



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.  
De gegevens mogen worden gebruikt met  
bronvermelding.

**Aan de slag met zelfmanagement en het individueel zorgplan**  
Evaluatie onder patiënten en zorgverleners van Zorggroep RCH Midden Brabant

Monique Heijmans  
Anne van Puffelen

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

ISBN 978-94-6122-330-2

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2015 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Achtergrond	7
1.2 Doel evaluatieonderzoek	8
1.3 Vraagstellingen	9
1.4 Opzet van het onderzoek	9
<b>2 Zorgverleners</b>	<b>11</b>
2.1 Beschrijving zorgverleners	11
2.2 Aandacht voor zelfmanagement in de huisartspraktijk	12
2.3 Verwachtingen ten aanzien van het zelfmanagement van de patiënt	18
2.4 Gebruik van ondersteuningsaanbod binnen de praktijk	20
2.5 Opvattingen over en ervaringen van zorgverleners met het individueel zorgplan	21
<b>3 Patiënten</b>	<b>27</b>
3.1 Kenmerken van de onderzoeksgroep	27
3.2 Zorggebruik	30
3.3 Ervaren kwaliteit van zorg	31
3.4 Zelfmanagement	35
3.5 Opvattingen over en ervaringen met het individueel zorgplan	38
3.6 Actieve betrokkenheid bij de behandeling	41
<b>Referenties</b>	<b>43</b>
<b>Bijlagen:</b>	
Bijlage 1 Methodologische verantwoording	45



# Samenvatting

## Achtergrond

In Nederland is gekozen voor een programmatische aanpak van de zorg voor chronisch zieken, met een sterke nadruk op zelfmanagement. In de praktijk komt zelfmanagement echter nog maar moeizaam van de grond en het individueel zorgplan (IZP), als hulpmiddel om zelfmanagement in de praktijk vorm te geven, wordt nog weinig gebruikt. Het is de taak van zorgverleners om patiënten te ondersteunen bij hun zelfmanagement. Juist het IZP zou daarbij een hulpmiddel kunnen zijn.

Ook binnen de eerstelijns zorggroep RCH Midden Brabant is zelfmanagement-ondersteuning en het werken met individuele zorgplannen nog geen routine. Graag wil RCH Midden Brabant zelfmanagement ondersteuning en het werken met een IZP binnen de eigen zorggroep verder bevorderen. Hiertoe is het project 'Zelfmanagement ondersteuning en het individuele zorgplan' gestart in 2013. Met dit project wil RCH zorgverleners werkzaam binnen de zorggroep beter toerusten om zelfmanagementondersteuning en het IZP toe te passen in hun zorg aan patiënten met COPD, Diabetes Mellitus- type 2 (DM-2) en (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten.

Graag wil RCH weten of de inspanningen die in het kader van het project uitgevoerd zijn in de loop van 2013 en 2014 hun vruchten afwerpen en heeft hiervoor het NIVEL benaderd om dit te onderzoeken. Dit rapport beschrijft de ervaringen van zorgverleners en patiënten met zelfmanagement en het gebruik van een individueel zorgplan in oktober 2013 en een jaar later. Gekeken wordt naar (veranderingen in) het draagvlak onder zorgverleners en patiënten voor zelfmanagementondersteuning en het werken met IZP's. Daarnaast wordt in dit onderzoek ook de veronderstelling getoetst dat het aanbieden van zelfmanagementondersteuning en het werken met een IZP zal resulteren in een beter zelfmanagement door patiënten, meer tevredenheid met de zorg en - op termijn - tot een reductie in het zorggebruik en een betere kwaliteit van leven van patiënten (effectevaluatie).

De bevindingen zijn gebaseerd op twee schriftelijke enquêtes onder zorgverleners en patiënten met COPD, DM-2 en/of hart- en vaatziekten. Tijdens de eerste meting namen 60 zorgverleners en 276 patiënten deel. Tijdens de tweede meting bedroegen deze aantallen respectievelijk 65 en 293. Zorgverleners waren huisartsen en praktijkondersteuners.

## Bevindingen

Een jaar na de start van het project 'Zelfmanagement ondersteuning en het individuele zorgplan' kunnen we stellen dat er in de attitude en ervaringen van zorgverleners binnen de praktijken van de zorggroep veranderingen zichtbaar zijn. Zelfmanagement van patiënten wordt belangrijker gevonden, zelfmanagementondersteuning wordt meer geïntegreerd aangeboden en het IZP als instrument om zelfmanagement in de praktijk vorm te geven wordt meer gebruikt. De cursus "motivational interviewing en het IZP" draagt positief bij aan deze ontwikkelingen. Een meerderheid van de zorgverleners ziet

zelfmanagement ook als speerpunt voor kwaliteitsbeleid. Wel geven zorgverleners aan dat met name het gebruik van het IZP nog in een opstartfase zit. Het werken met een IZP is vooral eind 2013 en 2014 geïmplementeerd in het zorginformatiesysteem van de huisarts en werkte tijdens de looptijd van het onderzoek nog niet overal optimaal. In de loop van 2014 zijn een aantal veranderingen doorgevoerd in de vormgeving die het gebruikersgemak van het IZP zouden moeten bevorderen.

Het effect van de toegenomen aandacht voor zelfmanagement onder zorgverleners zien we (nog) niet terug op patiënt niveau. De veronderstelling is dat zelfmanagement-ondersteuning zal leiden tot een toename van zelfmanagement en daarmee op termijn tot een betere kwaliteit van leven, minder zorggebruik en een betere ervaren kwaliteit van zorg bij de patiënt. Onze resultaten laten deze veranderingen nog niet zien. Daarvoor is wellicht de tijd te kort. Bovendien is het moeilijk om het precieze effect te kunnen vaststellen van activiteiten binnen de zorggroep gericht op bevordering van zelfmanagement omdat sommige activiteiten pas tijdens de loop van het onderzoek zijn gestart, in plaats van voor aanvang. Voorbeelden zijn de wijzigingen in de vormgeving van het IZP en de opzet van een patiënten portal eind 2014. Een andere reden waarom er weinig veranderingen op patiënt niveau zichtbaar zijn zou kunnen zijn dat het zelf-gerapporteerde niveau van zelfmanagement en de ervaren kwaliteit van zorg al vrij hoog waren binnen de totale groep patiënten die deelnam aan dit onderzoek. Wellicht dat binnen subgroepen wel veranderingen zichtbaar zijn. Subgroep verschillen zijn in dit rapport niet expliciet onderzocht.

Drie bevindingen uit dit project behoeven wel verdere aandacht. Het merendeel van de zorgverleners in dit onderzoek is van mening dat een IZP niet voor iedere patiënt geschikt is. Soms zien zorgverleners de noodzaak niet omdat een patiënt nauwelijks klachten heeft en soms ook is een patiënt in de ogen van de zorgverlener niet gemotiveerd of niet in staat om met een IZP te werken, bijvoorbeeld vanwege een te hoge leeftijd of een te zwakke gezondheid. Daarbij komt dat de meerderheid van de patiënten die nu geen zorgplan heeft ook geen behoefte voelt om er één met de zorgverlener op te stellen. Voor welke patiënten het IZP nu eigenlijk ingezet zou moeten worden is dan ook een belangrijke vraag. Ten tweede de waargenomen discrepantie tussen zorgverleners en patiënten over in hoeverre het IZP is ingevoerd in de dagelijkse praktijk en de beschikbaarheid daarvan voor de patiënt. Volgens zorgverleners is gebruik van een IZP hoger dan dat een patiënt aangeeft. Bovendien geven zorgverleners aan dat het IZP in bijna alle gevallen op schrift beschikbaar is terwijl patiënten aangeven dat een zorgplan vooral mondeling gerapporteerd wordt. De zorgverlener schetst daarmee een rooskleuriger beeld dan dat door de patiënt ervaren wordt. Ten derde de inhoud van een IZP. De inhoud concentreert zich nu vooral op de medische behandeling en bevat info over streefwaarden en hoe die te bereiken. Zelfmanagement is echter veel breder dan de medische behandeling alleen. Het gaat ook over de omgang met zorgverleners, en het inpassen van de ziekte in het dagelijks leven op fysiek, emotioneel en sociaal vlak. Deze onderdelen komen nog nauwelijks terug in het zorgplan. Een zorgverlener merkte op dat het IZP nu te veel geprotocolleerd is en te weinig op maat, aansluitend bij de specifieke behoeften van de patiënt. Patiënten geven aan de aandacht voor persoonlijke omstandigheden te missen. Wellicht dat hier de uitdaging ligt en dat door een meer op maat invulling van het IZP ook positieve effecten bij patiënten zichtbaar worden.

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

Binnen de zorg aan chronisch zieken neemt zelfmanagement een belangrijke plaats in (Beleidsbrief VWS, 2008). Van patiënten wordt verwacht dat zij zelf, samen met hun familie en andere mensen in hun omgeving, zo goed mogelijk proberen om te gaan met hun chronische ziekte en de behandeling in het dagelijks leven. Zorgverleners vervullen daarbij een coachende rol. Het is een taak van zorgverleners om patiënten door middel van de juiste informatie en ondersteuning zo goed mogelijk toe te rusten voor de dagelijkse omgang met hun ziekte en een actieve bijdrage van de patiënt aan zijn eigen zorg te stimuleren. Een hulpmiddel om zelfmanagement binnen de zorg voor mensen met chronische aandoeningen te versterken, is het individuele zorgplan (IZP). In het individuele zorgplan leggen de patiënt en zorgverlener samen de persoonlijke doelen van de patiënt vast en maken afspraken over de benodigde zorg en de bijdrage van de patiënt en de zorgverlener daarin.

In de praktijk komt zelfmanagement echter nog maar moeizaam van de grond (Jansen et al., 2012; Ursum et al., 2011). Zorgverleners zijn terughoudend en ook de bereidheid van patiënten zelf, om een eigen bijdrage te leveren aan de zorg, lijkt beperkt (Jansen et al., 2013; Baan et al., 2012). Onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg onder diabeteszorggroepen liet zien dat het gebruik van IZP's nog zeer beperkt is en dat patiënten nog weinig concrete ondersteuning krijgen bij zelfmanagement (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2012).

Ook binnen de zorggroep RCH Midden Brabant is zelfmanagementondersteuning en het werken met een IZP nog geen routine. In 2012 had naar schatting had zo'n 10% van de chronisch zieken die binnen de zorggroep behandeld worden een IZP. Graag wil RCH Midden Brabant zelfmanagement-ondersteuning en het werken met een IZP binnen de eigen zorggroep verder bevorderen. Hiertoe is het project 'Zelfmanagementondersteuning en het individuele zorgplan' (Projectplan RCH Midden Brabant, 2012) gestart in 2013. Met dit project wil RCH zorgverleners werkzaam binnen de zorggroep beter toerusten om zelfmanagementondersteuning en het IZP toe te passen in hun zorg aan patiënten die behandeld worden binnen de DBC zorgprogramma's. Het gaat hierbij om mensen met COPD, Diabetes Mellitus- type 2 (DM-2) en hart- en vaatziekten. In het kader van het project zullen de volgende activiteiten plaats vinden:

- Er zal tijdens de nascholing voor huisartsen en praktijkondersteuners (POH) aandacht besteed worden aan zelfmanagementondersteuning en - in het bijzonder - aan motivational interviewing en het IZP als hulpmiddel hierbij;
- Het belang van het IZP zal zoveel mogelijk ter sprake gebracht worden tijdens de lopende coachingsbijeenkomsten en visitatiebezoeken;
- Er zal binnen de zorggroep gestuurd worden op het structureel inzetten van een IZP met persoonlijke behandeldoelen bij mensen met COPD, DM-2 en hart- en vaatziekten om zelfmanagementondersteuning te bevorderen. Hierbij zal gebruik

gemaakt worden van het raamwerk IZP dat in het keteninformatiesysteem (KIS: Care@U) van de zorggroep beschikbaar is;

- Huisartsen en POH-ers zullen op de hoogte gebracht worden van de interventiemogelijkheden op het gebied van zelfmanagementondersteuning binnen de zorggroep die zij kunnen inzetten bij de begeleiding van hun patiënten;
- Praktijken worden uitgenodigd om aan deze interventiemogelijkheden deel te nemen. 'Mijn gezondheidsplatform' (online coaching bij stoppen met roken, afvallen en bewegen), 'Dia-Wise' (e-learning met als doel het vergroten van het kennisniveau van de patiënt) en 'Diacorner' (vergelijkbaar met het Alzheimercafé, waar o.a. lotgenotencontact, sprekers en kookworkshops onderdeel van uitmaken) komen hiervoor beschikbaar;
- In het voor- en najaar van 2013 is er een scholingsmodule aangeboden aan huisartsen en POH-ers. Deze module zal in het najaar van 2013 herhaald worden. Onderwerp van de scholing is het benutten van een IZP, waarbij middels motiverende gesprekstechnieken de betrokkenheid van de patiënt wordt vergroot. Voorafgaand aan deze scholing zijn er (aantal) POH-ers getraind om vervolgens andere zorgverleners te kunnen trainen op het gebied van motiverende gespreksvoering en het IPZ; het zgn. 'train-de-trainer'.

## 1.2 Doel evaluatieonderzoek

Dit onderzoek moet uitwijzen of de extra aandacht voor zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning door de voorgenomen activiteiten hun vruchten afwerpen, dat wil zeggen meer draagvlak creëren onder zorgverleners en patiënten voor zelfmanagementondersteuning en het werken met IZP's en leiden tot een daadwerkelijk hoger gebruik van het IZP. Daarnaast wordt in dit onderzoek ook de veronderstelling getoetst dat het aanbieden van zelfmanagementondersteuning en het werken met een IZP zal resulteren in een beter zelfmanagement door patiënten, meer tevredenheid met de zorg en - op termijn - tot een reductie in het zorggebruik (effectevaluatie).

Aangezien het project van de RCH ook als leertraject gezien kan worden, waarin samen met patiënten en zorgverleners gekeken wordt naar de beste manieren om zelfmanagementondersteuning en het IZP in praktijken te implementeren, wil dit onderzoek ook inzicht bieden in belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie van het IZP in de praktijk. Welke voor- en nadelen zien patiënten en zorgverleners bij het gebruik van het een IZP? In hoeverre is het IZP bruikbaar voor alle patiënten met COPD, DM-2 en hart- en vaatziekten of alleen voor bepaalde groepen patiënten? zijn vragen die ook in dit onderzoek aan de orde komen (procesevaluatie). Verkregen inzichten kunnen vervolgens gebruikt worden voor de verdere uitrol van het project 'Zelfmanagement ondersteuning en het individuele zorgplan' binnen de huisartspraktijken van de zorggroep.



### 1.3 Vraagstellingen

#### *Effectevaluatie*

In hoeverre leiden de voorgenomen activiteiten van de zorggroep RCH Midden Brabant gericht op bevordering van zelfmanagementondersteuning en het gebruik van het IZP tot:

- 1) veranderingen in attitude en ervaringen van zorgverleners (huisartsen en POH) en patiënten met betrekking tot zelfmanagementondersteuning en het gebruik van het IZP?
- 2) een daadwerkelijk hoger gebruik van het IZP door zorgverleners en patiënten?
- 3) veranderingen in zelfmanagementgedrag, ervaren kwaliteit van zorg en zorggebruik bij patiënten?

#### *Procesevaluatie*

In welke mate hebben patiënten en zorgverleners:

- 4) de intentie om samen een IZP op te stellen en te gaan gebruiken? Welke bevorderende en belemmerende factoren voorziet men?
- 5) een IZP opgesteld en deze ook daadwerkelijk gebruikt in het zorgproces? Welke voor- en nadelen ervaren patiënten en zorgverleners bij het werken met een IZP?
- 6) de intentie om in de toekomst met het IZP te blijven werken?

Tenslotte zal worden gekeken in welke mate patiënten door hun zorgverleners zijn gewezen op het ondersteuningsaanbod van hun zorggroep op het gebied van zelfmanagementondersteuning.

### 1.4 Opzet van het onderzoek

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, is op twee meetmomenten een schriftelijk enquête afgenomen onder 1) zorgverleners van huisartspraktijken en 2) patiënten met COPD, DM2 en/of hart- en vaatziekten uit 10 praktijken van RCH Midden Brabant. De voormeting vond plaats in oktober 2013 en de nameting in oktober 2014. Meer informatie over de onderzoeksopzet, gebruikte vragenlijsten en de response op de vragenlijsten is te vinden onder bijlage 1: methodologische verantwoording.



## 2 Zorgverleners

In dit hoofdstuk beschrijven we resultaten van de enquêtes onder zorgverleners in oktober 2013 (T0) en oktober 2014 (T1). Aan de meting van T0 namen 60 zorgverleners deel, aan de meting van T1 65. De zorgverleners bestonden vooral uit huisartsen en praktijkondersteuners. Bij de beschrijving van de resultaten richten we ons op (veranderingen in) de houding van de zorgverleners ten aanzien van zelfmanagement, het gebruik van het IZP en het daadwerkelijke gebruik van het IZP. We blijven daarbij zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke vraagstellingen in de vragenlijst. Zorgverleners worden als één groep beschouwd.

### 2.1 Beschrijving zorgverleners

Tabel 2.1 laat de persoonskenmerken zien van de zorgverleners die op T0 en T1 de enquête invulden. Op T0 was circa tweederde van de deelnemende zorgverleners vrouw; de gemiddelde leeftijd was 47 jaar en circa de helft was werkzaam als huisarts. Gemiddeld waren de deelnemende zorgverleners 14 jaar werkzaam in hun huidige functie (range: 0 – 36 jaar) en zagen zij maandelijks gemiddeld 76 patiënten met COPD, DM2 en/of hart- en vaatziekten in hun praktijk, al hoewel aantallen enorm verschilden (range: 5 – 500). Deelnemende zorgverleners op T1 waren gemiddeld iets ouder, iets langer werkzaam in hun huidige functie en zagen maandelijks iets meer patiënten met COPD, DM2 en/of hart- en vaatziekten maar de gevonden verschillen waren niet significant.

Tabel 2.1: Kenmerken van de deelnemende zorgverleners in respectievelijk oktober 2013 (T0) en oktober 2014 (T1)

	2013			2014		
	N	%	Gem (SD)	N	%	Gem (SD)
<b>Sekse</b>	60			65		
Man		38.3			36.9	
Vrouw		61.7			63.1	
<b>Leeftijd</b>	60		46.9 (10.4)	65		49.8 (10.8)
Jonger dan 40 jaar		30.0			18.5	
Tussen de 40 en 55 jaar		41.7			40.0	
55 jaar en ouder		28.3			41.5	
<b>Functie</b>	60			65		
Huisarts		53.3			50.8	
Praktijkondersteuner		36.7			43.1	
Praktijkverpleegkundige		10.0			6.2	
<b>Aantal jaar werkzaam in functie</b>	59		13.5 (10.1)	65		15.5 (10.7)
Minder dan 10 jaar		47.5			40.0	
Tussen de 10 en 20 jaar		23.7			23.1	
Langer dan 20 jaar		28.8			36.9	
<b>Aantal patiënten (COPD, DM-2, hart-en vaatziekten) maandelijks gezien in praktijk</b>	57		76.2 (82.1)	59		99.1 (85.1)
Minder dan 50		45.6			33.9	
Tussen de 50 en 100		26.3	45.6		28.8	
Meer dan 100		28.1			37.3	

## 2.2 Aandacht voor zelfmanagement in de huisartspraktijk

### Belangrijkste bevindingen

- Aandacht voor zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning binnen praktijken is tussen 2013 en 2014 toegenomen;
- Zestig procent van de zorgverleners ziet zelfmanagement als een speerpunt van de kwaliteitszorg binnen de praktijk;
- De meeste randvoorwaarden voor zelfmanagementondersteuning zijn volgens zorgverleners in de praktijk aanwezig; echter 40% van de zorgverleners vindt de ICT mogelijkheden binnen de praktijk nog te beperkt;
- Ruim 60% van de zorgverleners is bekend met de patiëntversies van zorgstandaarden en beschouwt deze als waardevol; slechts 20% attendeert patiënten op de standaarden bij ondersteuning van het zelfmanagement;
- De cursus “Motiverende gespreksvoering en het IZP” werd door 53% van de zorgverleners gevolgd; deelnemers scoorden beter op diverse aspecten van zelfmanagementondersteuning dan niet-deelnemers;

### *Hoe krijgt zelfmanagementondersteuning in de praktijk vorm?*

De mate waarin zelfmanagement ondersteuning is ingebed in de dagelijkse praktijk werd op T0 en T1 verkend met drie vragen: 1) in hoeverre worden behoeften en activiteiten van de patiënt ten aanzien van zelfmanagement vastgelegd?; 2) in hoeverre is er sprake van daadwerkelijke ondersteuning van zelfmanagement bij patiënten? en 3) in hoeverre wordt er ingegaan op vragen en zorgen van patiënten en familieleden? Aan de vragen is een score verbonden die loopt van 0 tot 11. Hogere scores duiden er op dat de activiteit meer structureel ingebed is in de dagelijkse zorgverlening. De resultaten van de meting op T0 en T1 staan weergegeven in tabel 2.2.

Over het algemeen scoort het ingaan op vragen van patiënten en familieleden het hoogst en structurele ondersteuning van het zelfmanagement het laagst op T0. Na een jaar zien we dat ondersteuning van zelfmanagement op alle fronten verbeterd is binnen de praktijken van de zorggroep al zijn niet alle verbeteringen statistisch significant.

Tabel 2.2: Aandacht voor ondersteuning van zelfmanagement binnen de praktijk op T0 en T1

	2013 (T0)			2014 (T1)			P
	N	M	BI	N	M	BI	
<b>Totaal score ACIC (0 - 11)</b>	57	5.58	5.16 - 6.01	63	6.43	5.96 - 6.89	.01
- Nagaan en vastleggen van de behoeften en activiteiten van de patiënt ten aanzien van zelfmanagement.	57	5.58	4.99 - 6.17	63	6.32	5.71 - 6.92	ns
- Ondersteuning van zelfmanagement bij patiënten.	57	5.16	4.50 - 5.81	63	6.00	6.37 - 6.63	.01
- Ingaan op vragen en zorgen van patiënten en familieleden.	56	6.09	5.57 - 5.60	62	6.98	6.51 - 7.45	.01

Tabel 2.3 geeft specifiekere informatie over de wijze waarop de drie onderdelen van zelfmanagementondersteuning zijn ingebed in de dagelijkse praktijk. Met betrekking tot het vastleggen van behoeften en activiteiten van patiënten gaf op T0 11% van de zorgverleners aan dat het vastleggen van deze informatie volgens een vast stramien wordt gedaan en opgenomen is in het zorgplan. Op T1 was dit percentage gestegen tot 24%.

Ondersteuning van zelfmanagement werd op T0 volgens 49% van de zorgverleners door speciale zorgverleners aangeboden die zijn aangesteld om ondersteuning te bieden bij zelfmanagement en verbonden zijn aan de praktijk; Een jaar later op T1 was dit percentage gestegen tot 64%. Het ingaan op vragen en zorgen van familieleden wordt op T0 door 9% van de zorgverleners als integraal onderdeel van de zorg beschouwd waarbij vragen en zorgen systematisch worden geïnventariseerd en waarbij patiënten routinematig deelnemen aan begeleidingsprogramma's of lotgenotencontact. In 2014 (T1) geldt dit voor 26% van de zorgverleners.

Tabel 2.3: Ervaringen met zelfzorgondersteuning in de praktijk volgens zorgverleners op T0 en T1

	2013 (T0) N=57	2014 (T1) N=63
<b>Nagaan en vastleggen van de behoeften en activiteiten van de patiënt t.a.v. zelfmanagement ...</b>		
... wordt niet gedaan.	11%	8%
... wordt vanzelfsprekend geacht.	37%	28%
... wordt volgens een vast stramien gedaan.	42%	39%
... wordt regelmatig volgens een vast stramien gedaan en is opgenomen in het zorgplan.		
Dit zorgplan is beschikbaar voor zowel zorgverleners als voor patiënten.	10%	24%
<b>Ondersteuning van zelfmanagement bij patiënten ...</b>		
... is beperkt tot het verspreiden van informatie (folders, boekjes).	25%	15%
... is mogelijk door te verwijzen naar cursussen of trainingen voor zelfmanagement.	26%	22%
... wordt aangeboden door speciale zorgverleners die zijn aangesteld om ondersteuning te bieden bij zelfmanagement. Zij zijn verbonden aan een praktijk, specialisme of patiëntengroep en zien patiënten na verwijzing.	40%	49%
... wordt aangeboden door speciale zorgverleners die verbonden zijn aan een praktijk, specialisme of patiëntengroep, die getraind zijn in het versterken van zelfmanagement bij patiënten en die de meeste patiënten zien.	9%	14%
<b>Ingaan op vragen en zorgen van familieleden ...</b>		
... wordt niet consequent gedaan.	3%	-
... gebeurt bij sommige patiënten en familieleden door te verwijzen.	36%	23%
... wordt aangemoedigd en er wordt gewezen op patiëntenverenigingen, lotgenotencontacten en begeleidingsprogramma's.	52%	51%
... is een integraal onderdeel van de zorg. Vragen en zorgen worden systematisch geïnventariseerd en patiënten nemen routinematig deel aan begeleidingsprogramma's of lotgenotencontact.	9%	26%

*In hoeverre maakt zelfmanagementondersteuning in de ogen van zorgverleners onderdeel uit van kwaliteitsbeleid binnen de praktijk?*

In oktober 2014 (T1) zijn nog extra vragen gesteld over hoe zorgverleners aankijken tegen de mate waarin zelfmanagement is ingebed in hun praktijk. Deze vragen zijn afkomstig uit een recent ontwikkelde vragenlijst door het CBO "Zelfdiagnose instrument Zelfmanagementondersteuning voor Zorgprofessionals". Resultaten staan weergegeven in Tabel 2.4. Circa 60% van de zorgverleners geeft aan dat binnen de praktijk een visie is geformuleerd op zelfmanagement en dat het stimuleren van zelfmanagement een speerpunt is in het kwaliteitsbeleid. De overgrote meerderheid van zorgverleners is ook van mening dat er voldoende competenties binnen de praktijk aanwezig zijn om zelfmanagementondersteuning te kunnen bieden en dat er een sociale kaart is met mogelijkheden ter ondersteuning van de patiënt. Circa veertig procent van de zorgverleners is het oneens met de stelling dat er voldoende ICT mogelijkheden zijn om zelfmanagement van patiënten te ondersteunen.

Tabel 2.4: Meningen ten aanzien van benadering zelfmanagement in de praktijk in 2014 (T1)

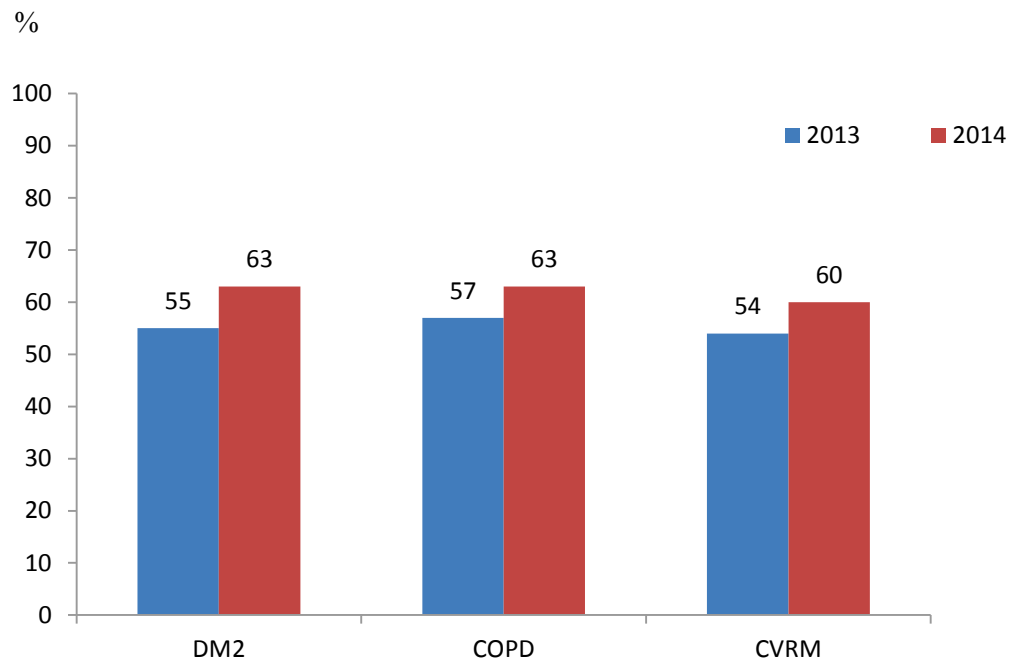
	N	Totaal % eens
Wij hebben een visie geformuleerd over zelfmanagement in ons team.	63	58.7
In ons team zijn voldoende competenties aanwezig om zelfmanagement van patiënten te ondersteunen en te stimuleren.	63	93.7
In mijn praktijk is voor iedereen duidelijk wie wat doet om zelfmanagement van patiënten te ondersteunen.	63	71.4
Elke chronische patiënt in mijn praktijk heeft een individueel zorgplan.	61	59.0
Ik laat mijn patiënten bepalen hoeveel eigen regie zij wensen.	64	93.8
Ik zoek naar interventies die de voor de patiënt optimale eigen regie ondersteunen.	64	90.6
In mijn praktijk zijn er voldoende ICT mogelijkheden om zelfmanagement van patiënten te ondersteunen.	62	58.1
Zelfmanagement stimuleren is een speerpunt in onze kwaliteitszorg.	64	60.9
Wij hebben in onze praktijk een uitgebreide sociale kaart met mogelijkheden ter ondersteuning van patiënten.	64	82.8
Ik bied mijn patiënten de mogelijkheid tussentijds contact te hebben voor feedback of vragen over zelfmanagement	64	93.8
Zelfmanagement ondersteuning is een vast onderdeel van al onze zorgprotocollen.	64	76.6

*In hoeverre zijn zorgverleners bekend met en maken zij gebruik van patiëntenversies van zorgstandaarden bij ondersteuning van zelfmanagement?*

Zorgstandaarden schrijven voor waaraan goede zorg voor chronische aandoeningen zou moeten voldoen. Voor een aantal chronische aandoeningen is een patiënten versie van de zorgstandaarden aanwezig. Deze is bedoeld om mensen met die chronische aandoening en instrument in handen te geven waarmee zij zelf kunnen vaststellen of zij alle zorg krijgen die ze volgens de zorgstandaard behoren te krijgen en waarmee zij zelf aan de slag kunnen gaan om hun zelfmanagement te versterken.

Aan zorgverleners werd gevraagd of men bekend is met de patiëntenversies van de zorgstandaarden voor Diabetes Type 2, COPD of Vasculair Risicomanagement (CVRM) en zo ja, in welke mate men deze waardevol vindt ter ondersteuning van het zelfmanagement van diabetes, COPD of hart -en vaatziekten. Resultaten staan weergegeven in Figuur 2.1 en 2.2.

Figuur 2.1: Bekendheid met de patiëntversies van verschillende zorgstandaarden onder zorgverleners in 2013 (T0) en 2014 (T1) (in procenten)

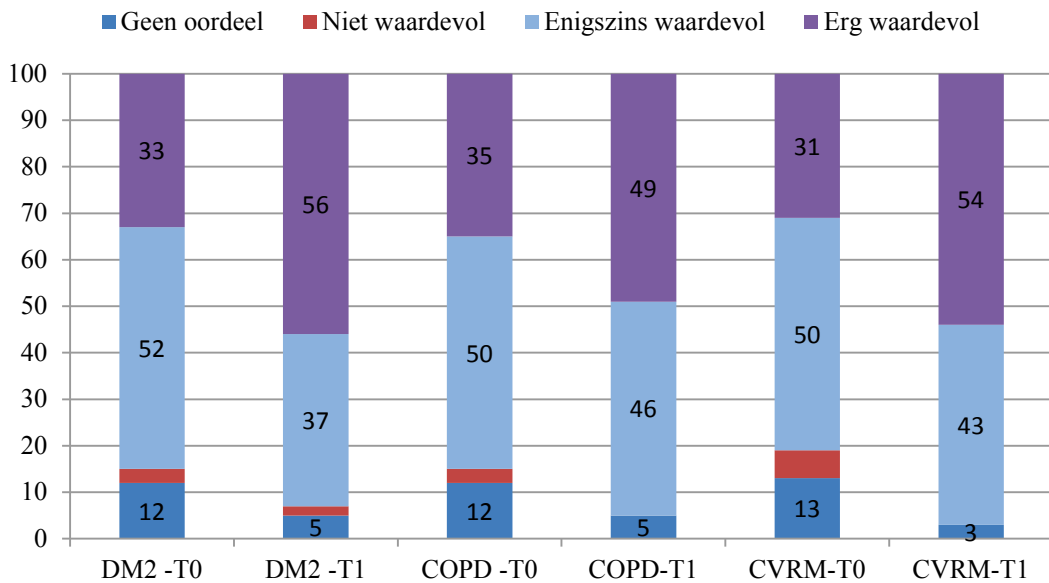


Iets meer dan de helft van de zorgverleners gaf in 2013 aan bekend te zijn met de patiëntversies van de zorgstandaarden diabetes type 2, COPD en CVRM. In 2014 waren de percentages licht gestegen maar van een significante verandering is (nog) geen sprake.

Op T0 worden alle drie de patiëntversies van de zorgstandaarden door circa de helft van de zorgverleners als enigzins waardevol geacht; een derde van de zorgverleners was van mening dat deze zeer waardevol zijn. Minder dan 6 % vond de patiëntversies niet waardevol. Een jaar later op (T1) lijkt behalve de bekendheid met, ook de waardering voor de verschillende patiëntversies van de zorgstandaarden verbeterd. Tussen de 49 en 56% van de zorgverleners bestempelt de patiëntversies van de zorgstandaarden in 2014 (T1) als erg waardevol.

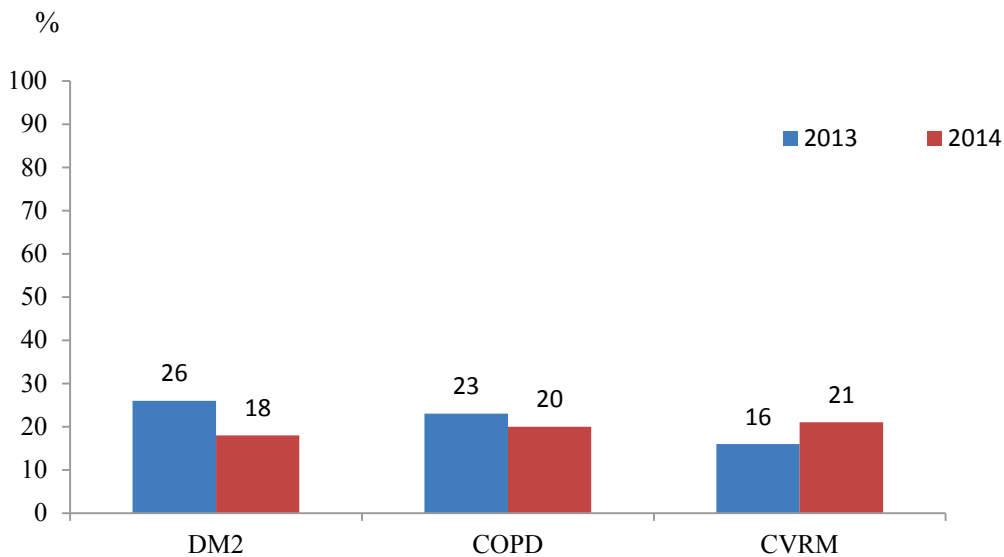


Figuur 2.2: Waardering zorgverleners patiëntenversies zorgstandaarden op T0 (2013) en T1 (2014)



Ongeveer een kwart van de zorgverleners geeft op T0 aan dat hij/zij patiënten geweest heeft op (het bestaan van) de Zorgwijzer DM2 en de Zorgstandaard COPD en 16 procent van de zorgverleners heeft patiënten geweest op de patiënten versie van de zorgstandaard CVRM; in 2014 zijn deze percentages niet veranderd, met uitzondering van de zorgstandaard CVRM. Hierop werd iets vaker gewezen in 2014 in vergelijking met 2013 maar het gevonden verschil was niet significant.

Figuur 2.3: Percentage zorgverleners dat patiënten attendeert op de patiëntenversies van de zorgstandaarden DM-2, COPD en CVRM op T0 (2013) en T1 (2014)



### *Hoeveel zorgverleners volgden de cursus motiverende gespreksvoering?*

Op de vraag of zorgverleners hebben deelgenomen aan de scholing “Motiverende gespreksvoering en het individueel zorgplan” die begin 2013 werd aangeboden binnen de RCH, gaf in oktober 2013 bijna de helft (46%) van de respondenten aan deze gevolgd te hebben en meer dan een derde (34%) was van plan deze nog de te volgen. Tijdens de nameting van oktober 2014 gaf 53% aan de scholing “Motiverende gespreksvoering en het individueel zorgplan” te hebben gevolgd. Voor een deel betreft het dezelfde respondenten als op T0.

## **2.3 Verwachtingen ten aanzien van het zelfmanagement van de patiënt**

### **Belangrijkste bevindingen**

- Zorgverleners vinden het vooral belangrijk dat patiënten tijdig symptomen herkennen, behandeladviezen (kunnen) opvolgen en daar thuis naar kunnen handelen;
- Een actieve rol tijdens het consult, zelf op zoek gaan naar informatie en een kritische grondhouding bij de patiënt worden minder belangrijk gevonden.

Op zowel T0 (oktober 2013) als T1 (oktober 2014) is aan zorgverleners een vragenlijst voorgelegd, de CS-PAM, die inzicht biedt in wat zij belangrijk vinden als het gaat om het zelfmanagement van een individuele patiënt. De vragenlijst bestaat uit 13 uitspraken waarvan zorgverleners kunnen aangeven in welke mate ze deze belangrijk vinden. De uitspraken staan weergegeven in tabel 2.5. De percentages in oktober 2013 (T0) staan tussen haakjes, de percentages van een jaar later (T1) daar onder.

Het allerbelangrijkste vinden zorgverleners dat patiënten in staat zijn om maatregelen te nemen die symptomen van hun aandoening(en) kunnen voorkomen of beperken, en dat zij inzicht hebben in welk gedrag hun symptomen of klachten verergert. Ook vindt meer dan de helft van de zorgverleners het uitermate belangrijk dat patiënten in staat zijn om aanpassingen in hun leefstijl te maken en vol te houden die nodig zijn om met hun chronische aandoening om te gaan. Een actieve rol tijdens het consult, bijvoorbeeld door een lijst met vragen mee te brengen, te informeren naar mogelijke behandelopties, te vragen naar het waarom van bepaalde behandelingen en zelf op zoek gaan naar betrouwbare informatie om te kunnen omgaan met de chronische ziekte in het dagelijks leven worden het minst belangrijk gevonden.

Tabel 2.5: Mate waarin zorgverleners op T0 (n=60) en T1 (n=65) aspecten van zelfmanagement belangrijk vinden

<b>De mate waarin zorgverleners het belangrijk vinden dat hun patiënten met chronische aandoeningen ...</b>		<b>Niet belangrijk</b>	<b>Enigszins belangrijk</b>	<b>Belangrijk</b>	<b>Uitermate belangrijk</b>
... in staat zijn om maatregelen te nemen die symptomen van hun aandoening(en) kunnen voorkomen of beperken.	T0	(-)	(1.7)	(40.7)	(57.6)
	T1	-	1.5	33.9	64.6
... in staat zijn om oplossingen te bedenken als zich bij hun aandoening(en) nieuwe situaties of problemen voordoen.	T0	(-)	(11.9)	(44.1)	(44.1)
	T1	1.5	7.7	46.2	44.6
... een lijst met vragen meebrengen bij een bezoek aan de praktijk.	T0	(22.4)	(37.9)	(36.2)	(3.5)
	T1	13.9	44.6	35.4	6.1
... in staat zijn om aanpassingen in hun leefstijl te maken en vol te houden die nodig zijn om met hun chronische aandoening om te gaan.	T0	(-)	(5.2)	(43.1)	(51.7)
	T1	-	4.6	38.5	56.9
... medische behandelingen kunnen uitvoeren waarvan u gezegd heeft dat ze ze thuis moeten doen.	T0	(1.7)	(13.8)	(56.9)	(25.9)
	T1	-	13.9	52.3	33.9
... weten waar elk van hun voorgeschreven medicijnen voor dient.	T0	(-)	(8.6)	(50.0)	(39.7)
	T1	-	17.2	46.9	35.9
... in staat zijn om te beoordelen wanneer ze professionele zorg moeten inschakelen en wanneer ze een probleem zelf kunnen aanpakken.	T0	(-)	(10.3)	(46.6)	(43.1)
	T1	-	4.7	50.0	45.3
... begrijpen welk gedrag hun chronische aandoening verbetert of juist verergert.	T0	(-)	(3.5)	(36.2)	(60.3)
	T1	-	-	35.4	64.6
... begrijpen welke verschillende medische behandelmogelijkheden beschikbaar zijn voor hun chronische aandoening(en).	T0	(-)	(19.0)	(60.3)	(20.7)
	T1	3.1	16.9	61.5	18.5
... hun zorgen over hun gezondheid aan u vertellen, zelfs wanneer u daar niet om vraagt.	T0	(1.7)	(8.6)	(63.9)	(25.9)
	T1	-	13.9	52.3	32.3
... als volwaardige partner betrokken willen zijn bij het nemen van beslissingen over hun zorg.	T0	(1.8)	(12.3)	(43.9)	(40.4)
	T1	-	10.9	40.6	48.4
... zoeken naar betrouwbare informatiebronnen over hun gezondheid en gezondheidskeuzes, bijvoorbeeld op internet, in nieuwsberichten of in boeken.	T0	(5.3)	(36.8)	(45.6)	(10.5)
	T1	7.8	39.1	43.8	9.4
... willen weten welke procedures of behandelingen ze gaan krijgen en waarom, vóórdat deze worden uitgevoerd.	T0	(1.7)	(24.1)	(60.3)	(13.8)
	T1	1.5	20.0	49.2	29.2

## 2.4 Gebruik van ondersteuningsaanbod binnen de praktijk

### Belangrijkste bevindingen

- Bekendheid met het ondersteuningsaanbod op het gebied van zelfmanagement binnen de praktijk neemt onder zorgverleners licht toe en wordt ook vaker ingezet; Verschillen tussen 2013 en 2014 zijn echter niet significant;
- Met name individuele begeleiding en gebruik van informatiefolders lijkt te zijn toegenomen.

In de enquête onder zorgverleners is tevens geïnventariseerd of vanuit de praktijk en/of zorggroep ondersteuning wordt geboden aan patiënten bij zelfmanagement of het gebruik van een IZP en of hier door zorgverleners actief op gewezen wordt.

Circa een kwart van de zorgverleners geeft op T0 en T1 aan meestal of altijd op een ondersteuningsaanbod in de praktijk te wijzen. Op T0 doet een derde dat nooit of is niet bekend met het aanbod. Op T1 is de bekendheid met het aanbod iets verbeterd en wordt er iets vaker ook daadwerkelijk verwezen naar het ondersteuningsaanbod. De verschillen zijn echter niet significant (Tabel 2.6).

Ondersteuning werd in 2013 vooral gegeven in de vorm van regelmatige follow-up of door individuele ondersteuning door zorgverleners. Circa een kwart van de zorgverleners wijst ook op interessante sites of geeft informatiefolders. In 2014 lijkt met name de individuele ondersteuning door zorgverleners en het gebruik van informatiefolders toegenomen maar de verschillen zijn niet statistisch significant (Tabel 2.7).

Tabel 2.6: De mate waarin zorgverleners patiënten hebben gewezen op het ondersteuningsaanbod vanuit de praktijk/zorggroep op T0 (2013) en T1 (2014).

	2013 (T0)		2014 (T1)		P
	N	%	N	%	
<b>Wijst de zorgverlener patiënten op het ondersteuningsaanbod?</b>	58		63		ns
Altijd		3.5		3.2	
Meestal		22.4		23.8	
Soms		43.1		57.2	
Nooit		15.5		9.5	
N.v.t., niet bekend met aanbod		15.5		6.4	

Tabel 2.7: Geboden ondersteuning vanuit de praktijk/zorggroep in oktober 2013 (T0) en oktober 2014 (T1).

	2013 (T0)		2014 (T1)		P
	N	%	N	%	
<b>Wordt er ondersteuning geboden aan patiënten bij zelfmanagement of het gebruik van het IZP?</b>	59		65		ns
Ja, informatie-/themabijeenkomst		5.1		6.2	
Ja, informatiefolders		23.7		36.9	
Ja, individuele ondersteuning door zorgverleners		39.0		53.9	
Ja, door te wijzen op interessante sites		23.7		30.8	
Ja, door regelmatige follow-up		45.8		46.2	
Ja, anders		1.7		7.7	
Nee		15.3		12.3	
Weet ik niet		20.3		13.9	

## 2.5 Opvattingen over en ervaringen van zorgverleners met het individueel zorgplan

### Belangrijkste bevindingen

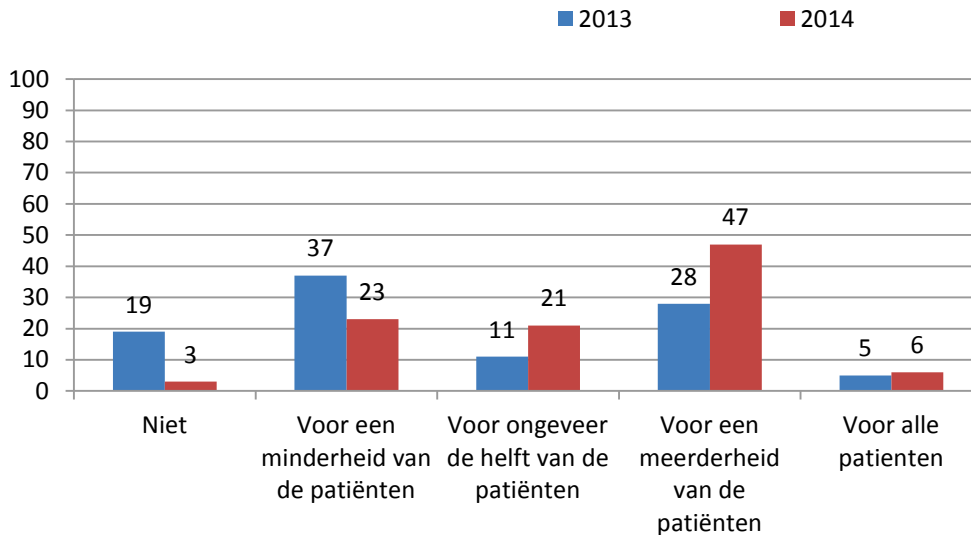
- Het individueel zorgplan (IZP) wordt selectief ingezet; Slechts 6% van de zorgverleners gebruikt het voor alle patiënten;
- Het gebruik van het IZP is tussen 2013 en 2014 wel toegenomen;
- Het IZP wordt in 2014 vaker in samenspraak met de patiënt en/of zijn of haar naaste opgesteld, geëvalueerd en bijgesteld dan in 2013;
- 92% van de zorgverleners zegt dat een IZP schriftelijk of digitaal beschikbaar is; in ruim 60% van de gevallen heeft de patiënt volgens de zorgverlener echter geen toegang tot het IZP;
- De inhoud van het IZP beperkt zich meestal tot gegevens over de medische behandeling; minder dan 20% van de IZP's bevat informatie over de persoonlijke situatie van de patiënt en door de patiënt geformuleerde behandeldoelen;
- Tijdgebrek, een hoge leeftijd van de patiënt, gebrek aan motivatie bij de patiënt en een slechte gezondheid zijn belangrijkste redenen voor zorgverleners om niet met een IZP te werken;
- Meer betrokkenheid van de patiënt, beter inzicht in ziekte en behandeling bij de patiënt, meer zorg op maat kunnen leveren en meer doelgericht kunnen werken zijn de belangrijkste redenen voor zorgverleners om een IZP wel te gebruiken;
- Het werken met een IZP wordt door zorgverleners als positief ervaren;
- Structureel werken met een IZP in de praktijk is nog in ontwikkeling; de toegankelijkheid (ICT) en het gebruikersgemak behoeven volgens zorgverleners verbetering.

Een individueel zorgplan is een hulpmiddel om zelfmanagement in de praktijk vorm te geven. Dit zorgplan is een plan van en voor de patiënt met de doelen en afspraken die zorgverlener en patiënt samen maken. Het is een soort van draaiboek waarin staat wat de patiënt doet en wat betrokken zorgverleners doen. In deze paragraaf wordt eerst beschreven in welke mate en op welke manier een IZP in de praktijken van RCH Midden Brabant gebruikt wordt. Vervolgens wordt beschreven welke opvattingen zorgverleners binnen de praktijken van RCH hebben met betrekking tot het gebruik van een IZP in 2013 (T0) en in hoeverre deze opvattingen en ervaringen ruim een jaar later (T1) zijn veranderd.

#### *Hoe vaak wordt een IZP gebruikt?*

Figuur 2.4 geeft inzicht in de mate waarin zorgverleners op T0 en T1 aangeven een zorgplan te gebruiken in de zorg voor mensen met Diabetes Mellitus Type 2, COPD of patiënten met hart- en vaatziekten. Op T0 geeft circa een vijfde van de zorgverleners aan een IZP niet te gebruiken. Een jaar later is dit nog maar 3%. Het IZP wordt na een jaar meer en vaker gebruikt. Wel wordt een IZP niet bij iedere patiënt met DM-2, COPD of hart-en vaatziekten gebruikt. Slechts 6% van de zorgverleners gebruikt het bij alle patiënten. De helft van de zorgverleners gebruikt het IZP bij een meerderheid van de patiënten met één of meerdere van de drie genoemde chronische aandoeningen.

Figuur 2.4 : Hoe vaak wordt een individueel zorgplan opgesteld voor patiënten met DM-2, COPD of CVRM op T0(2013) en T1(2014)?



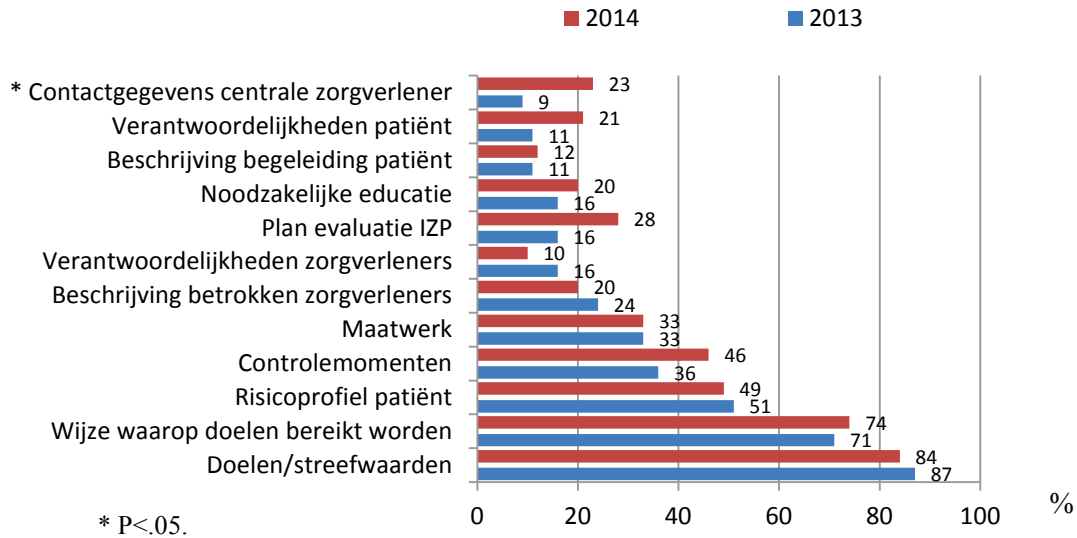
#### *In welke vorm wordt een IZP gebruikt?*

Van de zorgverleners die aangaven een IZP te gebruiken geeft 87% op T0 en 92% op T1 aan dat dit zorgplan schriftelijk op papier, dan wel digitaal beschikbaar is.

Figuur 2.5 geeft inzicht in de onderwerpen die volgens zorgverleners in een IZP zijn opgenomen. IZP's bevatten volgens zorgverleners vooral informatie over te behalen doelen en streefwaarden en de wijze waarop men deze wil bereiken. In circa de helft van de IZP's is ook informatie over het risicoprofiel van de patiënt opgenomen. Minder dan

20% van de IZP's bevat volgens zorgverleners informatie over de verantwoordelijkheden van patiënt en zorgverlener, informatie over de centrale zorgverlener of informatie over controle momenten, de wijze waarop doelen/ streefwaarden geëvalueerd worden en noodzakelijke educatie voor de patiënt. Vergelijken we de antwoorden op T0 en T1 dan valt op dat in 2014 (T1) volgens zorgverleners vaker contactgegevens van de centrale zorgverlener worden opgenomen.

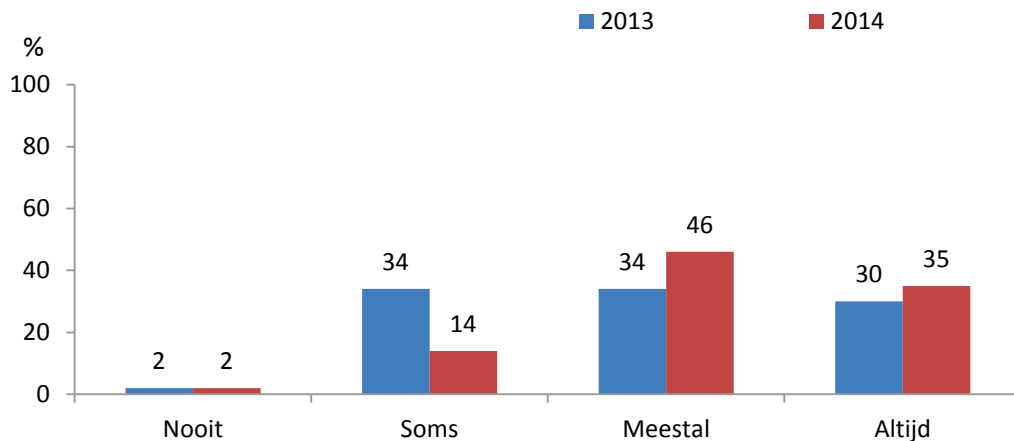
Figuur 2.5: Onderwerpen vastgelegd in het zorgplan op T0 (2013) en T1(2014)



#### Wie stelt een IZP op?

In oktober 2013 (T0) gaf 64% van de zorgverleners aan dat zij het IZP meestal of altijd samen met de patiënt en/of zijn of haar naaste opstellen. In 2014 was dit percentage significant gestegen tot 81% (Figuur 2.6).

Figuur 2.6: Mate waarin zorgplan wordt opgesteld samen met de patiënt en/of zijn naaste omgeving op T0(2013) en T1(2014)



Wel geeft respectievelijk 65% en 66% van de zorgverleners op T0 en T1 aan dat de patiënt zelf geen toegang heeft tot zijn zorgplan. Circa een kwart heeft volgens zorgverleners wel toegang tot het IZP en krijgt een papieren IZP mee naar huis of kan een digitale versie inzien (Tabel 2.8).

Tabel 2.8: Toegang van patiënten tot hun zorgplan op T0 en T1.

	2013 (T0)		2014 (T1)		P
	N	%	N	%	
<b>Heeft de patiënt zelf toegang tot zijn IZP?</b>	48		61		ns
Ja, patiënt krijgt papieren IZP mee naar huis		25.0		21.3	
Ja, patiënt heeft toegang tot digitale versie IZP		6.3		4.9	
Nee		64.6		63.9	
Weet ik niet		10.4		21.3	

Op de vraag of en wanneer een IZP samen met de patiënt en de betrokken zorgverleners wordt geëvalueerd en bijgesteld geeft de meerderheid van de zorgverleners aan op zowel T0 als T1 dat dit gebeurt tijdens de driemaandelijke controles. In 2013 gaf 18% van de zorgverleners aan dat er geen evaluatie of bijstelling plaats vond, in 2014 was dit nog 7%. Over het algemeen zijn evaluatiemomenten van het IZP toegenomen (Tabel 2.9).

Tabel 2.9: Evaluatie van het zorgplan op T0 en T1.

	2013 (T0)		2014 (T1)		P
	N	%	N	%	
<b>Wordt het IZP geëvalueerd en bijgesteld? *</b>	48		61		ns
Ja, tijdens de driemaandelijke controle		59.2		71.2	
Ja, tijdens de jaarlijkse controle		34.7		52.5	
Op een ander moment		6.1		8.5	
Nee		18.4		6.8	

#### *Wat zijn redenen voor zorgverleners om niet met een IZP te werken?*

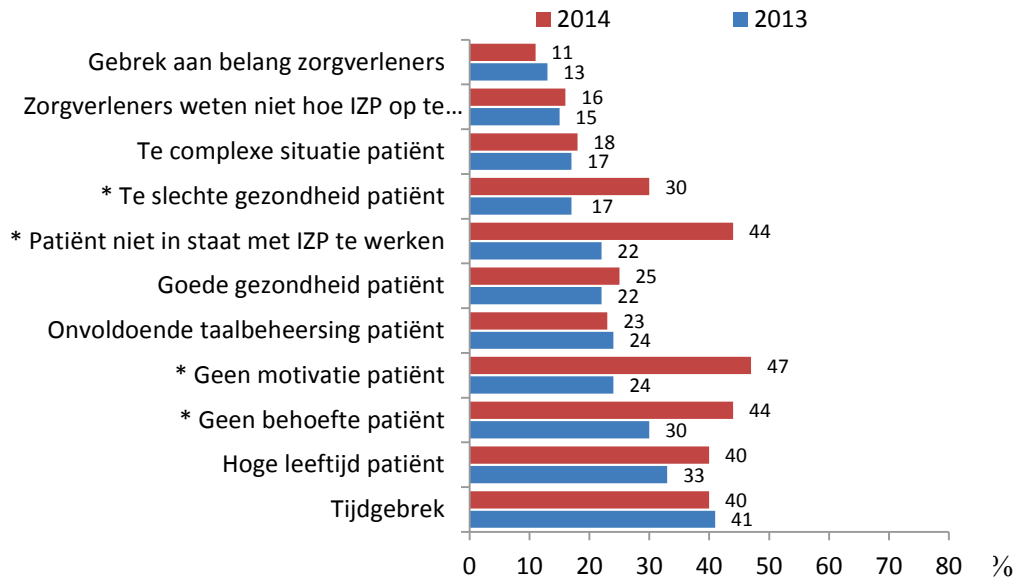
Aan de zorgverleners is gevraagd wat de redenen zijn om bij (een deel van ) de patiënten niet of juist wel met een individueel zorgplan te werken.

Resultaten staan voor T0 en T1 weergegeven Figuur 2.7 en 2.8.

De belangrijkste redenen om niet of alleen bij een deel van de patiënten met een IZP te werken waren voor zorgverleners op T0 tijdgebrek, een hoge leeftijd van de patiënt en geen behoefte bij patiënt. Op T1 worden naast deze redenen ook een gebrek aan motivatie en een patiënt die niet in staat is om met een IZP te werken genoemd door meer dan 40% van de deelnemende zorgverleners. Het aantal zorgverleners dat bij (een deel van de) patiënten niet met een IZP werkt omdat de patiënt hiertoe niet in staat zou zijn, niet gemotiveerd zou zijn, er geen behoefte aan heeft en/of omdat de gezondheid van de patiënt het niet toe laat is in 2014 ten opzichte van 2013 significant gestegen.



Figuur 2.7: Redenen voor zorgverleners om alleen voor een deel van de patiënten of helemaal niet te werken met een zorgplan in oktober 2013 (T0) en oktober 2014 (T1)



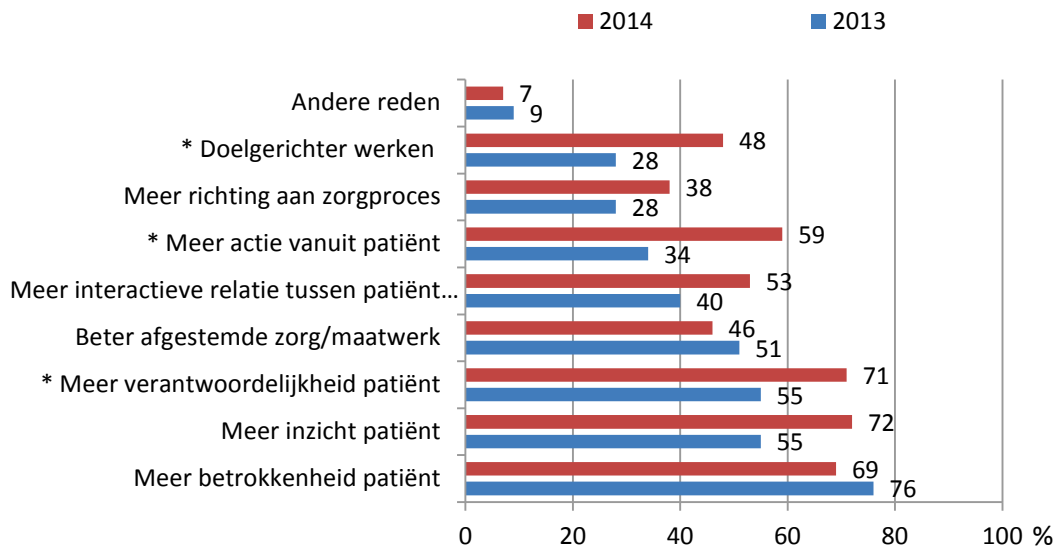
\*  $p < .05$

Bij de vraag waarom nog niet of slechts bij een deel van de patiënten met een IZP gewerkt werd wordt bestond ook de mogelijkheid zelf antwoorden toe te voegen naast de antwoorden in figuur 2.7. Circa 15% van de zorgverleners maakte hier gebruik van en gaf aan dat het werken met zorgplannen in de praktijk nog in ontwikkeling is, dat het nog niet geheel ingevoerd is in het systeem of pas in de loop van 2014. Maar ook dat het te veel tijd kost of dat men het doet, puur omdat het verplicht is. Eén zorgverlener merkt op dat het vreemd is volgens protocol een zorgplan te moeten invullen in een vast format terwijl zelfmanagementondersteuning juist zorg op maat zou moeten zijn.

#### *Wat zijn redenen voor zorgverleners om juist wel met een IZP te werken?*

Redenen voor zorgverleners in 2013 om wel bij (een deel van de) patiënten met een IZP te werken waren vooral omdat het de betrokkenheid van de patiënt bij hun ziekte en zorg vergroot (76%), patiënten hierdoor meer inzicht hebben in hun ziekte en zorg en meer verantwoordelijkheid nemen (beide 55%) en zorgverleners hierdoor beter of meer afgestemde zorg op maat kunnen leveren (51%) (Figuur 2.8). Een jaar later in 2014 worden dezelfde redenen genoemd. Wel zien we na een jaar dat significant meer zorgverleners aangeven dat door het werken met een IZP patiënt en zorgverlener samen doelgerichter kunnen werken (van 28 naar 48%), dat er meer actie ondernomen wordt vanuit de patiënt om de ziekte onder controle te houden (van 34 naar 59%) en dat de patiënt meer verantwoordelijkheid neemt voor zijn ziekte en gezondheid (van 55 naar 71%).

Figuur 2.8: Reden van zorgverleners om wel bij (een deel van) de patiënten met een zorgplan te werken in oktober 2013 (T0) en oktober 2014 (T1).



\*  $p < .05$

### 3 Patiënten

De vragenlijst van oktober 2013 (T0) werd door 267 patiënten ingevuld, de vragenlijst van oktober 2014 (T1) door 293. Voor een deel overlappen deze groepen. Er waren 168 patiënten die beide metingen invulden, 99 alleen T0 en 125 alleen T1. Bij de bespreking van de resultaten vergelijken we de totale groep respondenten op T0 met de totale groep respondenten op T1 en presenteren resultaten van beide groepen. Wel zijn ook analyses uitgevoerd over alleen de groep patiënten die beide metingen hebben ingevuld. Als deze resultaten afwijken van de resultaten van de totale groep respondenten op beide metingen zal dit vermeld worden.

#### 3.1 Kenmerken van de onderzoeksgroep

##### *Demografische kenmerken*

De demografische kenmerken van de deelnemende patiënten op T0 en T1 staan weergegeven in tabel 3.1. Op T0 namen iets meer vrouwen dan mannen aan het onderzoek deel. De gemiddelde leeftijd was 65 jaar en bijna iedereen (96%) had de Nederlandse nationaliteit. De respondenten waren over het algemeen laag opgeleid: 44% had een opleiding op het niveau van lagere school of lager beroepsonderwijs. Een op de vijf respondenten was alleenstaand en een kwart had betaald werk. Een op de 10 was lid van een patiëntenvereniging. De groep deelnemers op T1 was min of meer vergelijkbaar naar achtergrondkenmerken met de groep op T0. Er waren geen significante verschillen tussen beide meetmomenten naar achtergrondkenmerken.

Tabel 3.1: Kenmerken van de deelnemende patiënten, op basis van zelfrapportage, oktober 2013 (T0) en oktober 2014 (T1)

	2013			2014		
	N	%	Gem (SD)	N	%	Gem (SD)
<b>Geslacht</b>	259			288		
Man		47.1			47.9	
Vrouw		52.9			52.1	
<b>Leeftijd</b>	261		64.5 (8.6)	289		65.6 (8.5)
Jonger dan 60 jaar		24.9			23.2	
Tussen de 60 en 70 jaar		42.2			39.8	
Ouder dan 70 jaar		33.0			37.2	
<b>Etniciteit</b>	262			290		
Nederlands		95.8			93.1	
Westers allochtoon		1.9			4.5	
Niet-westers allochtoon		2.3			2.4	
<b>Opleidingsniveau</b>	260			285		
Laag		43.9			45.3	
Gemiddeld		37.3			39.3	
Hoog		18.9			15.4	
<b>Huishouden*</b>	263			291		
Geen andere personen		21.7			19.9	
Partner		75.5			77.3	
Kinderen jonger dan 18 jaar		4.6			3.1	
Kinderen ouder dan 18 jaar		9.1			10.3	
Ouder(s)		-			0.3	
Anders		-			1.7	
<b>Maatschappelijke positie</b>	258			284		
Schoolgaand/studerend		-			0.7	
Betaald werk		24.2			21.4	
Werkloos/werkzoekend		2.7			3.5	
Arbeidsongeschikt		7.3			6.0	
Huisvrouw-/man		11.2			8.1	
Gepensioneerd		53.5			58.6	
Anders		1.2			1.8	
Lid patiëntenvereniging	260			283		
		10.4			7.8	

\* Meer dan één antwoord mogelijk.

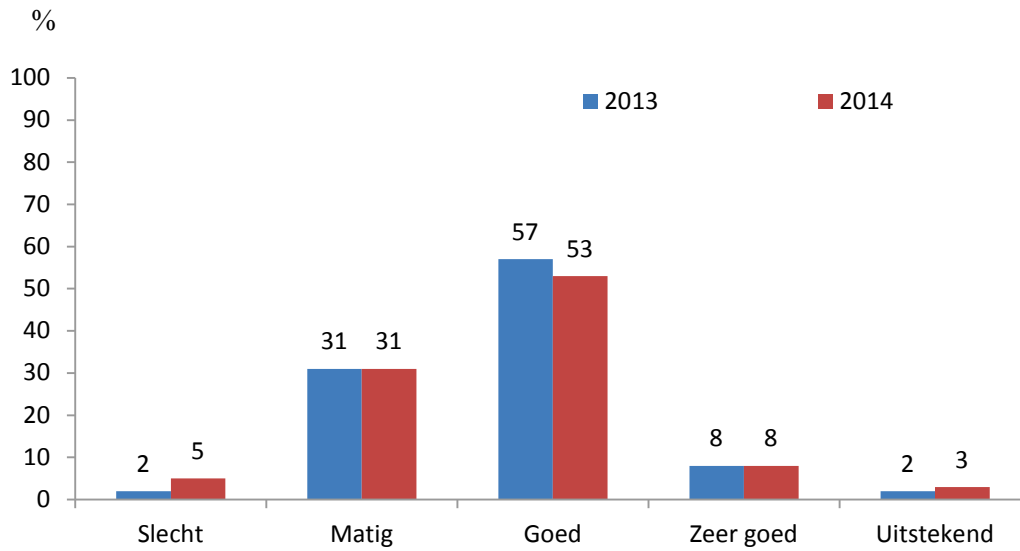
### *Ervaren gezondheid niet veranderd*

Een derde van de deelnemende patiënten omschreef de eigen gezondheid in oktober 2013 als slecht of matig, 67% als goed tot uitstekend (Figuur 3.1). Daarnaast gaf ruim een kwart van de patiënten aan slecht of matig te functioneren in huis, op het werk of in de vrije tijd.

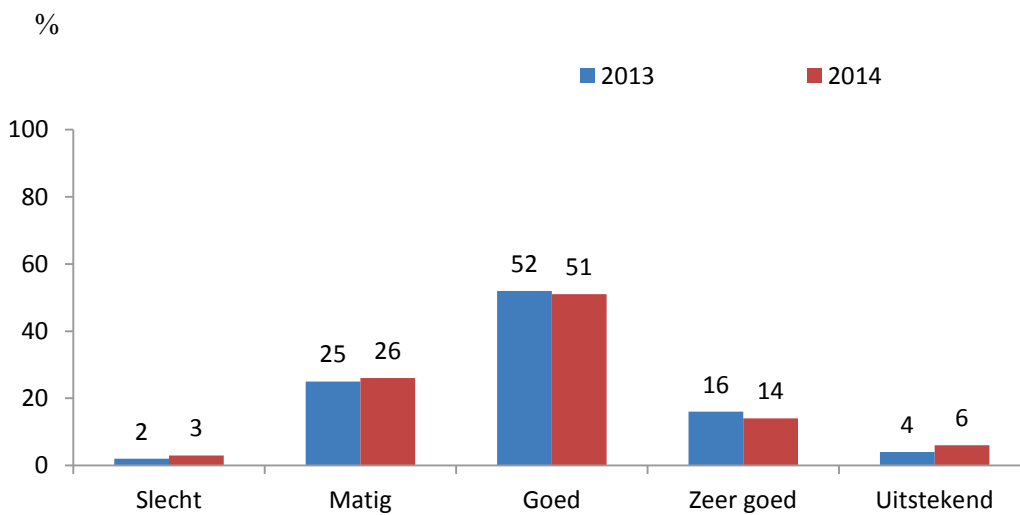
Op basis van zelfrapportage hadden de deelnemende patiënten gemiddeld twee tot 3 chronische aandoeningen (range 0 - 6), waarvan DM2 met 53% de meest voorkomende was. Een kwart had (ook) hart- en vaatziekten en vijftien procent COPD. Dit is natuurlijk niet verwonderlijk aangezien patiënten op basis van een diagnose van één van deze aandoeningen uitgenodigd zijn voor deelname aan het onderzoek. Een jaar later op T1 verschilden de deelnemende patiënten als groep niet significant van de deelnemende

patiënten op T0 wat betreft zelf gerapporteerde gezondheid en functioneren, of de aanwezigheid van aantal en type chronische aandoeningen.

Figuur 3.1: Zelf gerapporteerde algemene gezondheid van patiënten op T0(2013) en T1(2014)



Figuur 3.2: Zelf gerapporteerd algemeen functioneren van patiënten op T0 (2013) en T1(2014)



## 3.2 Zorggebruik

### Belangrijkste bevindingen

- Het zorggebruik onder de deelnemende patiënten met diabetes, COPD of hart- en vaatziekten is in vergelijking met de algemene bevolking hoog;
- Patiënten hebben met meerdere zorgverleners contact waarbij de huisarts, de POH en de gespecialiseerd verpleegkundige samen met de fysiotherapeut de meest bezochte zijn;
- Het zorggebruik in 2014 is ten opzichte van 2013 onveranderd.

Aan de deelnemende patiënten is gevraagd naar hun zorggebruik in de afgelopen 12 maanden op zowel T0 als T1. Daarbij is gevraagd of men contact heeft gehad met een bepaalde zorgverlener en zo ja wat de frequentie van dat contact was. Resultaten staan weergegeven in onderstaande tabel 3.2.

#### *Hoe ziet het zorggebruik er uit?*

Van de deelnemende patiënten had op T0 bijna iedereen in de afgelopen 12 maanden contact met de huisarts, gemiddeld 3.9 keer. Daarnaast had 70% (ook) contact met de POH en één op de vijf had contact met de fysiotherapeut of diabetesverpleegkundige. Van de specialisten werd de oogarts en cardioloog het meeste bezocht. Een op de vijf patiënten was tevens een of meerdere keren opgenomen in het ziekenhuis. Bij 39% procent van de respondenten hield deze ziekenhuisopname verband met hun chronische aandoening. Eén op de 10 deelnemende patiënten kreeg zorg thuis, meestal in de vorm van huishoudelijke hulp via de Wmo (8%) en in sommige gevallen (ook) voor persoonlijke verzorging (2%), verpleging (2%) of begeleiding gericht op het behouden of verbeteren van de zelfredzaamheid (1%).

Op T1 laat het zelf gerapporteerde zorggebruik een zelfde beeld zien zowel in het percentage mensen dat een zorgverlener bezoekt als in het aantal contacten per zorgverlener. Het percentage patiënten dat contact had met de oogarts en neuroloog bleek significant gedaald in 2014 ten opzichte van 2013 maar dit is mogelijk te wijten aan een iets andere respondentengroep op T1. Kijken we alleen naar de groep patiënten (n=169) die zowel op T0 als T1 de vragenlijst invulden dan zien we namelijk geen verschil in het percentage dat contact had met deze specialisten.

Tabel 3.2: Zelf gerapporteerd zorggebruik in de afgelopen 12 maanden op T0 en T1

Type zorgverlener	2013 (T0)		2014 (T1)	
	Contact %	Aantal keer	Contact %	Aantal Keer
Huisarts	91	3.3	89	3.9
POH	71	3.6	69	3.3
Huisartsenpost	9	1.8	12	1.8
Internist	10	2.3	9	2.5
Oogarts	39	1.5	30	1.6
Chirurg	11	1.9	8	2.0
Longarts	8	2.2	11	1.9
Cardioloog	21	1.7	21	1.6
Neuroloog	11	2.1	6	2.1
Orthopeed	9	2.3	8	3.1
KNO-arts	8	2.1	7	1.8
Reumatoloog	8	2.7	7	2.4
Diabetesverpleegkundige	23	3.6	24	4.6
Longverpleegkundige	5	1.8	6	2.4
Hart- en vaatverpleegkundige	3	1.6	4	4.9
Fysiotherapeut	22	22.7	21	20.8
Diëtist	11	3.1	11	3.0
Podotherapeut	6	1.7	10	2.9
Opname ziekenhuis	19	2.2	15	2.1
Professionele zorg of begeleiding thuis	10		9	
Andere zorgverlener	8	5.3	7	5.7

### 3.3 Ervaren kwaliteit van zorg

#### Belangrijkste bevindingen

- De ervaren kwaliteit van de huisartsenzorg verschilde niet of nauwelijks tussen 2013 en 2014;
- Patiënten zijn over het algemeen zeer tevreden over de kwaliteit van zorg zoals die in de huisartspraktijk geleverd wordt;
- Patiënten vinden dat de huisarts hun medische voorgeschiedenis en de familieomstandigheden goed kent maar niet goed op de hoogte is van hun dagelijkse bezigheden of wat zij belangrijk vinden in de zorg. Ook follow-up kan in de ogen van patiënten nog beter; de helft of meer van de deelnemende patiënten geeft aan dat hier niet of nauwelijks aandacht voor is.
- De samenwerking in de praktijk wordt door de overgrote meerderheid van de patiënten als goed ervaren;
- Zorg is volgens patiënten vooral gericht op medische aspecten en leefstijl maar minder op andere aspecten van zelfmanagement zoals omgaan met lange termijn gevolgen van ziekte of omgang met zorgverleners;
- 65% van de patiënten geeft aan dat hen geen kopie van een behandelplan wordt gegeven;
- 70% van de patiënten geeft aan dat er nooit of nauwelijks gewezen wordt op het aanbod van voorzieningen in de buurt ter ondersteuning van zelfmanagement.

Aan de deelnemende patiënten op T0 en T1 is gevraagd naar hun ervaringen met zorg in de huisartspraktijk en naar ervaringen met programmatische zorg in het algemeen.

#### *Hoe beoordelen patiënten de huisartsenzorg?*

Vragen hadden betrekking op de mate waarin de patiënt het idee heeft dat de huisarts persoonlijk betrokken is, in hoeverre er sprake is van follow-up en in hoeverre er volgens patiënten samengewerkt wordt in de huisartspraktijk. Patiënten konden antwoorden op een vijfpuntsschaal van zeer oneens (1) tot zeer eens (5). Tabel 3.3 geeft de percentages weer van patiënten die het eens of oneens zijn met een bepaalde uitspraak op T0 of hier geen mening over hebben.

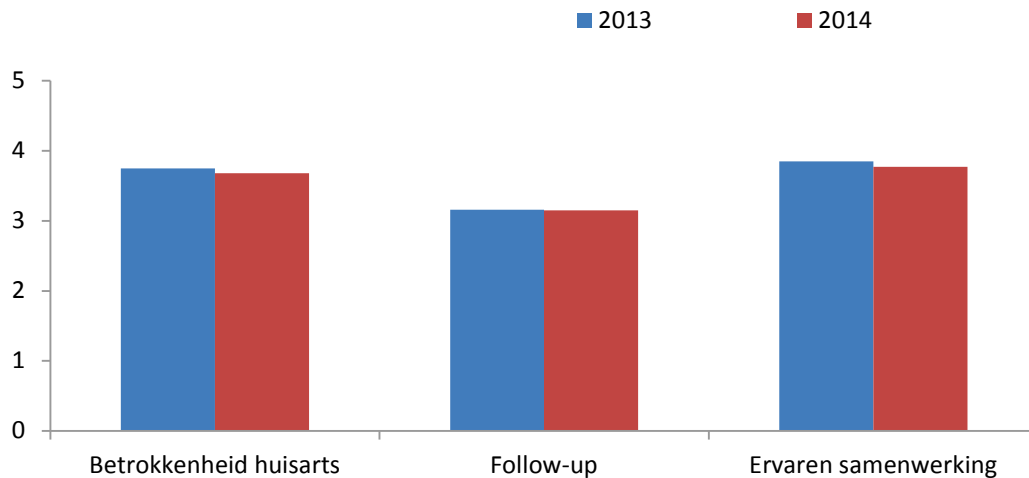
Over het algemeen zijn patiënten van mening dat de huisarts betrokken is: zij kennen de huisarts goed en de huisarts kent hun medische voorgeschiedenis en de familieomstandigheden goed. Wel is een minderheid (40% respectievelijk 43%) van mening dat de huisarts weet wat zij belangrijk vinden in de zorg en dat de huisarts op de hoogte is van hun dagelijkse bezigheden. Wat betreft follow-up geeft driekwart van de patiënten aan dat de huisarts goed weet wat er in eerdere consulten is besproken. Wel heeft maar één op de drie patiënten de ervaring dat de huisarts hen volgt buiten de reguliere consulten om. De samenwerking in de praktijk wordt door de overgrote meerderheid van de patiënten als goed ervaren: zij vinden dat zorgverleners informatie goed overdragen, goed samenwerken en dat de zorg van verschillende zorgverleners binnen de praktijk goed op elkaar aansluit. Gerapporteerde percentages verschillen op T1 niet of nauwelijks van T0. Dit blijkt ook uit de gemiddelde scores op de drie schalen zoals weergegeven in Figuur 3.3

Tabel 3.3: Ervaren kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk (T0) (n=269)

	% oneens	% neutraal	% eens
<b>Persoonlijke betrokkenheid (1-5)</b>			
Ik ken mijn huisarts goed.	4	28	68
Mijn huisarts kent mijn medische voorgeschiedenis heel goed.	4	13	83
Mijn huisarts kent mijn familieomstandigheden heel goed.	10	28	62
Mijn huisarts kent mijn dagelijkse bezigheden heel goed.	19	41	40
Mijn huisarts weet heel goed wat ik belangrijk vind in mijn zorg.	14	43	43
<b>Follow-up (1-5)</b>			
Mijn huisarts neemt zelf contact met mij op als dat nodig is, zonder dat ik erom vraag.	37	29	34
Mijn huisarts weet altijd wat hij/zij in eerdere contacten heeft gedaan.	4	20	76
Mijn huisarts houdt voldoende contact met mij als ik gezien wordt door andere zorgverleners.	22	42	36
<b>Samenwerking in de praktijk (1-5)</b>			
Deze zorgverleners dragen informatie heel goed aan elkaar over.	3	23	74
Deze zorgverleners werken heel goed samen.	2	24	75
De zorg van deze zorgverleners sluit heel goed op elkaar aan.	2	28	70
Deze zorgverleners weten van elkaar altijd wat ze doen.	3	37	60



Figuur 3.3: Ervaren kwaliteit van zorg, gemiddelde scores op T0 (2013) en T1 (2014) (score 1-5)



#### *Ervaringen met programmatische zorg*

De mate waarin programmatische zorg in Nederland daadwerkelijk vorm krijgt, kan gemeten worden met de Patient Assessment of Chronic Illness Care vragenlijst (PACIC). Deze vragenlijst geeft inzicht in de ervaringen van patiënten met een vijftal aspecten van programmatische zorg: patiëntgerichtheid, dat wil zeggen de mate waarin de patiënt wordt gestimuleerd om actief mee te denken over de behandeling en het nemen van beslissingen; ervaringen met de organisatie van zorg; ervaringen met het stellen van gezamenlijke doelen; het gezamenlijk zoeken naar oplossingen en problemen; ervaringen met follow-up en coördinatie.

De gemiddelde score op de PACIC van deelnemers aan de patiëntenquête bedroeg op T0 2.94 (BI: 2.84 – 3.05) en op T1 2.85 (BI: 2.75-2.95) (op een schaal van 1 tot 5). Het verschil tussen deze beide metingen was niet significant. Een dergelijke score betekent dat patiënten soms iets merken van de programmatische zorg binnen de praktijk waarin ze behandeld worden. Ter referentie: onder een grote, landelijk representatieve groep chronisch zieken bedroeg de gemiddelde score op de PACIC 2.1 (Jansen et al., 2012) . Patiënten in de praktijken van RCH scoren dus relatief hoog.

Tabel 3.4: Ervaren ondersteuning van zorgverleners bij behandeling chronische aandoening(en) in oktober 2013(T0) en 2014(T1).

	2013 (T0)		2014 (T1)	
	%		%	
	soms/ meestal/ altijd		soms/ meestal/ altijd	
	N		N	
<b>Toen ik zorg ontving voor mijn chronische ziekte, gedurende de laatste 6 maanden:</b>				
Werden mij keuzes in de behandeling gegeven waar ik over na kon denken .	234	72.2	244	73.0
Was ik tevreden over de organisatie van de zorg die ik kreeg	228	95.6	246	90.7
Werd ik geholpen om specifieke doelen op te stellen om mijn eetgedrag en beweegpatroon te verbeteren	225	74.2	242	72.7
Werd mij een kopie van mijn behandelplan gegeven	220	34.1	240	35.0
Werd ik aangemoedigd om naar een cursus of (groeps)bijeenkomst te gaan die mij zou kunnen helpen om te gaan met mijn chronische aandoening of beperking	223	26.5	238	28.2
Werden mij direct of in onderzoek vragen gesteld over mijn leefstijl (roken, bewegen, eten etc.)	232	87.1	243	85.6
Werd ik geholpen een behandelplan te maken dat ik in mijn dagelijks leven kon toepassen	226	54.0	237	52.7
Werd ik geholpen om vooruit te plannen, zodat ik zelfs als ik me ziek of niet lekker voel met mijn chronische aandoening of beperking kan omgaan	221	51.6	233	47.2
Werd mij gevraagd hoe mijn chronische aandoening of beperking mijn leven beïnvloedt	222	54.1	240	52.2
Werd na een bezoek aan de huisarts, specialist of verpleegkundige contact met mij opgenomen om nog eens te vragen hoe het met mij ging	227	30.0	243	30.9
Werd mij verteld waarom mijn bezoek aan andere specialisten, zoals de oogarts of de cardioloog, belangrijk zijn in mijn behandeling	227	63.4	240	58.3

Tabel 3.4 laat het percentage patiënten zien op T0 en T1 dat soms, meestal of bijna altijd ervaringen heeft met een bepaald aspect van programmatische zorg. De percentages verschillen iets maar niet significant tussen T0 en T1. Wat opvalt is dat bijna alle deelnemende patiënten over het algemeen tevreden zijn over de organisatie van zorg die ze krijgen. Driekwart geeft ook aan dat hen keuzes in de behandeling werden gegeven waar ze over na konden denken en dat zij geholpen werden om specifieke doelen op te stellen om hun eetgedrag of beweegpatroon te verbeteren. Leefstijl lijkt centraal te staan in de consulten. Wat minder gebeurt is dat hen een kopie van een behandelplan wordt gegeven of dat er gewezen wordt op aanbod in de buurt ter ondersteuning van zelfmanagement: respectievelijk circa 65% en 70% van de patiënten op T0 en T1 geeft aan dat dit nooit of nauwelijks gebeurt. Ook follow-up, ondersteuning van het bredere zelfmanagement in de thuissituatie en aandacht voor de invloed van de aandoening op het dagelijks leven komen minder vaak voor. De helft of meer van de deelnemende patiënten op T0 en T1 geeft aan dat hier niet of nauwelijks aandacht voor is.

### 3.4 Zelfmanagement

#### Belangrijkste bevindingen

- Het oordeel van patiënten zelf over hun vermogen tot zelfmanagement is stabiel tussen 2013 en 2014;
- Zelfmanagement gaat patiënten naar eigen zeggen goed af;
- Voor ouderen, chronisch zieken met een slechtere algemene gezondheid, alleenstaanden en mensen met een lagere opleidingsniveau is zelfmanagement moeilijker.

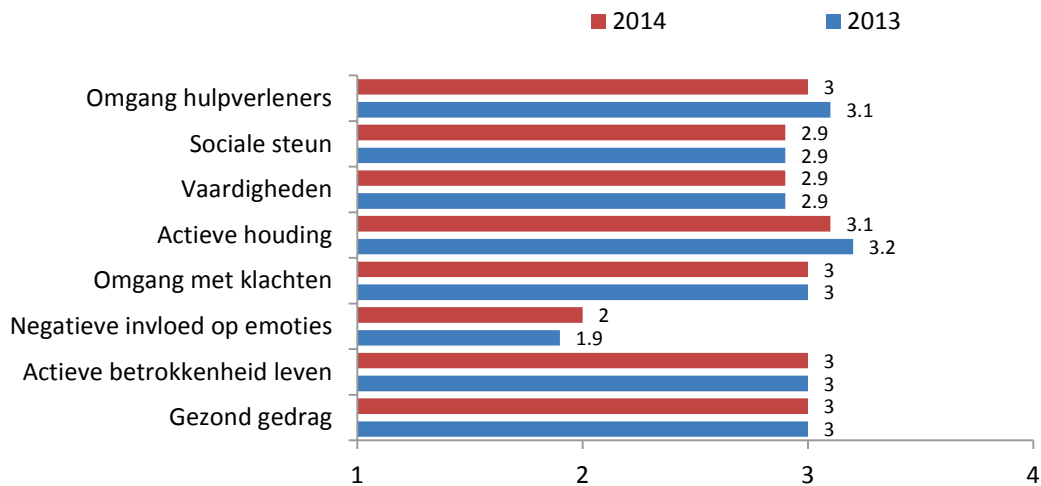
#### *Dagelijkse omgang van patiënten met hun chronische ziekte*

Om de dagelijkse omgang met de chronische ziekte te meten is gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling van de Health Education Impact Questionnaire (HeiQ; Osborne et al.). Deze vragenlijst bevat 40 vragen die samen acht aspecten van de dagelijkse omgang met een chronische ziekte meten. Patiënten kunnen via hun antwoorden per aspect een score behalen van 1 tot en met 4 waarbij een hogere score er op duidt dat een patiënt beter scoort op dit aspect.

Figuur 3.4 laat zien dat patiënten over het algemeen hoog scoren op de verschillende aspecten van de HeiQ wat er op duidt dat patiënten binnen de zorggroep naar eigen zeggen er goed in slagen om te gaan met hun chronische ziekte in het dagelijks leven; zij geven aan zelf gericht te zijn op gezond gedrag, actief in het leven te staan en gemotiveerd te zijn om gedrag te verbeteren, geven aan goed klachten te herkennen en daar op te kunnen anticiperen, op een actieve manier om te gaan met hun ziekte en daar ook de vaardigheden en steun voor te hebben en het idee te hebben dat ze met vertrouwen kunnen communiceren met hun zorgverleners om die zorg te krijgen die ze nodig hebben. De lagere score op emotioneel welbevinden duidt er op dat in het algemeen mensen weinig emotionele problemen ervaren ten gevolg van hun chronische ziekte. De gemiddelde scores zijn tussen 2013 en 2014 stabiel gebleven.

De scores verschillen overigens wel tussen chronisch zieken naar achtergrondkenmerken. Ouderen, chronisch zieken met een slechtere algemene gezondheid, alleenstaanden en mensen met een lagere opleidingsniveau vinden het over het algemeen moeilijker om met hun ziekte om te gaan in het dagelijks leven dan respectievelijk jongeren, mensen met een betere gezondheid, mensen met een partner en hoger opgeleiden.

Figuur 3.4: Dagelijkse omgang met de chronische aandoening op T0 (2013) en T1 (2014)

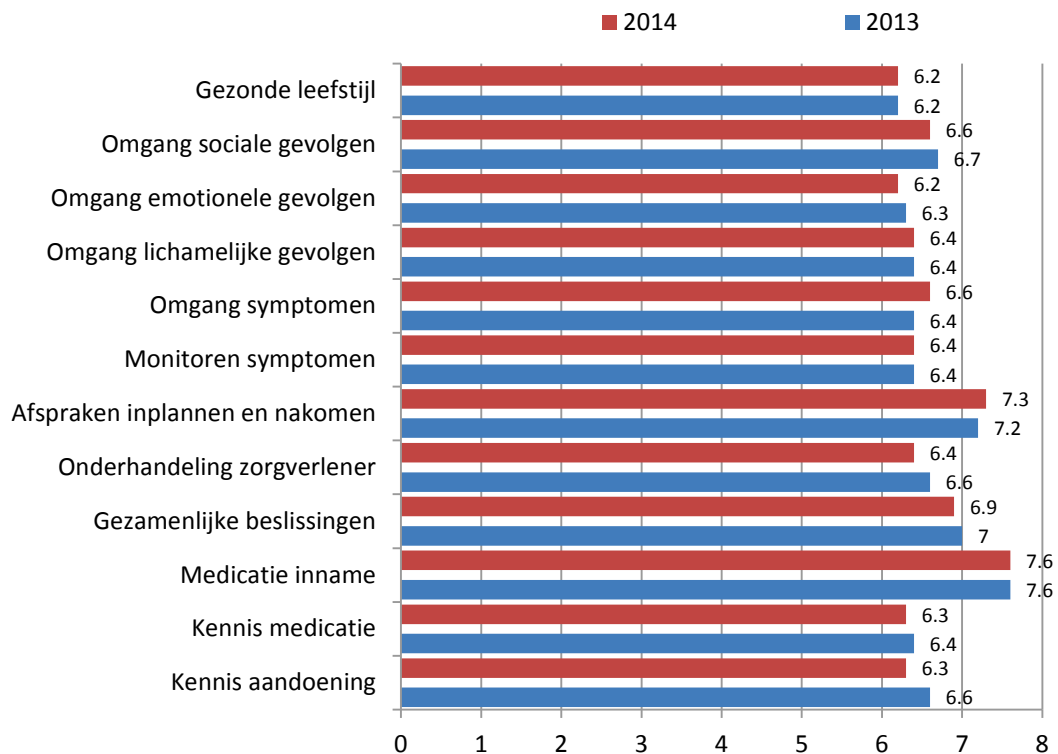


#### *Randvoorwaarden voor zelfmanagement*

De Nederlandse vertaling van de Parters in Health Scale is gebruikt om te kijken hoe patiënten zelf tegen zelfmanagement aankijken en vooral of zij vinden dat ze voldoende toegerust zijn voor zelfmanagement. De vragenlijst biedt informatie over of randvoorwaarden aanwezig zijn om tot goed zelfmanagement te komen vanuit het perspectief van de patiënt. Het biedt zorgverleners ook aanknopingspunten om te kijken op welke gebieden patiënten vooral ondersteuning behoeven. De vragenlijst vraagt of patiënten het idee hebben dat ze voldoende weten van de aandoening die zij hebben en over de behandeling en medicijnen die zij gebruiken (kennis); of ze medicijnen en behandeladviezen opvolgen volgens voorschrift; of ze in staat zijn om hun zorg te regelen in overleg met hun zorgverlener op een manier zoals zij dat zelf willen; of zij in staat zijn om klachten en symptomen in de gaten te houden en daar naar te handelen; of zij in staat zijn om in het dagelijks leven om te gaan met de gevolgen van een chronische aandoening op lichamenlijk, emotioneel en sociaal vlak; en of men in staat is de noodzakelijke leefstijlaanpassingen te doen. Scores lopen van 0 tot en met 8 waarbij hogere scores er op duiden dat patiënten beter in staat zijn om het genoemde zelfmanagement gedrag uit te voeren.

Scores van de deelnemende patiënten op T0 en T1 staan weergegeven in Figuur 3.5.

Figuur 3.5: Scores op schalen van de Partners in Health Scale op T0 (2013) en T1(2014) (score 0 – 8)



Over het algemeen scoren patiënten hoog, net als op de eerder besproken HeiQ schaal, met scores die variëren tussen de 6,2 en 7,6. Dit duidt er op dat patiënten over het algemeen vinden dat zij goed in staat zijn om met de gevolgen van hun ziekte om te gaan in het dagelijks leven, in staat zijn klachten te herkennen en daar op te anticiperen en ook voldoende kennis hebben over hun aandoening en de behandeling. Patiënten scoren het hoogst op het item “ik gebruik de medicijnen en voer de behandelingen uit die mijn arts of zorgverlener heeft voorgesteld” en “ik regel de (vervolg) afspraken die mijn arts of zorgverlener voorstelt en ga er ook naar toe”. Zij slagen er dus het beste in om dingen te doen op initiatief van of op advies van een zorgverlener dan dingen die zij op eigen initiatief moeten doen. Scores verschilden niet significant tussen T0 en T1.

### 3.5 Opvattingen over en ervaringen met het individueel zorgplan

#### Belangrijkste bevindingen

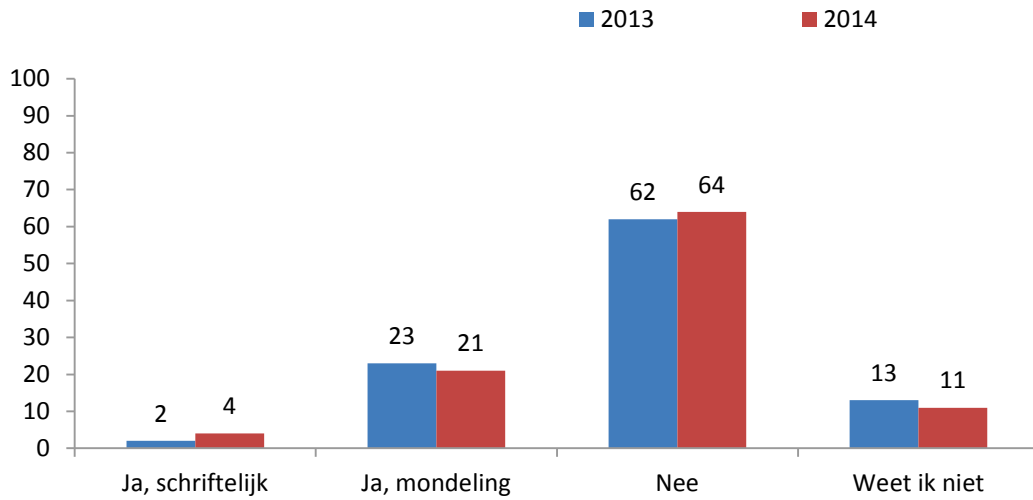
- Een kwart van de patiënten geeft aan een IZP te hebben, waarvan 92% van de IZP's mondeling is vastgelegd; Tweeënzestig procent van de patiënten geeft aan geen IZP te hebben; 13% weet het niet;
- Het percentage patiënten met een IZP is tussen 2013 en 2014 stabiel;
- Van de patiënten zonder IZP heeft 75% ook geen behoefte er een op te stellen samen met de zorgverlener;
- Van de patiënten met een IZP gebruikt een kwart het IZP nooit; driekwart gebruikt het wel maar de intensiteit wisselt sterk;
- Gebruik van een IZP draagt voor de meerderheid van de patiënten bij aan een duidelijker beeld van de behandeling en wat er van hen in die behandeling verwacht wordt;
- Een IZP komt in gezamenlijk overleg tot stand waarbij het initiatief voor het opstellen van het IZP voornamelijk vanuit de huisarts (33%) en de praktijkondersteuner (37%) komt;
- Persoonlijke gezondheidsdoelen en hoe deze te bereiken, hoe de behandeling afgestemd wordt op de situatie van de patiënt en informatie over de organisatie van zorg zijn slechts in 5 tot maximaal 20% van de zorgplannen opgenomen;
- In 2014 wordt vaker dan in 2013 vastgelegd welke aanpassingen in leefstijl nodig zijn (van 35 naar 48%) en wordt vaker een plan opgenomen hoe gezondheidsdoelen te bereiken (van 10 naar 18%).

In deze paragraaf wordt beschreven welke opvattingen en ervaringen deelnemende patiënten hebben met betrekking tot een individueel zorgplan op T0 (2013). Tevens wordt omschreven in hoeverre deze opvattingen en ervaringen ruim een jaar later (T1) zijn veranderd.

#### *Hoeveel patiënten hebben een IZP?*

Tijdens de voormeting in oktober 2013 (T0) gaf een kwart van de patiënten aan een IZP te hebben; het ging in bijna alle gevallen om een mondeling vastgelegd zorgplan (92%) (figuur 3.6). Tweeënzestig procent van de patiënten had geen IZP en 13% wist niet of ze er één hadden. Een jaar later op T1 zijn deze percentages niet veranderd. Van de patiënten zonder IZP op T0 en T1 was 75% ook niet van plan om er eentje op te stellen samen met de zorgverlener.

Figuur 3.6: Percentage patiënten met een IZP op T0 (2013) en T1 (2014)

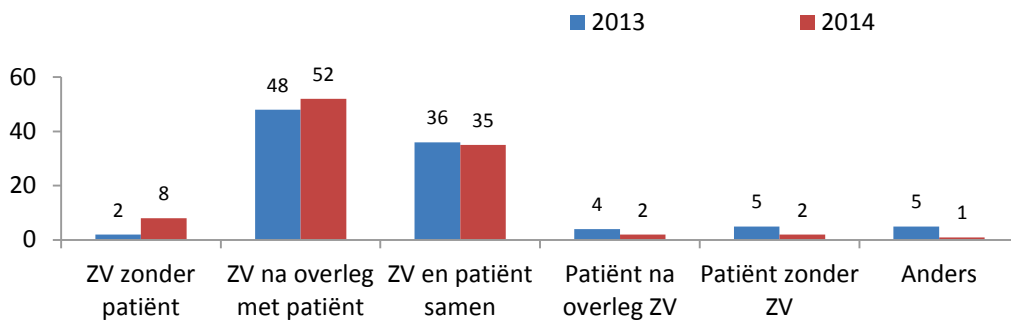


Vijftien procent van de patiënten met een zorgplan had zelf toegang tot dat zorgplan: 8% had een papieren versie mee naar huis gekregen en 7% had toegang tot een digitale versie van hun IZP.

*Hoe komt een IZP volgens de patiënt tot stand?*

Het initiatief voor het opstellen van het IZP komt volgens patiënten voornamelijk vanuit de huisarts (33%) en de praktijkondersteuner (37%). Zo'n 5 procent van de patiënten heeft zelf het initiatief genomen tot het opstellen van een persoonlijk zorgplan. Wanneer er een zorgplan is, is dat in het merendeel van de gevallen ook opgesteld door een zorgverlener in overleg (48%) of samen (36%) met de patiënt (Figuur 3.7). In 2014 zijn deze percentages niet significant veranderd.

Figuur 3.7: Mate van inbreng zorgverleners en patiënt bij opstellen IZP Op T0 en T1

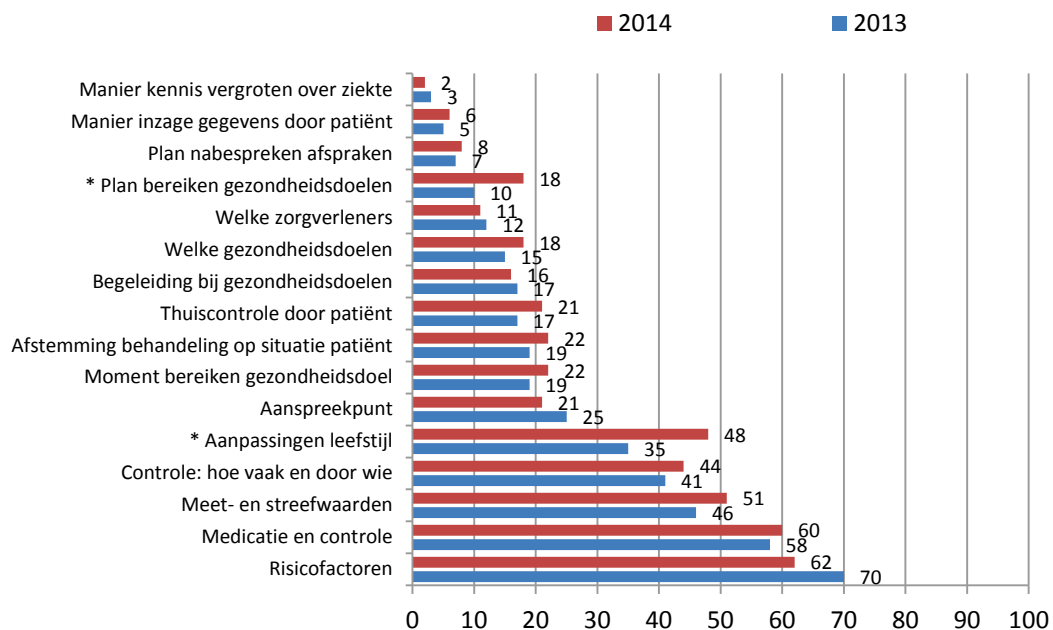


Gemiddeld waren twee zorgverleners betrokken bij het opstellen van het IZP, voornamelijk huisartsen en praktijkondersteuners. Het IZP wordt voornamelijk tijdens de driemaandelijke controles besproken en, indien nodig, aangepast. Vijf procent van de patiënten gaf aan dat het IZP niet meer werd besproken, nadat deze was opgesteld.

### *Wat staat er in het zorgplan?*

Risicofactoren voor de gezondheid van de patiënt, de te gebruiken medicatie en de manier waarop het effect hiervan gecontroleerd wordt en de persoonlijke meet- en streefwaarden van patiënten zijn volgens patiënten met een IZP de meest vastgelegde elementen in het IZP in 2013. Persoonlijke gezondheidsdoelen en hoe deze te bereiken, hoe de behandeling afgestemd wordt op de situatie van de patiënt en informatie over de organisatie van zorg (wie is vaste aanspreekpunt, welke zorgverleners zijn betrokken en op welke manier heeft patiënt inzage in zijn gegevens) zijn slechts in 5 tot maximaal 20% van de zorgplannen opgenomen. Een jaar later op T1 zijn de resultaten met betrekking tot de inhoud van het zorgplan min of meer vergelijkbaar. Wel wordt volgens patiënten vaker vastgelegd welke aanpassingen in leefstijl nodig zijn (van 35 naar 48%) en wordt een plan opgenomen hoe gezondheidsdoelen te bereiken (van 10 naar 18%)

Figuur 3.8: Onderwerpen opgenomen in het IZP op T0 (2013) en T1 (2014)



### *Geeft het IZP patiënten meer inzicht in de behandeling?*

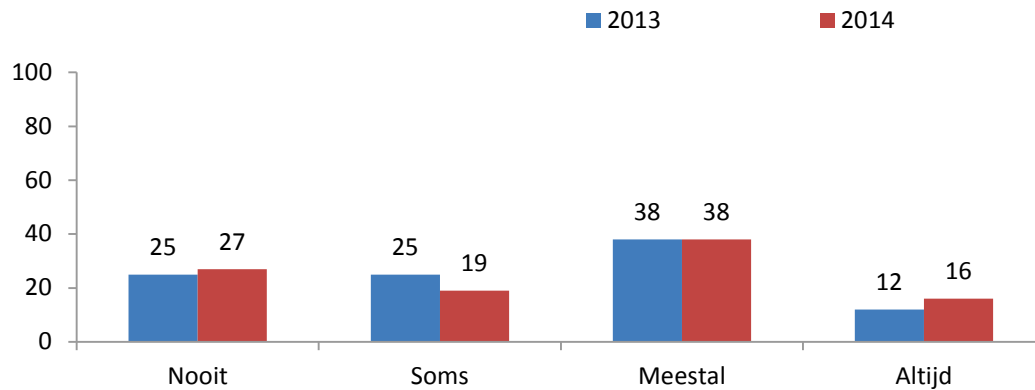
Het IZP draagt in 2013 (T0) voor bijna 60 procent van de deelnemende patiënten met een IZP bij aan een enigszins duidelijk beeld en voor 29 procent aan een heel duidelijk beeld van de behandeling. Twaalf procent geeft aan in het zorgplan geen duidelijk beeld te krijgen van de behandeling. Percentages een jaar later (T1) zijn min of meer vergelijkbaar. Voor 43% van de patiënten biedt het IZP een duidelijk beeld van wat zij zelf moeten doen om voor hun chronische ziekte te zorgen, voor 52 % een enigszins duidelijk beeld. Voor 5% was het niet duidelijk.



### *In hoeverre wordt het IZP ook daadwerkelijk gebruikt?*

Bijna driekwart van de patiënten met een IZP (75% op T0 en 73% op T1) gaf aan deze ook daadwerkelijk te hebben gebruikt; 12 tot 16% van de patiënten maakte altijd gebruik van het IZP en 38% meestal op T0 en T1. Een kwart van de patiënten met een IZP gaf aan het nooit te gebruiken.

Figuur 3.9: De mate waarin de patiënt met een IZP ook gebruik maakt van het IZP op T0 (2013) en T1 (2014)



## 3.6 Actieve betrokkenheid bij de behandeling

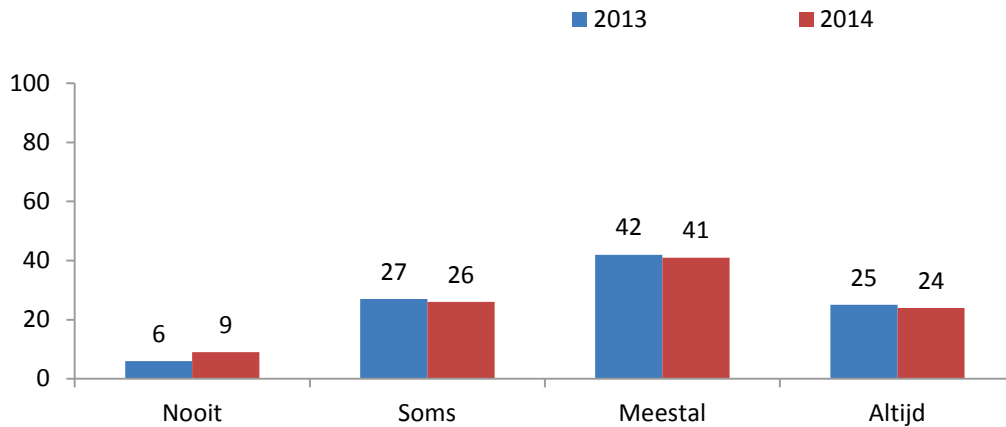
### Belangrijkste bevindingen

- 65 % van de patiënten voelt zich meestal of altijd actief betrokken bij de behandeling van zijn of haar chronische aandoening;
- Keuzes worden in 60% van de gevallen samen met de zorgverlener gemaakt; bij 30% maakt de zorgverlener keuzes in de behandeling en 5% van de patiënten maakt de keuzes zelf.
- Actief betrokken zijn betekent voor patiënten vooral dat er naar hen geluisterd wordt, dat ze informatie krijgen die bij hen past, dat ze zelf vragen stellen en dat ze metingen en uitslagen van onderzoek met de zorgverlener bespreken. Daarnaast geeft circa de helft aan dat ze inspraak hebben in de behandeling;
- Actieve betrokken in de vorm van zelfmanagement thuis, zoals bijvoorbeeld zelf metingen verrichten en zelf het dossier inzien en aanvullen worden veel minder genoemd.

Een meerderheid van de patiënten voelt zich op T0 (67%) en T1 (65%) meestal of altijd actief betrokken bij de behandeling van zijn of haar chronische aandoening. Het percentage dat zich meestal of altijd actief betrokken voelt is tussen T0 en T1 niet significant veranderd. Als het gaat om het maken van keuzes in de behandeling geeft circa een derde van de patiënten aan op T0 dat de zorgverlener dat voor hen doet, 60%

maakt de keuzes voor behandeling en controle samen met de zorgverlener en 5% maakt de keuzes zelf. Op T1 zijn ook deze percentages niet significant veranderd.

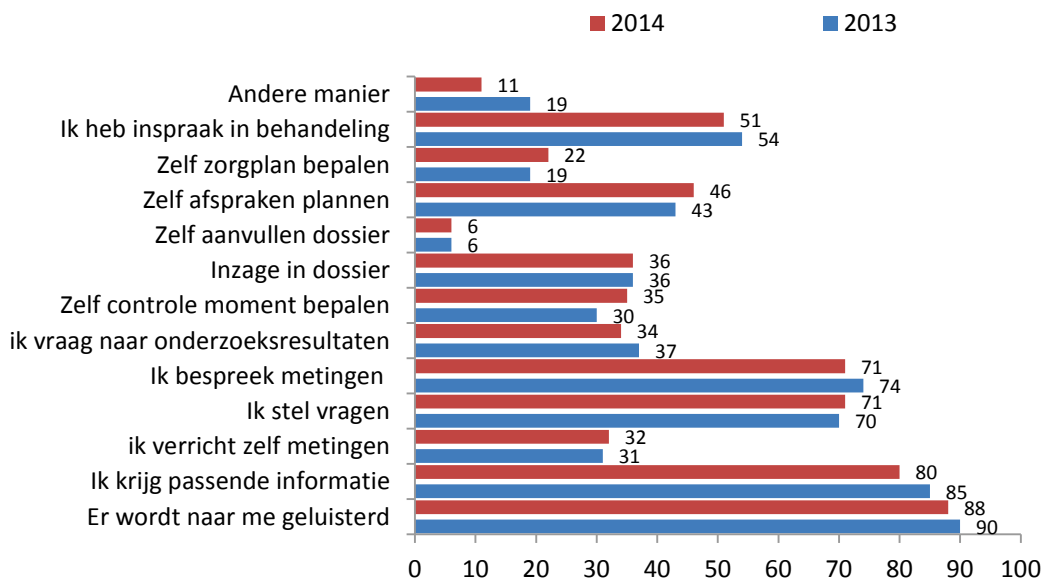
Figuur 3.10: Mate waarin patiënten zich actief betrokken voelen bij hun behandeling of controle op T0 (2013) en T1(2014)



*Wijze van betrokkenheid*

Figuur 3.11 geeft weer op welke wijze patiënten vinden dat ze actief betrokken zijn bij hun eigen behandeling. Vormen van betrokkenheid die door de meeste patiënten genoemd worden zijn dat er naar hen geluisterd wordt, dat ze informatie krijgen die bij hen past, dat ze zelf vragen stellen en dat ze metingen en uitslagen van onderzoek met de zorgverlener bespreken. Daarnaast geeft circa de helft aan dat ze inspraak hebben in de behandeling. Actieve betrokken in de vorm van zelfmanagement thuis, zoals bijvoorbeeld zelf metingen verrichten en zelf het dossier inzien worden door circa een derde van de patiënten genoemd. Minder dan 10% van de patiënten vult zelf het dossier aan.

Figuur 3.11: Wijze waarop patiënten zich betrokken voelen bij hun behandeling op T0 (2013) en T1(2014)



## Referenties

Baan D, Heijmans M, Spreeuwenberg P, Rijken M. Zelfmanagement vanuit het perspectief van mensen met astma of COPD. Utrecht: NIVEL, 2012.

Hibbard J, Mahoney E, Stockard J, Tusler M. Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health Services Research* 2005; 40(6): 1918-1930.

Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Services Research* 2004; 39: 1005-1026.

Inspectie voor de gezondheidszorg. Rapport van het inspectiebezoek in het kader van het thematisch toezicht Ketenzorg Chronisch Zieken. 's Hertogenbosch 2012.

Jansen D, Rijken M. evaluatie DVN pilotproject rond de implementatie van de Diabetes Zorgwijzer. NIVEL, 2013.

Jansen D, Spreeuwenberg P, Heijmans M. Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. Rapportage 2012. Utrecht: NIVEL, 2012.

The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative (2004). Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). Available from: [http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=PACIC\\_Survey&s=36](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=PACIC_Survey&s=36)

RCH Midden Brabant. Zelfmanagement ondersteuning en het individuele zorgplan. Projectplan. Tilburg, 2012.

Ursum J, Rijken M, Heijmans M, Cardol M, Schellevis F. Zorg voor chronisch zieken. Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie. NIVEL 2011.

VWS. Programmatische aanpak van chronische ziekten. Den Haag, 2008.



## **Bijlage 1 Methodologische verantwoording**

### **Steekproeven**

#### *Zorgverleners*

Voor dit onderzoek zijn gegevens verzameld bij zorgverleners werkzaam in de praktijken van zorggroep RCH Midden Brabant. In oktober 2013 (T0) zijn 112 praktijken aangeschreven voor deelname aan dit onderzoek. Het betrof alle praktijken binnen de zorggroep die aangesloten zijn op het huisartsenzorg-informatiesysteem (KIS). Per praktijk werd een vragenlijst verstuurd in tweevoud. Aan de huisarts werd gevraagd een vragenlijst in te vullen en de andere vragenlijst te geven aan een andere medewerker in de praktijk die betrokken is bij de zorg voor chronisch zieken. Per praktijk konden dus maximaal twee vragenlijsten teruggestuurd worden. In totaal namen 41 praktijken op T0 deel, een respons van 36,6%. Samen stuurden zij 60 vragenlijsten retour. Een jaar later in oktober 2014 werden 109 van de 112 praktijken opnieuw benaderd. Van de overige drie praktijken was de huisarts inmiddels niet meer werkzaam of de praktijk was gefuseerd met een andere praktijk. Op T1 reageerden eveneens 41 praktijken (respons 37,6%). Samen stuurden zij 65 vragenlijsten in. Zowel op T0 als T1 werd eenmalig een reminder verstuurd na drie weken.

#### *Patiënten*

De eerste praktijken die een vragenlijst terugstuurd op T0 werden benaderd voor medewerking aan de patiëntenquête. Het streven was om 10 praktijken te includeren. Van de eerste 12 praktijken die we benaderden deden er 10 mee. In iedere praktijk werd vervolgens een a-selecte streekpoef van 75 patiënten met diabetes mellitus type 2, COPD en/of hart- en vaatziekten getrokken volgens een vaste procedure. Aan deze patiënten werd in oktober 2013 een eerste vragenlijst gestuurd. Uitnodigingen werden verstuurd vanuit de huisartspraktijk om de anonimiteit van de patiënten te waarborgen. In totaal werden dus 750 patiënten op T0 benaderd. Zij ontvingen eenmaal een reminder na drie weken. Een jaar later op T1 werd opnieuw een vragenlijst aan deze patiënten gestuurd. Wederom vanuit de huisartspraktijk. Eén praktijk deed niet mee op T1 omdat de huisarts gestopt was en de patiënten daardoor lastig traceerbaar waren. Daarnaast konden 21 patiënten niet herbenaderd worden vanwege verhuizing, overlijden of andere redenen. In totaal werden 654 vragenlijsten verstuurd op T1. Ook zij ontvingen weer een reminder na drie weken. De respons op T0 bedroeg 267 (35,6%), op T1 293 (44,8%).

### **Meetinstrumenten**

De vragenlijsten van de voor- en nameting werden door het NIVEL in overleg met de zorg opgesteld. Daarbij werd zoveel mogelijk gekozen voor gevalideerde meetinstrumenten. Een verwijzing naar deze vragenlijsten is steeds opgenomen in de hoofdstukken. Om de attitude jegens en ervaringen van zorgverleners en patiënten met het IZP vast te stellen, werden daarnaast door het onderzoeksteam zelf vragen ontwikkeld. Deels betrof dit vragen die ook in ander NIVEL-onderzoek zijn gebruikt.

**Statistische analyses**

De gegevens uit de vragenlijsten van de voor- en nameting zijn geanalyseerd met behulp van beschrijvende statistiek. Tevens zijn op gegevens van T0 (oktober 2013) – T1 (oktober 2014) toetsingen uitgevoerd op de zorgverleners-gerapporteerde en patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten, om veranderingen over de tijd te kunnen vaststellen. Hiertoe zijn t-toetsen (continue variabelen) en chi-kwadraattoetsen (categorische variabelen) uitgevoerd.