N.V.T	
Kennisbevordering aandoening (met korte omschrijving: vorm, inhoud, frequentie)			X			De kennisbevordering zit in de interventies die ELZHA heeft aangeboden om het zelfmanagement van patiënten te bevorderen. Motivational interviewing, Deep en Conversation maps zijn interventies die kennis bevorderen. Motivational interviewing (=gespreksvaardigheden) is een cursus geweest, geleid door een externe cursusleider. De huisarts en POH (en een aantal diëtisten) hebben de training gevolgd. Vervolgens hebben ze zelf een keuze gemaakt op welke interventies ze willen inzetten: Deep of Conversation Maps. Daar zijn ze vervolgens mee aan de slag gegaan.

						De cursus motivational interviewing vond 1x in het jaar plaats. Dit duurde 12u in totaal. Deep is wat mensen zelf moeten gaan gebruiken, op die manier zelf daar tijd in moeten gaan stoppen, om dingen op te gaan zoeken en vragen die ze hebben om vervolgens met de POH te gaan bespreken. Dit komt terug op het consult met de POH. Conversation maps is in spelvorm. Dit is in een groep. De gemiddelde inzet kost 2 uur. Daar zijn 4 mappen van, dus 8 uur aan patientendeelneming in totaal. Deze groep wordt 1x in het jaar georganiseerd (voor meer informatie, zie bijlagen).
Persoonlijk behandel plan/individueel zorgplan/opstellen van een risicoprofiel				X		Onderdeel van verandertraject DM
Diagnose en behandeling van psychische problematiek					X	
Leefstijlinterventies (o.a. bewegen, dieet, roken)				X		Onderdeel van verandertraject DM. ELZHA is nu bezig om leefstijlbegeleiding in te zetten: stoppen met roken, veranderende voeding en meer bewegen. Deze interventies zijn nog niet ingezet, maar zijn in ontwikkeling. Deze interventies hangen samen met CVRM en zullen uiteindelijk ook over het diabetes programma worden

						uitgerold.
Ondersteunen zelfmanagement (bijv. internet, email of sms of beloning, e-consult)					X	
Telemonitoring					X	
Hulpverleners krijgen een coachende rol voor patiënten om zelfmanagement te bevorderen			X			Dit is de gedragsverandering waar je naar toe wil. De coachende rol is het doel geweest van de zelfmanagementinterventie. Daarom is er een training geweest met motivational interviewing en de begeleiding bij die interventies. De hulpverlener gaat achterover zitten en de patiënt gaat een actief rol aannemen.
Motivational interviewing		X				
Spiegelgesprekken				X		Visitatietraject wordt nu uitgerold
Informatiebijeenkomsten (inhoud, frequentie, duur)					X	
Groepsbijeenkomsten voor patiënt en partner					X	
Cognitieve gedragsthera					X	

pie						
-----	--	--	--	--	--	--

Nieuwegein

Zelfmanagement	Usual Care	Niet gelukt	Ingevoerd	Binnen 1 jaar invoeren	N.V.T	
Kennis bevordering aandoening (met korte omschrijving: vorm, inhoud, frequentie)		X	X			<p>Roerdomp doet dit gestandaardiseerd, dit doet de diabetesverpleegkundige. Roerdomp heeft zwaar ingezet op een andere vorm van zelfmanagement. Een van de doelen van het DMP was dat we mensen echt opleiden tot zelfmanager en dat ze nog maar 1x per jaar langs zouden komen voor controle en 3x per jaar zichzelf controleerde. Dat is volledig mislukt. Dat willen patiënten absoluut. Ze willen niet investeren in een zelfmanagementcursus en ze willen niet zichzelf meer controleren. De meest mensen willen gewoon op het spreekuur komen. De cursus bestond uit 4 avonden van 1,5u en dan nog 2 herhaalavonden van 1,5u en dan bij je echt bij wijze van spreken volledig een zelfmanager. De cursus heeft uiteindelijk 2x plaatsgevonden, waar 12 mensen aan hebben deelgenomen. 6 (van de 300) patiënten zijn uiteindelijk voor deze cursus geslaagd.</p> <p>Patiënten hebben inhoudelijke redenen waarom ze het niet aan die zelfmanagementcursus wilden deelnemen. De redenen zijn met name dat ze niet af willen van het contact met de diabetesverpleegkundige, want er</p>

					<p>gebeurt daar meer dan alleen maar de controles. Ze kunnen daar hun vragen stellen, ze kunnen het over hun ongerustheid hebben. Ze hebben daar natuurlijk ruim de tijd om over andere dingen te hebben die hen ook bezighoudt. We hebben gewoon een hele deskundige, plezierige diabetesverpleegkundige. Er is dus veel ruimte voor persoonlijke informatie en uitwisseling. Ik denk dat ze zich misschien wel iets meer zelf willen controleren, maar ze willen het contact met de diabetesverpleegkundige niet kwijt. Roerdomp vraagt zich sterk af of de manier waarop er tegen zelfmanagement aangekeken wordt, of die wel klopt.</p> <p>Wat Roerdomp wel heeft bereikt is dat ze zelf meer alert zijn op zelfmanagement en dat dat ook echt gewoon ingevoerd is. Maar de patiënt beweegt nog niet mee en Jan Joost weet niet of ze ooit nog gaan meebewegen. Er wordt wel constant besproken wat wilt u zelf, wat zijn uw ambities, wat gaat u doen, waar wilt u zich aanhouden, wat wilt u verbeteren, dus in zoverre is Roerdomp constant bezig met het prikkelen van patiënten om zelfmanagement op te pakken.</p> <p>Daarnaast verstrekt de diabetesverpleegkundige tijdens het consult informatie over diabetes, de complicaties hierbij en leefstijl. De thema avonden zijn de voorlichtingsbijeenkomsten (2x per jaar) waarmee ook de kennis van de</p>
--	--	--	--	--	---

						patiënt wordt bevorderd.
Persoonlijk behandel plan/individueel zorgplan/opstellen van een risicoprofiel	X	X				Dat wordt gebruikt, maar niet het format van DVN. Er wordt wel individueel afgesproken wat iemand wel en niet kan en wil. Patiënten willen niet aan het format van DVN, omdat ze daar geen behoefte aan. Met het DVN en NIVO ook een project "Doen de zorgstandaard standaard maken" en dat willen de mensen allemaal niet. Ik kom gewoon langs, ik praat met de diabetesverpleegkundige en ik wil niet zelf aan de bak. Alle verschuivingen van zorgtaken, waarbij het maar even naar lijkt dat ze minder vaak langs mogen komen, willen ze niet. Mensen willen gewoon niet co-piloot worden, maar ze willen gewoon lekker passagier zijn en 4x per jaar langskomen. In samenwerking met de diabetesverpleegkundige wordt er wel een zorgplan opgesteld en dan wordt er ook individueel gekeken wat de ambities zijn en mensen worden ook gestimuleerd om meer verantwoordelijkheid te nemen. Dat zit nu in de reguliere zorg. Het zelf opleiden van mensen tot zelfmanager in groepen heeft Roerdomp losgelaten en ze proberen mensen zo veel mogelijk zelf te stimuleren om hun eigen verantwoordelijkheid te nemen. Roerdomp ziet dus volledig af van het groepsgebeuren en gaat terug naar het individuele gebeuren.
Diagnose en behandeling van psychische				X		Daar is Roerdomp mee bezig in de zin van standaardisatie van de depressiescreening. Dat wordt binnen een jaar ingevoerd. Die loopt al in 1 van de andere centra. Dat is dan iets

problematiek						wat een andere centra ons komt trainen. Dit gebeurt onderling.
Leefstijlinterventies (o.a. bewegen, dieet, roken)	X		X (beweegintake)			Er is aandacht voor bewegen a.h.v. fysiotherapie. De bewegingintake is nieuw, waarin we mensen naar verwijzen. Dit is Roerdomp voor chronische zorg aan het standaardiseren. Patiënten hebben recht op een verwijzing naar de fysiotherapeut voor een bewegingintake en een bewegingadvies. Aandacht voor bewegen, Goed met je voeding omgaan en Stoppen met roken zijn allemaal in het centrum aanwezig en is niet gekoppeld aan het DMP.
Ondersteunen zelfmanagement (bijv. internet, email of sms of beloning, e-consult)	X		X			Aan de ene kant wel, maar aan de andere kant ook weer niet. Roerdomp heeft een e-consult, er wordt gemaïld (dit is reguliere zorg). Er zijn ook zelfmanagementprogramma's op internet die wij aanbieden, zoals Diep, in Maastricht ontwikkelt. Mensen worden wel gewezen op, maar Roerdomp heeft niets zelf ontwikkeld.
Telemonitoring					X	
Hulpverleners krijgen een coachende rol voor patiënten om zelfmanagement te bevorderen			X			Dit is wel gestimuleerd met motivational interviewing, die de diabetesverpleegkundige als cursus heeft gevolgd. Ze zijn ook meer gegroeid naar de coachende rol in het programma. Dit is gebeurd door veel mee bezig te zijn met zelfmanagement, de training zelf op te zetten, daarmee aan de slag te gaan en zo is er wel wat veranderd in de aandacht voor de coachende rol. Verder is er nog assistentie geweest

						van een psychologe van het Meander, die een zelfmanagementtraining had opgezet. Deze psychologe heeft de Roerdomp begeleid bij de zelfmanagementcursus.
Motivational interviewing			X			De diabetesverpleegkundige heeft de cursus motivational interviewing gevolgd. Jan Joost weet niet waar en hoe vaak die bijeenkomsten waren.
Spiegelgesprekken					X	
Informatiebijeenkomsten (inhoud, frequentie, duur)			X			Zie hiervoor. 2x per jaar samen met DVN. De informatiebijeenkomsten zijn de groepsbijeenkomsten.
Groepsbijeenkomsten voor patiënt en partner			X			Zie hiervoor. 2x per jaar samen met DVN
Cognitieve gedragstherapie					X	

Bijlage 2. Achtergrondkenmerken respondenten per zorggroep

	N			Percentage %		
	Zeist	Haag- landen	Nieu- we- gein	Zeist	Haag- landen	Nieuwe- gein
Geslacht						
Man	114	57	54	55,1%	54.8%	59.3%
Vrouw	93	47	37	54.9%	45.2%	40.7%
Leeftijd						
21-40 jaar	2	2	0	1%	2%	0%
41-50 jaar	9	15	11	4,5%	14.9%	12.9%
51-60 jaar	46	18	23	22,9%	17.8%	27.1%
61-70 jaar	79	44	30	39,3%	43,6%	35.3%
71-80 jaar	56	20	15	27,9%	19.8%	17.6%
81-90 jaar	7	2	5	3,5%	2%	5.9%
91-100 jaar	2	0	1	1%	0%	1.2%
Opleiding						
Geen/basisschool	12	9	8	5.8%	8.7%	8.9%
Lager beroeps onderwijs	38	16	14	18.4%	15.5%	15.6%
Middelbaar algemeen onderwijs	47	24	33	22.7%	23.3%	36.7%
Middelbaar beroeps- onderwijs	18	12	10	8.7%	11.7%	11.1%
Voortgezet algemeen onderwijs	19	12	8	9.2%	11.7%	8.9%
Hoger beroepsonderwijs	44	15	12	21.3%	14.6%	13.3%
Wetenschappelijk onderwijs	22	12	4	10.6%	11.7%	4.4%
Anders	7	3	1	3.4%	2.9%	1.1%

Bijlage 3 topiclijst Interviews

Algemeen

- Hoe lang ontvangt u al zorg voor diabetes vanuit de huisartsenpraktijk?
- Merkt u verschil in zorgverlening tussen 2 jaar geleden en nu?
- Wat voor verschillen merkt u?

Zelfmanagement

- Wat doet de zorggroep Zeist aan zelf-management ondersteuning?
- Welke aspecten komen er bij de zelf-management ondersteuning aan bod?
- Hoe ervaart u de zelf-management ondersteuning
Hoe gaan de afspraken met de huisartsenpraktijk? Is daar ook nog aandacht voor zelf-management ondersteuning
Heeft u het gevoel dat de ondersteuning invloed heeft gehad op u gedrag? Op welke manier?
- Welke vaardigheden heeft u opgedaan met hulp van de zelf-management ondersteuning?
Wat maakt het toepassen van zelf-management lastig?
Wat zou u nodig hebben om meer vaardigheden op het gebied van zelf-management te kunnen opdoen?