



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

Werken aan zelfmanagement met een individueel zorgplan
Evaluatie onder patiënten met diabetes mellitus type 2

Chantal Leemrijse
Daphne Jansen
Mieke Rijken

ISBN 978-94-6122-254-1

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2014 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

Belangrijkste bevindingen en conclusie	5
1 Inleiding	9
1.1 Achtergrond	9
1.2 Doel evaluatieonderzoek onder patiënten	10
1.3 Vraagstelling	10
1.4 Opzet van het onderzoek	11
2 Kenmerken van de onderzoeksgroep en de ontvangen diabeteszorg	13
2.1 Kenmerken van de onderzoeksgroep	13
2.2 Ontvangen diabeteszorg begin 2013	16
3 Opvattingen over en ervaringen met individueel zorgplan	19
3.1 Opvattingen en ervaringen in februari 2013	19
3.2 Opvattingen en ervaringen in april 2014	19
4 Veranderingen op patiënt-gerapporteerde uitkomsten	23
4.1 Ervaren diabeteszorg	23
4.2 Patiëntactivatie en zelfmanagement	25
4.3 Kwaliteit van leven van patiënten	27
4.4 Meer effect bij bepaalde groepen patiënten of bepaalde aanpak?	28
Bijlagen:	
Bijlage 1 Methodologische verantwoording	33
Bijlage 2 Resultaten voor subgroepen	37

Belangrijkste bevindingen en conclusie

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. Het is een taak van zorgverleners om patiënten te ondersteunen bij zelfmanagement en het individueel zorg plan (IZP) kan daarbij een hulpmiddel zijn. De zorggroepen Stadsmaatschap Utrecht/Careyn en PreventZorg hebben dit als speerpunt in hun beleid opgenomen en daarin samenwerking gezocht met Vilans. Dit heeft geleid tot de ontwikkeling en uitvoering van het pilotproject ‘Individueel zorgplan: aan de slag met zelfmanagement’.

Het pilotproject was erop gericht een organisatie-brede visie op zelfmanagementondersteuning te ontwikkelen en te implementeren binnen de diabeteszorg van de huisartsenpraktijken van Stadsmaatschap Utrecht en PreventZorg. Betrokken zorgverleners binnen deze 11 praktijken volgden onder andere specifieke scholing met betrekking tot (het ondersteunen van) zelfmanagement. Het werken met een IZP was hierin een belangrijk onderdeel (zie voor de inhoud van de scholing en de ervaringen van de zorgverleners: Boshuizen et.al., 2014).

Onderhavig rapport heeft betrekking op één van de subdoelstellingen van het project: een evaluatie onder patiënten. Het rapport beschrijft de ervaringen van patiënten met diabetes mellitus type 2 met het gebruik van het IZP en de veranderingen die daarin zijn opgetreden gedurende het project. Daarnaast wordt gekeken of er bij deze patiënten veranderingen zijn opgetreden in hun waardering voor de verleende diabeteszorg, hun activatieniveau¹, de mate van zelfmanagement en hun welbevinden, nadat de zorgverleners hadden deelgenomen aan het pilotproject.

De bevindingen en conclusies zijn gebaseerd op twee schriftelijke enquêtes die zijn gehouden onder patiënten met diabetes mellitus type 2. De eerste enquête vond begin 2013 plaats, voorafgaand aan de start van het project en de scholing van de praktijken. De tweede enquête vond plaats in april 2014, dus nadat zorgverleners en patiënten gedurende een jaar ervaringen hadden opgedaan met het werken met het IZP. Ruim 250 patiënten (N=256) namen deel aan beide enquêtes.

Een derde van de patiënten zegt na ruim een jaar een IZP te hebben

In april 2014 geeft 36% van de 256 patiënten aan dat zij een IZP hadden. Dit is een flinke toename ten opzichte van begin 2013, toen nog geen 10% aangaf een IZP te hebben. Opvallend is dat een deel van de patiënten volgens hun zorgverleners wel een IZP heeft, maar zelf aangeeft geen IZP te hebben of dat niet te weten. Andersom zegt ook een aantal patiënten een IZP te hebben terwijl dit door de zorgverleners niet is aangegeven.

¹ Patiëntactivatie behelst een combinatie van kennis, vaardigheden en vertrouwen in eigen kunnen om een actieve bijdrage te leveren aan de eigen gezondheid en de zorg voor een chronische ziekte.

Positieve ervaringen met het IZP

De ervaringen van patiënten die in april 2014 zelf aangeven een IZP te hebben (n=87) zijn overwegend positief. Dit is opmerkelijk omdat op de voormeting in februari 2013 bleek dat het draagvlak voor het werken met een IZP onder patiënten niet zo groot was. Van de kleine groep die destijds aangaf een IZP te hebben (n=19) zag wel ruim 60% persoonlijke voordelen van het gebruik van het plan. Van de grote groep patiënten die toen nog geen IZP hadden of dat niet wisten (n=237), wilde echter maar één op de vijf mensen in de toekomst samen met hun diabeteszorgverleners met een IZP aan de slag. Als belangrijkste redenen om niet met een IZP aan de slag te willen werd vooral genoemd dat men het nut er niet zo van inzag of dat zo'n plan niet nodig was omdat het wel goed ging met de (zelf-)zorg voor de diabetes.

In april 2014 heeft een deel (29%) van de 195 patiënten die in 2013 niet aangaven een IZP te willen hebben, er toch een gekregen en ziet 70% hiervan ook persoonlijke voordelen. Dit percentage ligt bijna net zo hoog als dat van de patiënten met een IZP die in februari 2013 al aangaven graag een IZP te willen hebben. Van deze patiënten ziet 72% persoonlijke voordelen van het IZP. Mensen die persoonlijke voordelen noemen geven vooral aan dat een dergelijk plan hen een steuntje in de rug biedt, de controle verbetert en voor bewustwording zorgt.

Enkele patiënten die in april 2014 een IZP hebben zien ook persoonlijke nadelen (5%). Zij vinden het IZP te betuttelend of te bevoogdend. Anderen vinden het lastig bij te houden of te tijdrovend, en een enkeling ziet het nut er niet van in.

Tachtig procent van de mensen met een IZP (n=87) zegt het plan ook daadwerkelijk zelf te gebruiken, bijvoorbeeld door met de vastgelegde doelen en afspraken aan de slag te gaan en het plan samen met de betrokken zorgverlener(s) periodiek te evalueren en zo nodig aan te passen. Bijna allemaal (90%) zijn zij van plan het IZP in de toekomst te blijven gebruiken.

In april 2014 geven 155 diabetespatiënten aan geen IZP te hebben of dit niet te weten. Op de vraag waarom zij geen IZP hebben geeft ruim een derde aan geen behoefte te hebben aan een IZP en een derde zegt dat hun diabeteszorgverleners nooit begonnen zijn over het werken met een IZP.

Toegenomen ervaren kwaliteit van zorg

Reeds bij de voormeting in 2013 waren patiënten positief over de ontvangen diabeteszorg. In april 2014 rapporteren zij echter gemiddeld genomen nog positievere ervaringen. Patiënten die in april 2014 aangeven een IZP te hebben rapporteren op beide metingen dat zij meer proactieve en patiëntgerichte zorg hebben ervaren dan patiënten die in april 2014 geen IZP hebben of dat niet weten. Maar in beide groepen (met of zonder IZP) zijn de ervaringen met de ontvangen zorg na een jaar positiever. Hetzelfde beeld zien we bij patiënten met een hoog of laag activatieniveau. Patiënten met een hoog activatieniveau rapporteren op beide meetmomenten meer proactieve en patiëntgerichte zorg te hebben ervaren dan patiënten met een laag activatieniveau, maar in beide groepen (met een hoog of laag activatieniveau) neemt de tevredenheid over de ontvangen diabeteszorg toe.

Weinig verbetering zelfmanagement

Het niveau van patiëntactivatie van de deelnemende diabetespatiënten was in februari 2013 vergelijkbaar met dat van andere groepen diabetespatiënten die aan onderzoek in Nederland deelnamen (Hendriks et al., 2013). De veronderstelling was dat het activatieniveau van patiënten zou toenemen door het gebruik van een IZP en/of de scholing van de zorgverleners. Ruim een jaar later (april 2014) is het activatieniveau van de totale groep echter niet veranderd. Het al dan niet hebben van een IZP maakt hierbij geen verschil.

Patiënten vonden in februari 2013 al dat zij op een goede manier met hun diabetes omgingen. Zij hadden hierbij dan ook maar weinig behoefte aan ondersteuning. Dit oordeel en deze behoefte zijn op de nameting niet veranderd. Wat het zelfzorggedrag betreft, zijn er evenmin veranderingen in de totale groep. Opvallend is wel dat juist de groep mensen die in april 2014 geen IZP hebben en de groep patiënten met een laag activatieniveau meer zijn gaan bewegen en hun voeten vaker zijn gaan controleren. Ook diabetespatiënten met co-morbiditeit zijn meer gaan bewegen. Daarbij moet worden opgemerkt dat de groep met een laag activatieniveau en de groep met co-morbiditeit bij de voormeting veel minder bewogen dan de groep met een hoog activatieniveau en de groep zonder co-morbiditeit. Dit geldt niet voor de groepen met of zonder IZP; deze twee groepen hadden bij aanvang wel een vergelijkbaar beweegniveau en hierbij zien we dus dat de groep die geen IZP heeft meer is gaan bewegen.

Kwaliteit van leven wat gedaald

De deelnemende patiënten ervoeren zowel op de voormeting als op de nameting maar zeer weinig diabetes-gerelateerde distress, wat overigens vaker in Nederlands onderzoek wordt gezien. Binnen de totale groep traden hierin ook geen veranderingen op. Patiënten met een bij aanvang laag activatieniveau gaven in februari 2013 aan meer diabetes gerelateerde distress te ervaren dan patiënten met een hoog activatieniveau. Ruim een jaar later is dit verschil tussen beide groepen niet meer aanwezig.

Opvallend is wel dat het psychisch welbevinden van de totale groep deelnemende patiënten in het algemeen wat minder goed is in april 2014 ten opzichte van de voormeting. Dit is niet anders voor mensen met of zonder een IZP of voor mensen met een bij aanvang hoog of laag activatieniveau. Wel valt op dat het afgenomen welbevinden zich vooral heeft voorgedaan binnen de groep diabetespatiënten met zelf-gerapporteerde co-morbiditeit en zien we het niet terug binnen de groep zonder co-morbiditeit. Deze achteruitgang in welbevinden is mogelijk te verklaren doordat patiënten niet alleen een jaar ouder zijn geworden, maar ook een jaar langer ziek zijn. Overigens is onlangs ook in een grootschalige evaluatie van 22 'disease management' praktijkprojecten geconstateerd dat het mentale welbevinden van de deelnemende patiënten over twee jaar was achteruit gegaan. Wat dat betreft staan deze resultaten dus niet op zichzelf.

Conclusie

Doordat in dit onderzoek geen controlegroep is meegenomen moeten de resultaten voorzichtig worden geïnterpreteerd. Bovendien is opvallend dat patiënten niet altijd lijken te weten dat er met een IZP wordt gewerkt. Omdat in de enquête werd uitgelegd wat er met een 'individueel zorgplan' werd bedoeld, lijkt onbekendheid met de term hiervoor

geen (volledige) verklaring te zijn. Wat de verklaring ook is, het maakt de inschatting van het specifieke effect van het hebben van een IZP lastig, omdat niet met 100% zekerheid kan worden gezegd welke patiënten wel of niet een IZP hebben.

Het overgrote deel van de diabetespatiënten die een IZP zeggen te hebben zijn hierover positief, ook als ze er in eerste instantie (voordat ze er een hadden) nog niet veel voor voelden. Mogelijk speelt hier toch het aloude gezegde ‘Onbekend maakt onbemind’. Het lijkt er dus op dat als diabeteszorgverleners met het IZP gaan werken, de meeste patiënten hierin zullen volgen en het ook als positief zullen ervaren.

In dit onderzoek werd geen aanwijzing gevonden voor de veronderstelling dat het werken met een IZP ertoe leidt dat het zelfmanagement of de kwaliteit van leven van patiënten verbetert. Misschien is het nog te vroeg om al echt veranderingen in patiënt-uitkomsten te kunnen vaststellen. Niet alle patiënten zijn direct na de voormeting gezien in de praktijk en veel zorgverleners waren nog maar net begonnen met het werken met een IZP. De interventieduur kan bij sommige patiënten dus kort zijn geweest. Bovendien is bekend dat leefstijl, wat een belangrijk onderdeel vormt van zelfmanagement, lastig te veranderen is. Een ander punt is dat veel patiënten op de voormeting reeds aangaven dat zij goed met hun diabetes omgaan en derhalve hierbij weinig problemen ervoeren.

Positief is wel dat patiënten de kwaliteit van de zorg verbeterd vinden, terwijl zij op de voormeting al heel tevreden waren. Dit geldt overigens zowel voor patiënten die aangaven een IZP te hebben als voor patiënten die aangaven geen IZP te hebben of dat niet wisten. Mogelijk zijn de zorgverleners die hebben deelgenomen aan de scholing meer proactief en patiëntgericht gaan werken, ongeacht of zij daarbij het IZP als concreet hulpmiddel gebruiken.

Door de zorgverleners uit de zorggroepen werd verwacht dat het werken met een IZP vooral bij mensen met een hoog activatieniveau effect zou hebben. De resultaten van deze evaluatie ondersteunen deze verwachting niet. Ook het verschil in aanpak van de twee zorggroepen, waarbij de praktijken van de Stadsmaatschap Utrecht met een kleine groep patiënten aan de slag gingen terwijl de praktijken van PreventZorg alle patiënten in het project betrokken, liet geen verschil in effect van het IZP zien.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Zelfmanagement speelt een belangrijke rol binnen de programmatische aanpak van de zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2. Van patiënten wordt verwacht dat zij samen met hun familie en andere mensen in hun omgeving zo veel mogelijk zelf zorg dragen voor de behandeling en de omgang met hun ziekte in het dagelijks leven, en zelf keuzes maken en beslissingen nemen. Zorgverleners vervullen daarbij een coachende rol. Zorgverleners kunnen patiënten helpen om inzicht te krijgen in hun aandoening en hen vervolgens te ondersteunen om zelf op een actieve manier met hun ziekte of gezondheid aan de slag te gaan. Een belangrijk instrument om zelfmanagement te ondersteunen en zichtbaar te maken, is het individuele zorgplan (IZP). Een IZP is een boekje (of een digitaal plan) dat een patiënt meeneemt naar de consulten met zijn zorgverleners. Hierin leggen patiënt en zorgverlener vast aan welke gezondheidsdoelen de patiënt gaat werken, hoe hij deze gaat bereiken en welke ondersteuning hij daarbij nodig heeft. Zelfmanagementondersteuning en het werken met een IZP is een nieuwe ontwikkeling voor eerstelijnszorgpraktijken en wordt nog maar op kleine schaal in Nederland toegepast. Het vraagt een andere houding van zorgverleners en patiënten en raakt aan de manier waarop de praktijk is georganiseerd. Het is daarom wenselijk om zorggroepen in de eerste lijn hierbij te ondersteunen. De zorggroepen Stadsmaatschap Utrecht/Careyn en PreventZorg hebben hiertoe samenwerking gezocht met Vilans, hetgeen geleid heeft tot de ontwikkeling en uitvoering van het pilotproject ‘Individueel zorgplan: aan de slag met zelfmanagement’.

Project ‘Individueel zorgplan: aan de slag met zelfmanagement’

De hoofddoelstelling van het project was door Vilans in samenwerking met de betrokken zorggroepen als volgt geformuleerd:

het ontwikkelen en implementeren van een organisatie-brede visie op zelfmanagementondersteuning binnen de chronische zorg van Stadsmaatschap Utrecht en PreventZorg. Op basis van deze visie doen huisartsen, praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen in 12 pilotpraktijken ervaring op met het werken met een individueel zorgplan en wordt een top 3 aan zelfmanagementinterventies geselecteerd die in de praktijk worden gebruikt.

De subdoelstellingen van het project waren inzicht krijgen in:

- de inzetbaarheid van het IZP Diabetes: is het bruikbaar voor alle diabetespatiënten of werkt het alleen bij bepaalde typen patiënten (bijvoorbeeld, patiënten met bepaalde persoonskenmerken, motivatie, sociaal-economische status)?
- de randvoorwaarden die nodig zijn om brede implementatie (binnen de twee betrokken zorggroepen, maar ook landelijk) van zelfmanagementondersteuning en het IZP te doen slagen.
- de ervaringen van eerstelijns zorgverleners en de resultaten bij diabetespatiënten door middel van uitvoering van respectievelijk een proces- en effectevaluatie.

In het kader van het project namen zorgverleners uit de pilotpraktijken begin 2013 deel aan een drietal trainingsbijeenkomsten. Deze trainingsbijeenkomsten werden georganiseerd door de projectgroep en Vilans. In de bijeenkomsten werd voorlichting gegeven over zelfmanagement en werd actief aan de slag gegaan met de vraag hoe zelfmanagement in de zorgpraktijk vorm kan krijgen en wat daarvoor nodig is. Tijdens de training ontwikkelden zorgverleners een zogenoemd teamplan waarin werd vastgelegd op welke manier zij aan de slag zouden gaan met ondersteuning van het zelfmanagement van hun patiënten met diabetes mellitus type 2. Het werken met een IZP was een standaard onderdeel van het teamplan. Daarnaast werden ook andere methoden en interventies voor zelfmanagement-ondersteuning ingezet. Een gedetailleerde beschrijving van deze training staat beschreven in Boshuizen et al., 2014.

Het onderhavig rapport geeft alleen de resultaten weer van de in de derde subdoelstelling genoemde ‘effectevaluatie’, die hier verder wordt aangeduid als ‘evaluatieonderzoek onder patiënten’.

1.2 Doel evaluatieonderzoek onder patiënten

Het doel van het evaluatieonderzoek onder patiënten is drieledig:

1. Inzicht krijgen in de (veranderingen in) attitude en ervaringen van patiënten met diabetes mellitus type 2 rond zelfmanagement en de ondersteuning daarvan, en in het bijzonder het gebruiken van een individueel zorgplan (IZP) daarbij.
2. Nagaan of er bij patiënten met diabetes mellitus type 2 veranderingen waarneembaar zijn, nadat hun diabeteszorgverleners scholing hadden gevolgd om met het IZP aan de slag te gaan, in:
 - a. de waardering van de ontvangen zorg;
 - b. hun activatieniveau en zelfmanagement;
 - c. hun kwaliteit van leven.
3. Nagaan of het volgen van een scholing door zorgverleners gericht op zelfmanagement en het werken met een IZP meer ‘effect’ sorteert bij bepaalde groepen patiënten, in het bijzonder bij patiënten met een hoog activatieniveau (of juist bij patiënten met een laag activatieniveau).

1.3 Vraagstelling

Om na te gaan of de ontwikkelde interventie (scholing van eerstelijnszorgverleners op het gebied van zelfmanagement-ondersteuning, en in het bijzonder het leren werken met een individueel zorgplan) zijn vruchten afwerpt, zijn voor het evaluatie-onderzoek onder patiënten de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Welke opvattingen en ervaringen hebben patiënten met diabetes mellitus type 2 begin 2013 ten aanzien van het gebruiken van een individueel zorgplan (IZP)?
2. Zijn de opvattingen en ervaringen van deze patiënten ruim een jaar later, na de interventie (scholing en werken met het IZP in de praktijk), veranderd?

3. Welke ervaringen hebben patiënten met diabetes mellitus type 2 na de interventie met de ontvangen diabeteszorg, en zijn deze ervaringen veranderd ten opzichte van begin 2013?
4. In welke mate zijn patiënten met diabetes mellitus type 2 na de interventie bezig met zelfmanagement: hoe is hun niveau van patiëntactivatie, hoe vinden zij dat ze met hun ziekte omgaan en wat doen ze aan zelfzorg? En is dit veranderd ten opzichte van begin 2013?
5. Hoe ervaren patiënten met diabetes mellitus type 2 na de interventie hun kwaliteit van leven: in welke mate ervaren zij diabetes-gerelateerde distress en hoe is hun psychologisch welbevinden? En is dit veranderd ten opzichte van begin 2013?
6. Zijn er bepaalde subgroepen van patiënten (naar activatieniveau en naar persoons- of ziektekenmerken) te onderscheiden waarin eventuele veranderingen in attitude, ervaringen met het IZP en de diabeteszorg, zelfmanagement of kwaliteit van leven zich in meer of mindere mate hebben voorgedaan?

Door de zorgverleners uit de zorggroepen werd verwacht dat het werken met een IZP vooral bij mensen met een hoog activatieniveau effect zou hebben. Het activatieniveau² van patiënten is een belangrijke voorspeller voor de mate waarin zij aan zelfmanagement doen (Green & Hibbard, 2011; Hibbard et al., 2007; Rask et al., 2009), maar kennis over het activatieniveau van patiënten is ook voor zorgverleners belangrijk om de informatie die zij aan patiënten verstrekken en de ondersteuning die zij bieden goed af te stemmen op het niveau van de patiënt ('zorg-op-maat'). Daarom wordt bij vraagstelling 6 in ieder geval het activatieniveau van patiënten meegenomen in de analyse.

Daarnaast verschilde de aanpak van de twee zorggroepen enigszins. Terwijl bij de praktijken van de Stadsmaatschap Utrecht met een kleine groep diabetespatiënten werd gestart, werden bij de praktijken van PreventZorg alle patiënten met diabetes mellitus type 2 in het project betrokken. Bij de analyse is daarom ook gekeken naar een eventueel verschil in effect van het werken met een IZP binnen de beide zorggroepen.

1.4 Opzet van het onderzoek

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is op twee meetmomenten een schriftelijke enquête afgenomen bij een groep patiënten met diabetes mellitus type 2 die diabeteszorg ontvingen vanuit de deelnemende huisartsenpraktijken. De eerste meting vond plaats in februari 2013, de tweede in april 2014. Voor meer informatie over de opzet van het onderzoek, de gebruikte meetinstrumenten en de respons op de enquêtes: zie de Bijlage Methodische verantwoording.

² Patiëntactivatie behelst een combinatie van kennis, vaardigheden en vertrouwen in eigen kunnen om een actieve bijdrage te leveren aan de eigen gezondheid en de zorg voor een chronische ziekte.

2 Kenmerken van de onderzoeksgroep en de ontvangen diabeteszorg

In dit hoofdstuk beschrijven we de persoons- en ziektekenmerken van de onderzoeksgroep bij de eerste meting van februari 2013, alsmede kenmerken van de ontvangen diabeteszorg.

2.1 Kenmerken van de onderzoeksgroep

Tabel 2.1 laat zowel de kenmerken zien van alle deelnemers aan de voormeting als de kenmerken van de mensen die op beide meetmomenten de enquête invulden. Gegevens van deze laatste groep zijn gebruikt om na te gaan of er veranderingen zijn opgetreden tussen beide meetmomenten (zie hoofdstukken 3 en 4).

Kijken we naar de totale onderzoeksgroep (voormeting), dan zien we iets meer mannen dan vrouwen. De gemiddelde leeftijd is 67 jaar (range: 28-92 jaar). Bijna 60% van de deelnemende diabetespatiënten is 65-plusser. Nog geen 10% van de deelnemers is niet-westers allochtoon. Bijna 40% van de totale onderzoeksgroep is laag opgeleid en 30% is alleenstaand. De helft van de onderzoeksgroep is gepensioneerd en een op de vijf mensen heeft betaald werk.

Tabel 2.1 laat ook zien dat 90% van de mensen binnen de onderzoeksgroep over adequate (basale) gezondheidsvaardigheden³ beschikt, zoals het kunnen lezen en begrijpen van brieven van zorgverleners of het kunnen invullen van medische formulieren.

Wat betreft het patiëntactivatie-niveau is de onderzoeksgroep zowel qua gemiddelde score (M=57.9) als qua verdeling over de vier niveaus van patiëntactivatie vergelijkbaar met wat in 2011 en 2012 in een andere Nederlandse studie onder mensen met diabetes (Achmea-verzekerden) werd gevonden (Hendriks et al., 2013).

Tussen de persoonskenmerken van de groep die op beide metingen aan de enquêtes meedeed en die van de totale onderzoeksgroep, zitten geen statistisch significante verschillen.

³ Deze gezondheidsvaardigheden werden gemeten met drie vragen (Short Test of Functional Health Literacy in Adults; STOHFLA), die tezamen een effectieve screener vormen voor het detecteren van inadequate gezondheidsvaardigheden (Chew et al., 2004).

Tabel 2.1: Persoonskenmerken van de onderzoeksgroepen, op basis van zelfrapportage: respondenten op de voormeting (N=376) en respondenten op zowel de voor- als nameting (N=256)

	Respondenten voormeting		Respondenten beide metingen	
	N	%	N	%
Sekse	356		245	
Man		56		59
Vrouw		44		41
Leeftijd	352		241	
Jonger dan 55 jaar		14		12
55 t/m 64 jaar		26		27
65 t/m 74 jaar		30		32
75 jaar en ouder		29		28
Etniciteit	343		234	
Autochtoon		83		85
Westers allochtoon		8		9
Niet-westers allochtoon		9		6
Opleidingsniveau	348		239	
Laag (t/m LBO)		39		33
Midden (voortgezet onderwijs, MBO)		39		41
Hoog (HBO, WO)		22		26
Leefsituatie	357		245	
Alleenstaand		30		29
Met partner		70		71
Maatschappelijke situatie *	344		237	
Verricht betaald werk		21		22
Werkloos / werkzoekend		3		3
(gedeeltelijk) arbeidsongeschikt		9		9
Huisvrouw/-man		12		12
Gepensioneerd		50		51
Anders		4		4
Gezondheidsvaardigheden (SBSQ)	373		254	
Adequaat		90		94
Inadequaat		10		6
Patiëntactivatie niveau (PAM)	355		247	
Niveau 1		21		17
Niveau 2		22		22
Niveau 3		34		37
Niveau 4		24		23

* Meest van toepassing volgens respondent.

Uitgaande van de totale onderzoeksgroep die deelnam aan de voormeting valt op dat ruim de helft van de deelnemers aangaf al meer dan vijf jaar diabetespatiënt te zijn (tabel 2.2.). Het overgrote deel wordt behandeld met orale antidiabetica en een derde gaf aan (daarnaast) leefstijladvies te krijgen. Achttien procent moet insuline gebruiken.

Bij 72% van de totale onderzoeksgroep is diabetes-gerelateerde co-morbiditeit⁴ aanwezig. Het gaat hierbij vooral om hart- en vaatziekten en overgewicht. Daarnaast is bij 53% van de totale onderzoeksgroep sprake van niet aan diabetes gerelateerde co-morbiditeit, zoals COPD of artrose. Het feit dat patiënten naast hun diabetes nog andere chronische aandoeningen hebben zou hun zelfmanagement van diabetes, maar ook de ondersteuning ervan (bijvoorbeeld in de vorm van een IZP), kunnen bemoeilijken.

Zo'n driekwart van de totale onderzoeksgroep beoordeelde hun algehele gezondheid begin 2013 als goed, zeer goed of zelfs uitstekend.

Ook bij de ziektekenmerken zijn geen statistisch significante verschillen te vinden tussen de groep die op beide meetmomenten deelnam en de totale groep van de voormeting. Over het geheel genomen wijkt de groep die op beide metingen meedeed dus niet af van de totale onderzoeksgroep.

Tabel 2.2: Ziektekenmerken van de onderzoeksgroepen, op basis van zelfrapportage: respondenten op de voormeting (N=376) en respondenten op zowel de voor- als nameting (N=256)

	Respondenten voormeting		Respondenten beide metingen	
	N	%	N	%
Diabetesduur (post-diagnose)	358		250	
Korter dan een jaar		6		6
Een tot vijf jaar		38		38
Langer dan vijf jaar		56		56
Diabetesbehandeling*	369		255	
Leefstijladvies		34		34
Orale antidiabetica		85		87
Insuline		18		18
Andere behandeling		2		2
Geen behandeling		3		3
Aan diabetes gerelateerde co-morbiditeit	375		256	
Aanwezig		72		72
Niet aan diabetes gerelateerde co-morbiditeit	375		256	
Aanwezig		53		52
Ervaren gezondheid	368		252	
Uitstekend		4		4
Zeer goed		11		14
Goed		59		63
Matig		25		19
Slecht		1		0

* Meerdere antwoorden mogelijk, waardoor het totaal meer dan 100% is.

⁴ De bij dit onderzoek betrokken diabeteszorgverleners hebben de volgende aandoeningen als diabetes-gerelateerd aangemerkt: hart-/vaataandoening, overgewicht, hypertensie, verhoogd cholesterol, aneurysma, verminderde bloedtoevoer nieren, (poli)neuropathie, CVA, slaapapneu.

2.2 Ontvangen diabeteszorg begin 2013

Tabel 2.3 laat zien dat de diabeteszorg van de deelnemende patiënten voor het overgrote deel vanuit de eerste lijn werd verleend. Vrijwel alle patiënten gaven begin 2013 aan het afgelopen jaar contact te hebben gehad met een praktijkondersteuner of diabetesverpleegkundige werkzaam in de huisartsenpraktijk. Tachtig procent rapporteerde (ook) contact te hebben gehad met de huisarts.

Tabel 2.3: Contact met verschillende zorgverleners over het afgelopen jaar; percentage patiënten dat contact met betreffende zorgverlener had* (peiling februari 2013)

	Respondenten voormeting (N=369) %	Respondenten beide metingen (N=252) %
Huisarts	80	80
Praktijkondersteuner / diabetesverpleegkundige in huisartsenpraktijk	91	92
Diabetesverpleegkundige in ziekenhuis	3	2
Internist / diabetoloog	4	2
Diëtist	10	9
Fysiotherapeut	7	7
Apotheker	29	29
Podotherapeut	5	4
Pedicure	36	35
Oogarts of optometrist	41	43
Cardioloog	12	11
Vaatchirurg	3	3
Neuroloog	5	4
Nefroloog	1	0
Uroloog	4	3
Maatschappelijk werker	1	1
Psycholoog	1	0
Andere zorgverlener	2	2

* Meerdere antwoorden mogelijk, waardoor het totaal meer dan 100% is.

Gevraagd naar de zorgverlener met wie men vanwege diabetes het meest contact heeft, kwam opnieuw de praktijkondersteuner/diabetesverpleegkundige werkzaam in de huisartsenpraktijk naar voren: 80% van de totale onderzoeksgroep gaf aan dat men het meeste contact had gehad met deze zorgverlener; 18% noemde de huisarts.

Driemaandelijke controles

Voor de driemaandelijke controles gaven de diabetespatiënten aan contact te hebben met de praktijkondersteuner of de huisarts. Van de totale onderzoeksgroep werd 94% driemaandelijks gecontroleerd, waarbij 95% aan gaf dat dit door de praktijkondersteuner gebeurde en 51% dat dit door de huisarts werd gedaan. Van de groep die aan beide metingen meedeed, gaf eveneens 94% aan driemaandelijks gecontroleerd te worden, 97% door de praktijkondersteuner en 48% door de huisarts.

Jaarlijkse controles

Voor de jaarlijkse controles heeft een wat groter deel van de diabetespatiënten contact met de huisarts. Van de groep die begin 2013 aangaf jaarlijks een uitgebreide controle te hebben (88% van de totale onderzoeksgroep) gaf 62% aan dat de huisarts deze controle uitvoert. Maar 67% gaf ook aan dat dit weleens of altijd door de praktijkondersteuner of de diabetesverpleegkundige werkzaam in de praktijk gebeurt.

Van de groep die aan beide metingen meedeed, gaf 90% aan jaarlijks een uitgebreide controle te hebben. Die controle werd volgens 59% van hen door de huisarts gedaan, maar volgens 71% ook weleens of altijd door de praktijkondersteuner of de diabetesverpleegkundige werkzaam in de praktijk.

Aanspreekpunt voor patiënt

In de enquête van februari 2013 werd aan de patiënten ook gevraagd of hen verteld was met wie zij contact zouden moeten opnemen als zij vragen hebben over hun diabetes. Vijftien procent van de totale onderzoeksgroep gaf aan dat hen niet verteld is wie voor hen het aanspreekpunt is. Ruim de helft (53%) gaf aan dat de praktijkondersteuner of verpleegkundige in de huisartsenpraktijk hun aanspreekpunt is bij vragen over de diabetes en ongeveer een derde (32%) gaf aan dat hen gezegd is dat de huisarts hun aanspreekpunt is. Dezelfde resultaten vinden we wanneer we ons beperken tot de patiënten die aan beide metingen meededen.

Samenwerking en afstemming tussen de verschillende diabeteszorgverleners

Uit de enquête van februari 2013 komt naar voren dat de deelnemende diabetespatiënten zeer tevreden waren over de samenwerking en afstemming tussen hun verschillende zorgverleners betrokken in de diabeteszorg op dat moment. Vrijwel iedereen (94% in beide groepen) noemde de samenwerking en afstemming goed of uitstekend. Slechts zes procent beoordeelde dit als matig of slecht.

3 Opvattingen over en ervaringen met individueel zorgplan

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke opvattingen en ervaringen de diabetespatiënten begin 2013 hadden ten aanzien van het gebruiken van een individueel zorgplan (IZP) (onderzoeksvraag 1). Tevens wordt beschreven in hoeverre deze opvattingen en ervaringen ruim een jaar later, na de scholing van praktijkmedewerkers in ondersteuning van zelfmanagement en het werken met het IZP, zijn veranderd (onderzoeksvraag 2). Aan de praktijkmedewerkers is bovendien in april 2014 gevraagd om per patiënt aan te geven of er in het afgelopen jaar met de methodiek van het IZP bij de betreffende patiënt was gewerkt.

De resultaten worden alleen weergegeven van de groep patiënten die zowel in februari 2013 als in april 2014 een enquête hebben ingevuld (N=256).

3.1 Opvattingen en ervaringen in februari 2013

Bij de voormeting in februari 2013 gaven 19 patiënten (8%) aan een IZP te hebben. Vijfentachtig procent van de patiënten had geen IZP en 7% wist het niet. Van de kleine groep patiënten met een IZP maakte 94% hier ook zelf gebruik van en zag 61% van de patiënten voordelen aan het gebruik van een IZP. Voordelen die werden genoemd waren bijvoorbeeld dat afspraken over de zorg helder waren, er beter gecommuniceerd werd en dat het IZP zorgde voor persoonlijke motivatie en stimulans. Geen van de 19 patiënten gaf aan nadelen van het IZP te zien.

Van de patiënten die in februari 2013 nog geen IZP hadden gaf maar 20% aan dit in de toekomst wel te willen hebben. Eenenviertig procent wilde geen IZP en 39% wist dit nog niet.

3.2 Opvattingen en ervaringen in april 2014

De betrokken zorgverleners hebben in april 2014 per patiënt aangegeven of er ‘volgens de methodiek van het IZP’ was gewerkt. Een eerste opvallende bevinding daaruit is dat patiënt en zorgverlener in ruim 40% van de gevallen verschillend hebben geantwoord op de vraag of er een IZP aanwezig was. Tabel 3.1 laat zien dat 87 patiënten in april 2014 aangaven een IZP te hebben, terwijl de zorgverleners bij 121 patiënten aangaven dat ‘de methodiek van het individueel zorgplan werd toegepast in de consulten bij de patiënt’. Bij 51 patiënten (20%) bestond overeenstemming over het aanwezig zijn van een IZP en bij 99 patiënten (39%) waren patiënt en zorgverlener het met elkaar eens dat er geen IZP gebruikt werd.

Het is mogelijk dat er door de zorgverleners wel volgens ‘de methodiek van het IZP’ is gewerkt, bijvoorbeeld wat het stellen en nastreven van persoonlijke doelen van de patiënt betreft, maar dat de patiënt niet heeft gezien dat dit werd vastgelegd in een IZP (op papier of digitaal). Aan de andere kant gaven 36 patiënten aan wel een IZP te hebben, terwijl de betrokken zorgverlener niet had aangegeven bij deze patiënten met de methodiek van het

IZP te hebben gewerkt. Dat kan betekenen dat sommige patiënten voor zichzelf een IZP hebben of dat het werken met een IZP niet altijd goed door praktijkmedewerkers is geregistreerd. In ieder geval bestaat er onduidelijkheid over welke patiënten nu precies wel of geen IZP hebben in april 2014.

Tabel 3.1: Het hebben van een IZP volgens de patiënt afgezet tegen het ‘werken met de methodiek van het IZP’ volgens de betrokken zorgverleners (N=256)

	IZP volgens zorgverlener	Geen IZP door zorgverlener aangegeven	Totaal
IZP volgens patiënt	51	36	87
Geen IZP door patiënt aangegeven	70	99	169
Totaal	121	135	256

In de nu volgende paragrafen wordt het oordeel van de patiënt over het wel of niet hebben van een IZP als uitgangspunt genomen.

Voor- en nadelen IZP

In april 2014 gaf een groter aantal patiënten dan in 2013 aan een IZP te hebben, namelijk 87 (36%). Van deze 87 patiënten gaf 74% aan voordelen te zien van het gebruik van een IZP, wat een hoger percentage is dan in februari 2013. Genoemde voordelen zijn bijvoorbeeld dat het IZP een ‘stok achter de deur’ is, dat het de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt benadrukt en dat men door het IZP meer controle en meer bewustwording ervaart. Negen procent van de patiënten zag geen voordelen van het IZP. Drie patiënten met een IZP zagen ook nadelen aan het gebruik ervan. Zij vonden het werken met het IZP te veel gedoe en één patiënt gaf aan dat de extra aandacht vanwege het IZP tot grotere bezorgdheid leidde. Opvallend is dat ook patiënten die begin 2013 aangaven geen IZP te willen (en er toen ook geen hadden) maar in april 2014 toch een IZP hadden (29%) positief zijn over het IZP. Zeventig procent van hen ziet voordelen van het IZP en slechts 4% nadelen.

Aan de patiënten die in april 2014 (nog) geen IZP hadden is gevraagd wat de reden daarvoor was. De voornaamste reden die werd genoemd was dat zij er geen behoefte aan hadden (36%), maar een flink deel (30%) gaf ook aan dat hun zorgverleners nooit over een IZP begonnen waren. Ruim een vijfde (22%) wist niet waarom zij geen IZP hadden. Ook aan deze patiënten zonder IZP is gevraagd of zij voor- en nadelen van een IZP zien. Achttien procent van deze patiënten (n=28) zag voordelen en 9% nadelen, zoals ‘te veel gedoe’ en ‘betuttelend’.

Vorm van IZP

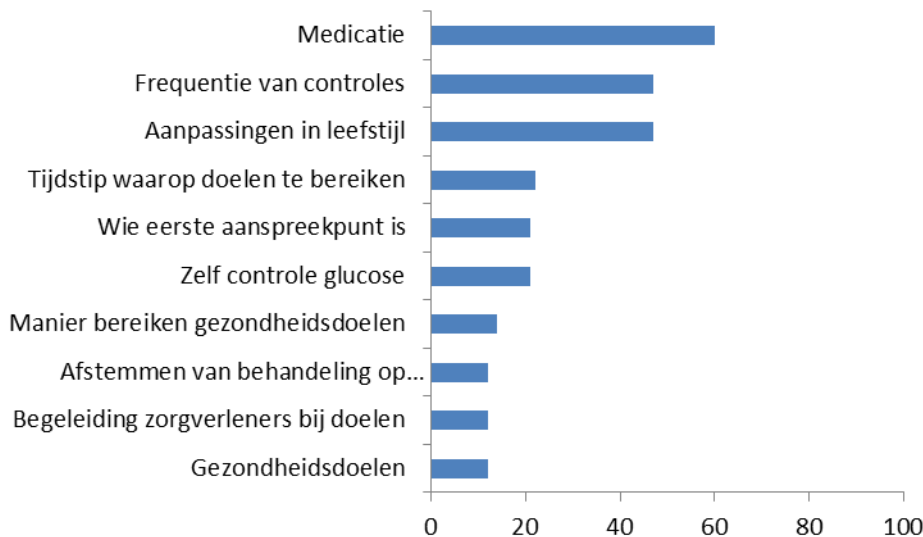
De meeste patiënten hebben een IZP in de vorm van een boekje of blaadje dat zij mee naar huis kunnen nemen (57%). Daarnaast zegt 27% dat hun IZP digitaal is vastgelegd. De overige patiënten gaven aan dat het IZP niet schriftelijk is vastgelegd (17%) of weet het niet (5%). De meerderheid van de patiënten (60%) gaf aan een boekje of blaadje de

meest handige vorm te vinden; aan een digitaal IZP werd minder vaak de voorkeur gegeven (18%). Figuur 3.1 geeft weer wat er volgens patiënten in hun IZP staat.

Initiatief voor het IZP

Ruim driekwart van de patiënten met een IZP (78%) gaf aan dat het initiatief voor het opstellen daarvan bij de praktijkondersteuner of de diabetesverpleegkundige in de huisartsenpraktijk vandaan kwam. Volgens 43% van de patiënten nam de huisarts (ook) dit initiatief en 6% van de patiënten gaf aan (ook) zelf het initiatief hiertoe te hebben genomen (respondenten konden meerdere antwoorden geven). In vrijwel alle gevallen is het IZP opgesteld in overleg tussen de patiënt en zorgverlener(s). Bij alle patiënten was de praktijkondersteuner of de diabetesverpleegkundige betrokken bij het opstellen van het plan en in 46% van de gevallen ook de huisarts.

Figuur 3.1: Onderdelen van het IZP



Gebruik IZP

Van de 87 patiënten met een IZP gaf 81% aan het zorgplan ook zelf te gebruiken, en 94% zei dat het regelmatig besproken werd met de zorgverlener(s). Dit gebeurde tijdens de driemaandelijks (88%) of de jaarlijkse (21%) controle⁵. Het IZP wordt volgens de patiënten indien nodig aangepast (92%). Zes procent van de patiënten met een IZP gaf aan dat het nog nooit besproken was.

Van de patiënten met een IZP was het overgrote deel (88%) van plan dit in de toekomst te blijven gebruiken. Genoemde redenen om het IZP niet meer te gebruiken zijn dat patiënten zelf geen behoefte aan een IZP hebben, het te veel tijd kost of te moeilijk is om met een IZP te werken, of dat de zorgverleners er geen behoefte aan hebben.

⁵ Gezien de tijdspanne van dit onderzoek zullen er veel patiënten zijn die na het opstellen van het IZP nog geen jaarlijkse controle hebben gehad

4 Veranderingen op patiënt-gerapporteerde uitkomsten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen 3 t/m 6 beantwoord. Het gaat hierbij om de vraag of patiënten na de scholing van de diabetes zorgverleners veranderingen hebben ervaren in de ontvangen diabeteszorg (vraag 3), of hun activatieniveau en zelfmanagement is veranderd (vraag 4) en of hun kwaliteit van leven is veranderd (vraag 5). Tevens wordt gekeken of bepaalde veranderingen zich meer of minder hebben voorgedaan in bepaalde subgroepen van patiënten (vraag 6).

Per uitkomstmaat worden de resultaten van de voor- en nameting voor de totale groep patiënten (N=256) gepresenteerd en het verschil daartussen getoetst. Daarnaast worden steeds de resultaten beschreven voor subgroepen die wel of niet een IZP zeggen te hebben in april 2014 en voor subgroepen met een hoog (niveau 3/4) of laag (niveau 1/2) niveau van patiëntactivatie in februari 2013. De verwachting was dat door de interventie het activatieniveau van patiënten zou toenemen maar ook dat het werken met een IZP meer effect zou hebben bij mensen met een hoog activatieniveau.

De specifieke scores van deze subgroepen en de resultaten van de toetsingen staan in bijlage 2. De resultaten van overige subgroepen (bijvoorbeeld wat betreft leeftijd, het al of niet hebben van co-morbiditeit, zorggroep) worden alleen vermeld wanneer zij afwijken van het algemene patroon.

4.1 Ervaren diabeteszorg

Om de ervaringen met de verleende diabeteszorg te evalueren is gebruik gemaakt van de PACIC-S, een voor Nederland gevalideerd meetinstrument (Cramm & Nieboer, 2012). De PACIC-S bestaat uit negen items die vragen naar de ervaringen over de afgelopen zes maanden met bepaalde aspecten van proactieve patiëntgerichte diabeteszorg (tabel 4.1). De antwoorden per item kunnen variëren tussen 1 en 5; hoe hoger de score, hoe meer de patiënt de diabeteszorg als proactief en patiëntgericht heeft ervaren. In de vragenlijst werd bij de vragen 3 en 7 tevens de optie ‘niet van toepassing’ geboden, omdat niet iedere patiënt een zorgplan zou hebben. Deze optie is door de patiënten echter ook bij andere vragen gebruikt, waardoor de aantallen respondenten met valide antwoorden per item nogal verschillen.

Resultaten totale groep

Tabel 4.1 laat zien dat in april 2014 de diabetespatiënten gemiddeld genomen meer proactieve en patiëntgerichte zorg hebben ervaren dan in februari 2013. Het gaat om een kleine, maar wel significante verbetering. Kijken we naar specifieke aspecten van de ontvangen zorg, dan zien we op alle individuele items een significante verbetering, met uitzondering van item 6, waarover men ook al op de voormeting heel positief was.

Tabel 4.1: Ervaren diabeteszorg in respectievelijk februari 2013 en april 2014, gemiddelde scores (M) en 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI) op de PACIC-S schaal en afzonderlijke items

Schaalscore PACIC-S (1-5)	N	Voormeting		Nameting		P*
		M	BI	M	BI	
Gedurende de laatste zes maanden ...:	153	2.52	2.38-2.67	2.90	2.75-3.05	< .005
1. Werd mij gevraagd om te vertellen wat ik zelf wil bereiken met de zorg voor mijn diabetes	168	2.42	2.21-2.62	2.99	2.78-3.21	< .005
2. Werd ik geholpen om specifieke doelen op te stellen om mijn eetgedrag en bewegingspatroon te verbeteren	129	3.04	2.80-3.28	3.26	3.04-3.48	< .05
3. Werd mij een kopie van mijn zorgplan gegeven.	45	1.69	1.39-1.99	2.29	1.87-2.71	< .005
4. Werd ik aangemoedigd om naar een cursus of (groeps-) bijeenkomst te gaan die mij zou kunnen helpen om te gaan met mijn diabetes.	157	1.46	1.33-1.60	1.69	1.54-1.83	< .005
5. Werden mij direct of in een onderzoek vragen gesteld over mijn leefstijl (roken, bewegen, eten, etc.).	184	3.42	3.22-3.64	3.77	3.59-3.95	< .005
6. Was ik zeker dat mijn arts of verpleegkundige rekening hield met wat ik belangrijk vond toen zij mij behandelingen adviseerden.	169	3.57	3.37-3.77	3.66	3.48-3.83	n.s.
7. Werd ik geholpen een zorgplan te maken dat ik in mijn dagelijkse leven kon toepassen.	62	2.42	2.06-2.78	3.03	2.69-3.37	< .005
8. Werd ik geholpen om vooruit te plannen, zodat ik zelfs als ik me ziek of niet lekker voel met mijn diabetes kan omgaan.	154	2.07	1.87-2.28	2.5	2.28-2.72	< .005
9. Werd mij gevraagd hoe mijn diabetes mijn leven beïnvloedt.	167	2.48	2.28-2.68	2.74	2.54-2.95	< .05

* Tweezijdige toetsing, significant verschil tussen voor- en nameting als $P < .05$.

Resultaten bij mensen met en zonder een IZP

De PACIC-S totaalscore is voor de groep patiënten met een IZP (in april 2014) al bij de eerste meting in februari 2013 significant hoger dan voor de groep patiënten zonder een IZP, maar in beide groepen is sprake van significant positievere ervaringen met de ontvangen diabeteszorg in april 2014 ten opzichte van een jaar eerder (zie bijlage 2, tabel B4.1).

Resultaten bij mensen met een hoog of laag activatieniveau

Patiënten met een hoger activatieniveau (in februari 2013) rapporteren al op de voormeting significant meer positieve ervaringen met de ontvangen diabetes zorg dan patiënten met een lager activatieniveau. Echter, ook hier geldt dat beide groepen in april 2014 significant (nog) betere zorg ervaren dan in februari 2013 (zie bijlage 2, tabel B4.1).

4.2 Patiëntactivatie en zelfmanagement

In deze paragraaf wordt beschreven hoe en in welke mate patiënten zelf een actieve rol spelen bij de zorg voor hun diabetes en in hoeverre zij bezig zijn met zelfmanagement.

Patiëntactivatie

Patiëntactivatie is gemeten met behulp van de Nederlandse versie van de verkorte Patient Activation Measure (PAM-13; oorspronkelijke vragenlijst van Hibbard et al., 2004; 2005; Nederlandse vertaling van Rademakers et al., 2012). Er kan zowel een continue totaalscore (tussen 0 en 100) berekend worden waarbij een hogere score duidt op een grotere mate van patiëntactivatie, als een indeling naar activatieniveau (niveaus 1 t/m 4). Mensen die niet of nauwelijks de regie over de eigen gezondheid voeren, vallen onder niveau 1 en mensen die heel actief zijn ten aanzien van de eigen gezondheid en/of ziekte vallen onder niveau 4. We presenteren hier de resultaten van de continue totaalscores.

Resultaten totale groep

Tabel 4.2 laat zien dat er bij de totale groep geen sprake is van een toename van het niveau van patiëntactivatie na de interventie. Er is overigens evenmin sprake van een afname van het activatieniveau.

Tabel 4.2: Patiëntactivatiescore van diabetespatiënten in respectievelijk februari 2013 en april 2014, gemiddelde scores (M) en 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI)

	N	Voormeting		Nameting		T-toets
		M	BI	M	BI	P*
PAM-13 totaalscore	234	59.0	57.4-60.6	58.6	57.0-60.2	.58

* Tweezijdige toetsing, significant verschil tussen voor- en nameting als $P < .05$.

Resultaten bij mensen met en zonder een IZP

De resultaten bij de groep patiënten die in april 2014 aangaf een IZP te hebben zijn vergelijkbaar met die van de groep die niet aangaf een IZP te hebben (zie bijlage 2, tabel B4.2).

Zelfmanagement

Om een indicatie te krijgen van hoe patiënten zelf hun eigen diabetesmanagement beoordelen werd hen gevraagd een rapportcijfer (tussen 1 en 10) te geven voor *hoe goed zij over het algemeen weten om te gaan met hun diabetes*. Vervolgens werd hen de vraag voorgelegd of zij (meer) hulp of ondersteuning van zorgverleners zouden willen bij het omgaan met hun diabetes. Voor het meten van de mate waarin patiënten diabetes-gerelateerde zelfzorg uitvoeren werd gebruik gemaakt van de gevalideerde Summary of the Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA; Toobert et al., 2000). Deze vragenlijst bestaat uit 11 items die verschillende aspecten van diabetes zelfzorg meten. We selecteerden hieruit die aspecten die voor de Nederlandse situatie het meest relevant

zijn, in die zin dat ze in lijn zijn met de in Nederland gebruikte richtlijnen ten aanzien van leefstijl: voldoende bewegen, gezond eten, voetverzorging, niet roken en het zelf meten van de bloedglucosewaarde. Per item wordt gevraagd op hoeveel dagen van de week de patiënt, gemiddeld genomen over de afgelopen maand, het betreffende zelfzorggedrag uitvoerde. Dit resulteerde voor dit onderzoek in vier domeinscores die elk kunnen variëren tussen 0 en 7 (dagen), waarbij een hogere waarde aangeeft dat men vaker het betreffende zelfzorggedrag uitvoerde. Voor het rookgedrag varieerde de mogelijke score tussen 0 (op geen enkele dag van de week gerookt) en 1 (op tenminste een dag per week gerookt).

Resultaten totale groep

Uit tabel 4.3 komt naar voren dat patiënten zichzelf zowel in februari 2013 als in april 2014 een hoog rapportcijfer geven voor de manier waarop zij met hun diabetes omgaan. Er is geen significant verschil tussen de scores op de voor- en nameting wat dit betreft. Kijken we naar de behoefte aan ondersteuning bij het omgaan met diabetes, dan blijkt die behoefte zowel in februari 2013 als in april 2014 gering. De scores op de SDSCA laten zien dat er evenmin een verandering is opgetreden in het zelfzorggedrag van patiënten tussen februari 2013 en april 2014. Het percentage rokers ligt beide metingen rond 14%.

Resultaten bij mensen met en zonder een IZP

Wanneer de resultaten afzonderlijk worden bekeken voor de groepen patiënten met en zonder een IZP in april 2014 (bijlage 2, tabel B4.3), valt op dat de groep zonder IZP significant meer is gaan bewegen en vaker de voeten is gaan controleren.

Resultaten bij mensen met een laag of hoog activatieniveau

Wanneer de resultaten afzonderlijk worden bekeken voor de groepen patiënten met een laag of hoog activatieniveau (bijlage 2, tabel B4.4), zien we dat de groep patiënten met een laag activatieniveau significant meer is gaan bewegen en vaker de voeten is gaan controleren.

Tabel 4.3: Zelfmanagement van diabetespatiënten in respectievelijk februari 2013 en april 2014, gemiddelde scores (M) of percentages (%) en 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI)

	N	Voormeting		Nameting		T-toets
		M	BI	M	BI	P*
Oordeel over hoe goed men over het algemeen weet om te gaan met de diabetes (rapportcijfer: 1-10)	227	7.9	7.7-8.0	7.7	7.5-7.9	.12
Domeinscores zelfzorg (SDSCA):						
1. Voldoende bewegen (0-7)	229	3.8	3.5-4.1	4.1	3.8-4.3	.06
2. Gezond eten (0-7)	235	4.7	4.4-4.9	4.7	4.4-4.9	.93
3. Voetverzorging (0-7)	234	1.7	1.4-1.9	1.9	1.6-2.2	.10
4. Meten van de bloedglucosewaarde.(0-7)	229	1.1	0.8-1.3	1.2	1.0-1.5	.23
	N	%	BI	%	BI	
Heeft gerookt (ref. heeft niet gerookt).	242	14.9	10.4-19.4	13.6	9.3-18.0	
Heeft behoefte aan (meer) hulp of ondersteuning van zorgverleners bij het omgaan met de diabetes.	228	11.8	7.6-16.0	9.6	9.6-13.5	

* Tweezijdige toetsing, significant verschil tussen voor- en nameting als $P < .05$.

Overige resultaten

Tenslotte zijn binnen enkele andere subgroepen verschillen in zelfzorggedrag gevonden na de interventie ten opzichte van een jaar daarvoor. Zo is de groep 65- tot 74-jarigen meer gaan bewegen en zijn ook de groepen diabetespatiënten met (al dan niet diabetes-gerelateerde) co-morbiditeit meer gaan bewegen. Omdat er veel toetsingen zijn uitgevoerd, kan het hier echter ook om toevalsbevindingen gaan.

4.3 Kwaliteit van leven van patiënten

De kwaliteit van leven is vastgesteld aan de hand van twee indicatoren: de mate waarin patiënten diabetes-gerelateerde distress ervaren en de mate waarin zij psychisch welbevinden ervaren. Voor het meten van de diabetes-gerelateerde distress is gebruik gemaakt van de gevalideerde Nederlandse versie van de Problem Areas in Diabetes vragenlijst (PAID; Snoek et al., 2000). Deze vragenlijst, bestaande uit 20 items, meet de mate waarin patiënten veel voorkomende negatieve emoties gerelateerd aan het leven met diabetes ervaren. De schaalscore kan variëren tussen 0 en 100, waarbij een hogere score een indicatie is voor meer distress.

Voor het meten van het psychisch welbevinden is gebruik gemaakt van de WHO-Five Well-being Index (WHO-5; Bech et al., 2004). Deze index bestaat uit vijf items die betrekking hebben op de mate waarin mensen een positieve stemming, vitaliteit en een algemene interesse voor allerlei dingen in de afgelopen twee weken hebben ervaren. De schaalscore kan variëren tussen 0 en 100, waarbij een hogere score een beter welbevinden representeert.

Resultaten totale groep

Tabel 4.4 laat zien dat de patiënten reeds in februari 2013 een zeer laag niveau van diabetes-gerelateerde distress ervoeren en in april 2014 is dat niveau dan ook niet significant lager. Ook in het Nederlandse onderzoek van Kasteleyn en collega's (2014) onder patiënten met diabetes mellitus type 2 die recent een 'acuut coronair event' hadden meegemaakt werden zeer lage gemiddelde scores op de PAID (lager dan 10.0) gevonden. Wat dat betreft zijn de onderhavige bevindingen dus niet afwijkend.

Opvallend is dat de patiënten een wat minder goed psychisch welbevinden rapporteren dan op de voormeting. Het gaat hier om een klein verschil, dat echter wel significant is. Het is moeilijk te zeggen waardoor het komt dat het psychisch welbevinden wat is verminderd. Het zou te maken kunnen hebben met de interventie (patiënten zouden bijvoorbeeld zich iets meer zorgen kunnen zijn gaan maken door de nieuwe intensievere aanpak van hun diabetes en hun eigen rol daarin), maar in dat geval zouden we ook enige toename van de diabetes-gerelateerde distress verwachten, welke niet is gevonden. Het verminderde welbevinden zou ook te maken kunnen hebben met het feit dat men gewoon een jaar ouder is geworden en/of een jaar langer ziek is. Uit het grootschalige evaluatieonderzoek van Nieboer en collega's van 22 'disease management' praktijkprojecten komt eveneens naar voren dat de mentale kwaliteit van leven van de deelnemende patiënten, waaronder diabetespatiënten, na twee jaar was verslechterd, terwijl het zelfzorggedrag (bewegen, roken) van patiënten en hun fysieke kwaliteit van leven wel verbeterd was (Cramm et al., 2014).

Tabel 4.4: Ervaren diabetes-gerelateerde distress (PAID) en psychologisch welbevinden (WHO-5) van patiënten in respectievelijk februari 2013 en april 2014, gemiddelde scores (M) en 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI)

	N	Voormeting		Nameting		T-toets
		M	BI	M	BI	P*
Schaalscore PAID (0-100)	226	10.8	8.8-12.8	11.8	9.7-13.8	.24
Schaalscore WHO-5 (0-100)	218	62.6	60.0-65.1	59.4	56.8-62.1	.01

* Tweezijdige toetsing, significant verschil tussen voor- en nameting als $P < .05$.

Resultaten bij mensen met en zonder een IZP

Zowel bij de groep patiënten zonder een IZP als bij de groep met een IZP (in april 2014) zien we dat het psychisch welbevinden in april 2014 als geheel wat minder goed is. Het verschil tussen de voor- en nameting is bij de groep zonder een IZP significant; bij de (kleinere) groep met een IZP niet (bijlage 2, tabel B4.5).

Resultaten bij mensen met een hoog of laag activatieniveau

Hoewel beide groepen op beide meetmomenten een zeer laag niveau van diabetes-gerelateerde distress laten zien, ervoeren patiënten met een laag activatieniveau zowel in 2013 als in 2014 significant meer diabetes-gerelateerde problemen dan patiënten met een hoog activatieniveau. Bij beide groepen zien we echter tussen beide metingen geen significante verandering in distress.

Ook het psychisch welbevinden van de groep patiënten met een laag activiteitsniveau is op beide meetmomenten significant lager dan dat van de groep patiënten met een hoog activatieniveau. Zagen we in de totale (grotere) groep nog een achteruitgang in psychisch welbevinden in april 2014 ten opzichte van februari 2013, in de (kleinere) groepen met een laag c.q. hoog activatieniveau is die achteruitgang niet significant (bijlage 2, tabel B4.5).

Overige resultaten

Tenslotte valt op dat de groep patiënten met (al dan niet diabetes gerelateerde) co-morbiditeit (gemeten in februari 2013) een significante achteruitgang op psychisch welbevinden laat zien, terwijl binnen de groep patiënten zonder co-morbiditeit er geen significant verschil tussen voor- en nameting bestaat.

4.4 Meer effect bij bepaalde groepen patiënten of bepaalde aanpak?

In de vorige paragrafen in dit hoofdstuk is steeds al met behulp van t-toetsen (en deels chi-kwadraattoetsen) gekeken of bepaalde veranderingen zich meer of minder hebben voorgedaan binnen subgroepen van patiënten die al of niet een IZP hadden in april 2014 en binnen subgroepen van patiënten met een laag of hoog activatieniveau in februari 2013. Omdat de in het pilotproject betrokken partijen de verwachting hadden dat het werken met een IZP meer effect zou sorteren bij patiënten met een hoog activatieniveau, is tenslotte een aantal regressie-analyses uitgevoerd waarmee deze hypothese kon worden getoetst. Bij deze analyses werd steeds gekeken hoe goed het resultaat op een bepaalde

uitkomstmaat (bijvoorbeeld PACIC-S score) van de nameting kon worden voorspeld uit het resultaat van dezelfde uitkomstmaat op de voormeting, het patiëntactivatieniveau op de voormeting, het al of niet hebben van een IZP op de nameting, en de interactie tussen de laatste twee factoren. Uit deze analyses kwam naar voren dat (uiteeraard) het resultaat op de betreffende uitkomstmaat van de voormeting van voorspellende waarde is, maar dat noch het patiëntactivatieniveau noch het al of niet hebben van een IZP hieraan iets toevoegt. Ook het interactie-effect was nergens significant. Dit betekent dat in dit onderzoek geen ondersteuning is gevonden voor de verwachting dat het werken met een IZP meer effect sorteert bij diabetespatiënten met een hoog activatieniveau dan bij patiënten met een laag activatieniveau. Het tegenovergestelde werd overigens evenmin gevonden: patiënten met een laag activatieniveau profiteren niet meer van het werken met een IZP dan patiënten met een hoog activatieniveau.

Tenslotte is ook gekeken of het werken met een IZP tussen de twee zorggroepen andere resultaten liet zien. Dit omdat de aanpak binnen de beide zorggroepen enigszins verschilde. In de deelnemende praktijken van de ene zorggroep werd bij alle patiënten met diabetes type 2 met de IZP-aanpak gestart; bij de deelnemende praktijken van de andere zorggroep werd met een kleinere, willekeurige selectie van patiënten met het IZP aan de slag gegaan. Separate analyses per zorggroep gaven vergelijkbare resultaten. Dit betekent dat in dit onderzoek geen bewijs werd gevonden dat de ene aanpak tot betere resultaten leidt dan de andere.

Referenties

- Bech P. Measuring the dimensions of psychological general well-being by the WHO-5. *Quality of Life Newsletter* 2004; 32: 15-16.
- Boshuizen D, Brinkers M, Spitsbaard-Velmans J, Haverkamp L, Borgdorff A, de Bonth N, de Rooij H. Eindrapportage Project Individueel Zorgplan; aan de slag met zelfmanagement.
- Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Family Medicine* 2004; 36: 588-594.
- Cramm JM, Nieboer AP. Factorial validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and PACIC short version (PACIC-S) among cardiovascular disease patients in the Netherlands. *Health and Quality of Life Outcomes* 2012; 10: 104.
- Cramm JM, Tsiachristas A, Adams SA, Walters BH, Bal R, Huijsman R, Rutten-van Mülken M, Nieboer AP. Evaluatie van disease management programma's in Nederland. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, 2014.
- Greene J, Hibbard JH. Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *Journal of General Internal Medicine* 2011; 27: 520-526.
- Hendriks M, Plass AM, Heijmans M, Rademakers J. Minder zelfmanagementvaardigheden, dus meer zorggebruik? De relatie tussen patiëntactivatie van mensen met diabetes en hun zorggebruik, zorgkosten, ervaringen met de zorg en diabetes-gerelateerde klachten. Utrecht: NIVEL, 2013.
- 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.
- Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M. Development and testing of a Short Form of the Patient Activation Measure. *Health Services Research* 2005; 40: 1918.
- Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M. Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Services Research* 2007; 42: 1443-1463.
- Kasteleyn MJ, Gorter KJ, Stellato RK, Rijken M, Nijpels G, Rutten GEHM. Tailored support for type 2 diabetes patients with an acute coronary event after discharge from hospital – design and development of a randomised controlled trial. *Diabetology & Metabolic Syndrome* 2014; 6: 5.
- Kasteleyn MJ, Vos RC, Rijken M, Schellevis FG, Rutten GEHM. Effectiveness of a tailored supportive intervention for type 2 diabetes patients with a first acute coronary event after hospital discharge: a multicentre randomised controlled trial. *Aangeboden*.

Rademakers J, Nijman J, van der Hoek L, Heijmans M, Rijken M. Measuring patient activation in the Netherlands: translation and validation of the American short form Patient Activation Measure (PAM13). *BMC Public Health* 2012; 12: 577.

Rask KJ, Ziemer DC, Kohler SA, Hawley JN, Arinde FJ, Barnes C. Patient activation is associated with healthy behaviors and ease in managing diabetes in an indigent population. *The Diabetes Educator* 2009; 25: 622-630.

Snoek FJ, Pouwer F, Welch GW, Polonsky WH. Diabetes-related emotional distress in Dutch and U.S. diabetic patients: cross-cultural validation of the problem areas in diabetes scale. *Diabetes Care* 2000; 23: 1305-1309.

Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure : results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care* 2000; 23: 943-950.

Bijlage 1 Methodologische verantwoording

Steekproeven

Voor dit onderzoek zijn gegevens verzamelen bij patiënten met diabetes mellitus type 2, die voor hun diabetes onder behandeling waren in een van de 11 huisartsenpraktijken aangesloten bij de zorggroepen Stadsmaatschap Utrecht/Careyn of PreventZorg. De deelnemende huisartsenpraktijken van PreventZorg kozen ervoor om met al hun patiënten met diabetes type 2 met het IZP aan de slag te gaan, terwijl de praktijken aangesloten bij de Stadsmaatschap Utrecht/Careyn ervoor kozen om het IZP bij een (willekeurig) deel van hun patiënten met diabetes type 2 in te zetten. De gedachte hierachter was dat het werken met het IZP per patiënt in eerste instantie meer tijd zou vragen en dat het daarom wellicht beter zou zijn om kleinschaliger te starten.

Voormeting

De (willekeurig) geselecteerde patiënten ontvingen een informatiebrief en een vragenlijst voorafgaand aan de interventie via hun huisartsenpraktijk (februari 2013). Vervolgens ontvingen zij één maal een schriftelijke reminder, eveneens vanuit hun huisartsenpraktijk. Tabel B1.1 laat zien hoeveel vragenlijsten er per zorggroep en per praktijk werden uitgezet, en hoeveel daarvan werden geretourneerd. De totale bruto respons op de voormeting bedroeg 58% (399 vragenlijsten retour), maar zoals uit de tabel naar voren komt, verschilde dit nogal per praktijk.

Tabel B1.1: Steekproeven en respons voormeting

Zorggroep	Praktijk	Aantal uitgezette vragenlijsten voormeting	Aantal geretourneerde vragenlijsten voormeting	Respons voormeting (%)
Stadsmaatschap	A	40	24	60
	B	40	16	40
	C	40	25	63
	D	40	18	45
	E	40	16	40
PreventZorg	A	83	58	70
	B	83	45	54
	C	83	56	67
	D	83	59	71
	E	83	36	43
	F	74	46	62
Totaal		689	399	58

Van de 399 geretourneerde vragenlijsten bleken er 376 bruikbaar voor analyse.

Nameting

Op verzoek van Vilans en de twee zorggroepen werd de nameting niet 12, maar 14 maanden later dan de voormeting uitgevoerd. Hierdoor hadden de zorgverleners en hun

patiënten de kans om gedurende een heel jaar ervaring op te doen met het IZP. Patiënten die aan de voormeting hadden deelgenomen ontvingen via hun huisartsenpraktijk in april 2014 de vragenlijst van de nameting. Er werd één maal vanuit de praktijken een schriftelijke reminder gestuurd. In totaal werden 259 vragenlijsten ingevuld geretourneerd (65%). Van 256 patiënten was zowel de voor- als de nameting bruikbaar voor analyse.

Meetinstrumenten

De vragenlijsten van de voor- en nameting werden door het NIVEL in overleg met Vilans en de betrokken zorggroepen opgesteld. Daarbij werd zoveel mogelijk gekozen voor gevalideerde meetinstrumenten (tabel B1.2). Om de attitude jegens en ervaringen van 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.

Tabel B1.2: Gebruikte gevalideerde meetinstrumenten voor- en nameting

Concepten en meetinstrumenten		
Gezondheidsvaardigheden	Short Test of Functional Health Literacy in Adults (STOHFLA; Chew et al., 2004)	Drie korte screeningsvragen, waarmee kan worden vastgesteld of basale gezondheidsvaardigheden adequaat dan wel niet adequaat zijn.
Patiëntactivatie	Patient Activation Measure – 13 item versie (Hibbard et al., 2004; 2005; Nederlandse gevalideerde versie van Rademakers et al., 2012)	Dit betreft 13 items die de kennis, vaardigheden en het vertrouwen in eigen kunnen om met gezondheid of chronische ziekte om te gaan meten. Er kan zowel een totaalscore (tussen 0 en 100) als een indeling naar vier niveaus van patiëntactivatie die relevantie hebben voor de klinische praktijk worden geconstrueerd. Hoe hoger de score, hoe hoger het activatieniveau.
Ervaren proactieve patiëntgerichte zorg	Patient Assessment of Chronic Illness Care questionnaire – short version (PACIC-S;; Nederlandse gevalideerde versie van Cramm & Nieboer, 2012)	Negen items die vragen naar de ervaringen over de afgelopen zes maanden met bepaalde aspecten van proactieve patiëntgerichte diabeteszorg. De antwoorden per item kunnen variëren tussen 1 en 5; hoe hoger de score, hoe meer de patiënt de diabeteszorg als proactief en patiëntgericht heeft ervaren.
Zelfzorggedrag	Summary of the Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA; Toobert et al., 2000)	De vragenlijst bestaat uit 11 items die verschillende aspecten van diabetes zelfzorg meten. We selecteerden hieruit die aspecten die in lijn zijn met de in Nederland gebruikte richtlijnen ten aanzien van leefstijl: voldoende bewegen, gezond eten, voetverzorging, niet roken en het zelf meten van de bloedglucosewaarde. Per item wordt gevraagd op hoeveel dagen van de week de patiënt, gemiddeld genomen over de afgelopen maand, het betreffende zelfzorggedrag uitvoerde. Hoe hoger de score, hoe meer zelfzorg wordt uitgevoerd.
Diabetesgerelateerde distress	Problem Areas in Diabetes vragenlijst (PAID; Nederlandse gevalideerde versie van Snoek et al., 2000).	Deze vragenlijst, bestaande uit 20 items, meet de mate waarin patiënten veel voorkomende negatieve emoties gerelateerd aan het leven met diabetes ervaren. De schaalscore kan variëren tussen 0 en 100, waarbij een hogere score een indicatie is voor meer distress.
Psychisch welbevinden	WHO-Five Well-being Index (WHO-5; Bech et al., 2004)	Deze index bestaat uit vijf items die betrekking hebben op de mate waarin mensen een positieve stemming, vitaliteit en een algemene interesse voor allerlei dingen in de afgelopen twee weken hebben ervaren. De schaalscore kan variëren tussen 0 en 100, waarbij een hogere score een beter welbevinden representeert.

Statistische analyses

De gegevens uit de vragenlijsten van de voor- en nameting zijn geanalyseerd met behulp van beschrijvende statistiek. De vragen met een ‘open antwoord’-optie, zoals de vragen naar de waargenomen of veronderstelde voor- en nadelen van het IZP, zijn waar mogelijk en relevant samengevat.

Tevens zijn T0 (februari 2013) – T1 (april 2014) toetsingen uitgevoerd op de patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten, om veranderingen bij dezelfde patiënten over de tijd te kunnen vaststellen. Hiertoe zijn t-toetsen (continue variabelen) en chi-kwadraattoetsen (categorische variabelen) uitgevoerd.

Tenslotte is multiple lineaire regressie-analyse toegepast om na te gaan of het al of niet hebben van een IZP zoals gerapporteerd door patiënten op de nameting en hun niveau van patiëntactivatie bij aanvang van voorspellende waarde zijn voor verandering op de in dit onderzoek gebruikte uitkomstmaten. Daarbij werd tevens (door middel van het toevoegen van een interactieterm aan het model) getoetst of het al of niet hebben van een IZP andere ‘effecten’ geeft bij patiënten met een hoog of laag activatieniveau. Op eenzelfde wijze werd getoetst of er verschil was in effect van het werken met een IZP tussen de twee verschillende zorggroepen (kleinschalige versus grootschalige implementatie).

Bijlage 2 Resultaten voor subgroepen

Deze bijlage bevat de resultaten die in hoofdstuk 4 beschreven zijn voor subgroepen van diabetespatiënten, te weten patiënten met en zonder een IZP (zoals gerapporteerd in april 2014) en patiënten met een hoog of laag activatieniveau in februari 2013 (PAM-13 score 3 of 4 ten opzichte van PAM-13 score 1 of 2).

Zelfmanagement

Tabel B4.3: Zelfmanagement van diabetespatiënten in respectievelijk februari 2013 en april 2014, uitgesplitst naar patiënten met en zonder IZP, gemiddelde scores (M) of percentages (%) en 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI)

	Voormeting met IZP				Nameting met IZP				Voormeting zonder IZP				Nameting zonder IZP			
	N	M	BI	P	N	M	BI	P	N	M	BI	P	N	M	BI	P
Oordeel over hoe goed men weet om te gaan met diabetes (1-10)	80	8.0	7.7-8.2	7.7	7.4-8.0	.09			147	7.8	7.5-8.1	7.7	7.4-7.9	.42		
Domainscores zelfzorg (SDSCA):																
Voldoende bewegen	81	3.9	3.4-4.4	3.9	3.4-4.3	1.0			148	3.8	3.4-4.1	4.2	3.8-4.5	.02		
Gezond eten	82	5.0	4.6-5.4	4.8	4.4-5.2	.31			153	4.5	4.2-4.8	4.6	4.2-4.9	.54		
Voetverzorging	82	2.2	1.7-2.7	2.0	1.6-2.4	.32			152	1.4	1.0-1.7	1.9	1.5-2.2	.001		
Metten bloedglucose	79	1.7	1.2-2.2	1.6	1.0-2.1	.57			150	0.8	.5-1.0	1.1	.8-1.4	.06		
	N	%	BI	%	BI				N	%	BI	%	BI			
Heeft gerookt (ref. heeft niet gerookt).	81	19.8	11.1-28.4	16.0	8.1-24.0				161	12	7.3-17.5	12	7.3-17.5			
Behoeft aan (meer) hulp/ondersteuning van zorgverleners bij het omgaan met diabetes.	77	17	8.5-25.3	14	6.5-22.1				151	9.3	4.6-13.9	7.3	3.1-11.4			

Tabel B4.4: Zelfmanagement van diabetespatiënten in respectievelijk februari 2013 en april 2014, uitgesplitst naar patiënten met een laag en hoog activatieniveau; gemiddelde scores (M) of percentage (%) en 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI)

	Voormeting laag activatieniveau				Nameting laag activatieniveau				Voormeting hoog activatieniveau				Nameting hoog activatieniveau			
	N	M	BI	P	N	M	BI	P	N	M	BI	P	N	M	BI	P
Oordeel over hoe goed men weet om te gaan met diabetes (1-10)	84	7.5	7.1-7.9	7.5	7.2-7.8	.90			136	8.0	7.7-8.2	7.8	7.5-8.0	.06		
Domainscores zelfzorg (SDSCA):																
Voldoende bewegen	87	3.2	2.8-3.7	3.8	3.3-4.2	.02			137	4.2	3.8-4.6	4.3	3.9-4.6	.71		
Gezond eten	89	4.2	3.8-4.6	4.4	4.0-4.8	.40			141	4.9	4.6-5.2	4.8	4.5-5.1	.33		
Voetverzorging	89	1.2	.8-1.6	1.8	1.4-2.2	.02			140	1.9	1.5-2.3	2.0	1.6-2.3	.81		
Metten bloedglucose	86	.8	.5-1.2	1.0	.6-1.5	.34			136	1.2	.9-1.5	1.3	1.0-1.7	.38		
	N	%	BI	%	BI				N	%	BI	%	BI			
Heeft gerookt (ref. heeft niet gerookt).	94	14.9	7.7-22.1	13.8	6.9-20.8				142	14.8	8.9-20.6	13.4	7.8-19.0			
Behoeft aan (meer) hulp/ondersteuning van zorgverleners bij het omgaan met diabetes.	84	11.9	5.0-18.8	13.1	5.9-20.3				137	12.4	6.9-17.9	8.0	3.5-12.6			

Kwaliteit van leven

Tabel B4.5: Ervaren diabetes-gerelateerde distress (PAID) en psychologisch welbevinden (WHO-5) van patiënten in respectievelijk februari 2013 en april 2014, uitgesplitst naar patiënten met en zonder IZP en patiënten met een lage of hoge activatiescore; gemiddelde scores (M) en 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI)

	Voormeting met IZP			Nameting met IZP			Voormeting zonder IZP			Nameting zonder IZP			
	N	M	BI	N	M	BI	N	M	BI	N	M	BI	p
Schaalscore PAID	79	10.2	7.2-13.3	11.6	8.2-15.1	.17	147	11.1	8.6-13.7	11.8	9.5-14.4	.52	
Schaalscore WHO-5	78	64.4	60.0-68.8	61.9	57.2-66.6	.20	140	61.5	58.3-64.7	58.1	54.9-61.2	.04	
	Voormeting laag activiteitsniveau			Nameting laag activiteitsniveau			Voormeting hoog activiteitsniveau			Nameting hoog activiteitsniveau			
	N	M	BI	N	M	BI	N	M	BI	N	M	BI	p
Schaalscore PAID	86	13.7	9.9-17.5	13.0	9.3-16.6	.60	135	9.2	7.0-11.4	11.0	8.5-13.5	.06	
Schaalscore WHO-5	81	55.5	51.3-59.6	51.7	47.5-55.9	.07	131	66.4	63.2-69.6	64.1	61.0-67.3	.17	