



# Diabetes Zorgmonitor

Ontvangen mensen met  
diabetes de juiste zorg?



**Diabetesvereniging  
Nederland**

# Inhoudsopgave

<i>Voorwoord</i>	03
<i>Inleiding</i>	04
<i>Hoe is het onderzoek uitgevoerd?</i>	05
<i>Belangrijkste uitkomsten 2008</i>	05
<i>Belangrijkste uitkomsten 2010</i>	05
<i>Naleving Zorgstandaard</i>	08
<i>Vier niveaus van zelfregie</i>	10
<i>Betrokkenheid zorgverleners</i>	12
<i>Frequentie en onderdelen controles</i>	12
<i>Lichamelijke en psychische klachten</i>	13
<i>Oordeel over de zorg</i>	14
<i>Toepassing Zorgstandaard</i>	14
<i>Conclusie</i>	15

# Voorwoord

## *Feedback is het ontbijt van kampioenen*

Het tweede decennium van de 21e eeuw is het tijdperk van de patiënt. Ga maar na: in het vernieuwde zorgstelsel hebben wij een centrale positie gekregen. Keuze en regie biedt dit systeem ons. Via internet komt de regiefunctie van de zorgvrager goed op gang. Diabetesvereniging Nederland (DVN) trekt in dit veranderproces de leidende rol naar zich toe, alleen en met collegapatiëntenorganisaties. Mensen met diabetes kennen inmiddels al een redelijke vorm van zelfmanagement. Daarnaast biedt de Zorgstandaard Diabetes houvast. De regiefunctie is voordelig voor de patiënt. Het meer kunnen sturen op de inhoud van de zorg en het ontvangen van meer betrouwbare informatie, bieden grip op het leven met een aandoening. De patiënt zal op eigen niveau bewuster keuzes kunnen maken. Geluk en gezondheidswinst zijn daar een resultaat van.

Bij de regiefunctie hoort ook een klantopinie. Ongeveer 5700 mensen met diabetes vulden de Diabetes Zorgmonitor in. Het resultaat leest u in deze brochure. Die informatie is goud waard. Zorgverzekeraars, die ons vragen naar die opinie, moeten hun voordeel hiermee kunnen doen tijdens de zorginkoop. Zorgaanbieders krijgen een spiegel voorgehouden en kunnen hun prestaties verbeteren. Het mag duidelijk zijn dat wij die feedback met verve leveren. Wij doen dat uit eigenbelang, het gaat ten slotte over ons lijf en leven. Wie goed met de feedback omgaat kan een kampioen worden.

Feedback geven we in een relatie. De relatie zorgverlener-zorgvrager zien we als de kernrelatie in de zorg. In de spreekkamer bespreken we de essenties van het zelfmanagement. Hier staat de patiënt centraal. Met de Zorgmonitor in de hand bespreken we

op organisatieniveau de verbetering van de zorg. Op dat moment staat de zorgverlener centraal. Diverse opgeleide DVN-vrijwilligers in de regio gaan dit vanaf nu doen.

Op dat gesprek op organisatieniveau wil ik niet te ver vooruitlopen. Maar enkele lijnen uit deze monitor zijn nu al duidelijk. Veel te weinig patiënten beschikken over een behandelplan. Dat aantal moet omhoog. Verder is een afstemming van de zorgverlener op 'soorten' patiënten nodig; deze brochure licht dit nader toe. Bovendien zien we nog te weinig stimulans om de omgeving van de patiënt bij de behandeling te betrekken.

DVN neemt krachtig stelling als zij aan de patiënt een gratis portal, [mijndiabetes.nl](http://mijndiabetes.nl), ter beschikking stelt om de regiefunctie op te kunnen bouwen.\* De patiënt is medebehandelaar en verdient om die reden een eigen instrumentarium. Het wordt tijd dat de overheid de subsidies aan patiëntenorganisaties afschaft. In plaats daarvan dienen zorgverzekeraars onze dienstverlening te bekostigen. Het gaat om aantoonbare prestaties. DVN biedt nu al de Zorgmonitor, feedback en de portal en ziet uit naar meer samenwerkingsvormen samen met u, ten gunste van de patiënt.

Wij spreken elkaar.

Maarten Ploeg  
Directeur DVN

*\* Andere aandoeningen krijgen in de nabije toekomst ook een plek in deze portal die dan [mijnzorgpagina.nl](http://mijnzorgpagina.nl) heet. Zo logt iemand met meerdere aandoeningen eenmaal in en heeft alle zelfregie binnen handbereik.*

# Inleiding

**Deze brochure bevat de resultaten van de Diabetes Zorgmonitor 2010. Met deze vragenlijst wilde Diabetesvereniging Nederland (DVN) onderzoeken of mensen met diabetes de juiste zorg ontvangen. Wat de juiste zorg is, staat beschreven in de Zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF).**

De Zorgstandaard beschrijft welke elementen diabeteszorg zou moeten bevatten: het gaat om het werken met een zorgplan, driemaandelijks en jaarlijkse controles, samen met de cliënt doelen stellen, educatie etc. De respondenten is gevraagd of deze elementen zijn toegepast in de zorg van het afgelopen jaar.

In 2008 is de Diabetes Zorgmonitor voor het eerst uitgevoerd. De resultaten waren zorgelijk: "Mensen met diabetes type 2 hebben onvoldoende inzicht in hoe ze goede controle over hun dagelijkse diabeteszorg kunnen krijgen en hoe zij de risico's op complicaties kunnen verkleinen. De verleende zorg haalt niet het niveau dat de koepels van zorgverleners en patiënten hebben afgesproken in de Zorgstandaard diabetes type 2. Het tekort aan inzicht van de patiënt en het te lage zorgniveau van de zorgverlener leiden tot onnodige zorgkosten, meer complicaties en mindere kwaliteit van leven. Gezien deze resultaten is er nog veel werk gelegen in de educatie van de patiënt tot zorgconsument."

Met het bekendmaken van de onderzoeksresultaten van 2008, presenteerde DVN de Diabetes Zorgwijzer: een patiëntenversie van de Zorgstandaard voor mensen met diabetes type 2. De Diabetes Zorgwijzer geeft aan hoe mensen met diabetes kunnen checken of de zorgverlener zijn werk goed doet en wat de patiënt kan doen als hij niet tevreden is.

De resultaten in 2008 waren dus zorgelijk. Hoe is het met de diabeteszorg gesteld in 2010? Ontvangen mensen met diabetes de zorg die volgens de Zorgstandaard geboden zou moeten worden? In deze brochure worden allereerst de belangrijkste resultaten van de Diabetes Zorgmonitor 2010 beschreven. Daarnaast komt de vraag aan de orde of mensen met diabetes voldoende in staat zijn om hulpverleners aan te spreken op het naleven van de Zorgstandaard. Daarbij is gekeken naar de mate van zelfregie van mensen met diabetes. Een uitgebreid analyserapport, met alle resultaten uit het online onderzoek, is op te vragen bij DVN.

## Hoe is het onderzoek uitgevoerd?

De doelgroep van het onderzoek bestond uit mensen met diabetes. Deze mensen zijn op verschillende manieren benaderd. Leden van DVN zijn per mail uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Niet-leden zijn benaderd via andere communicatiemiddelen, zoals websites of via de eigen zorgverlener. De vragenlijst stond open van 27 april tot 23 augustus 2010. Van alle compleet ingevulde vragenlijsten bleken er 5468 bruikbaar om te analyseren tot betrouwbare resultaten. Bij de uitvoering van het onderzoek is DVN ondersteund door een onafhankelijk onderzoeksbureau (MediQuest) en een onafhankelijke adviseur (StrategieConsult).

### De vragenlijst

De vragenlijst bestond uit 54 vragen. Deze vragenlijst is ontwikkeld op basis van:

- de evaluatie van het onderzoek in 2008;
- de Zorgstandaard voor diabetes type 2;
- vragen over de kwaliteit van leven (ervaren gezondheid);
- vragen over de mate van invloed die mensen ervaren op hun leven met diabetes.

Naar aanleiding van de antwoorden op sommige vragen ontvingen respondenten meteen een advies over hoe zij hun eigen zorg kunnen verbeteren. De vragenlijst was in eerste instantie gericht op mensen met diabetes type 2, maar ook mensen met type 1 konden deelnemen.

### Diepte-interviews

Aangezien DVN benieuwd was naar het verhaal achter de cijfers, is gevraagd of de respondenten wilden meewerken aan aanvullende diepte-interviews. Hiervoor zijn twee groepen mensen geselecteerd: mensen waarbij de zorg grotendeels volgens de Zorgstandaard verloopt en mensen waarbij de Zorgstandaard maar beperkt is toegepast. In totaal zijn er 16 diepte-interviews afgenomen.

## Belangrijkste uitkomsten 2008

Uit de resultaten van de Diabetes Zorgmonitor 2008 bleek dat mensen met diabetes type 2 onvoldoende inzicht hebben in hoe ze goede controle over hun dagelijkse diabeteszorg kunnen krijgen en hoe zij de risico's op complicaties kunnen verkleinen. Mensen met diabetes ontvingen niet de zorg zoals beschreven in de Zorgstandaard diabetes type 2.

Uit het onderzoek bleek onder andere dat:

- 43% van de ondervraagden geen zorgplan had of niet wist dat hij het had;
- één op de vier mensen met diabetes de eigen streefwaarde voor bloedglucose niet kende;
- 18% niet wist wat de HbA1c-waarde was;
- 85% van de respondenten jaarlijks uitgebreid werd onderzocht, maar dat ogen, nieren, voeten, hart en vaten, bloedwaarden en spuitplaatsen niet altijd standaard werden gecontroleerd;
- slechts bij vier op de tien mensen daadwerkelijk aandacht werd besteed aan aanpassing van het beweegpatroon, voor eten en roken was dit nog minder;
- één op de drie mensen moeite had met het aanpassen van de leefgewoonten en hierbij in het merendeel van de gevallen niet adequaat in werd ondersteund;
- indien bij onderzoeken de streefwaarden niet gehaald werden, patiënt en zorgverlener slechts in 55% van de gevallen het zorgplan aanpasten om de waarden wél te halen.

## Belangrijkste uitkomsten 2010

In 2010 is de vraag of de zorg voldoet aan de Zorgstandaard opnieuw van belang. Onderstaand worden de meest opvallende resultaten van de Diabetes Zorgmonitor 2010 gepresenteerd.

### Bezoek zorgverleners en uitgevoerde controles

78,6% van de respondenten bezoekt vier keer of vaker per jaar zijn zorgverlener, 21,4% drie keer per jaar of minder. Uit de resultaten over de frequenties van de uitgevoerde controles blijkt dat bloedonderzoek en het onderzoek naar de ogen en nieren bijna altijd in ieder geval jaarlijks of vaker worden uitgevoerd (zie figuur 1). De bepaling van de BMI, meting van lengte en gewicht en onderzoek naar complicaties tonen een minder goed resultaat.

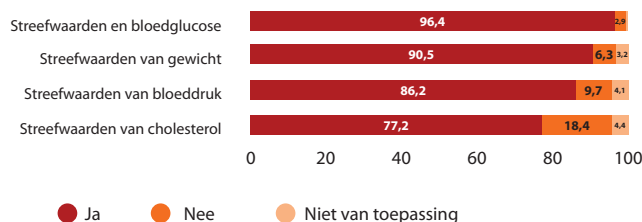
Bij 45,4% van de respondenten is de BMI niet bepaald, lengte en gewicht werd bij 42,2% niet gemeten en onderzoek naar complicaties werd bij 25,3% niet gedaan. Opvallend is dat als een controle niet is uitgevoerd 24,6% van de respondenten aangeeft dat nooit wordt besproken waarom een controle niet is gedaan.

## Zorgplan

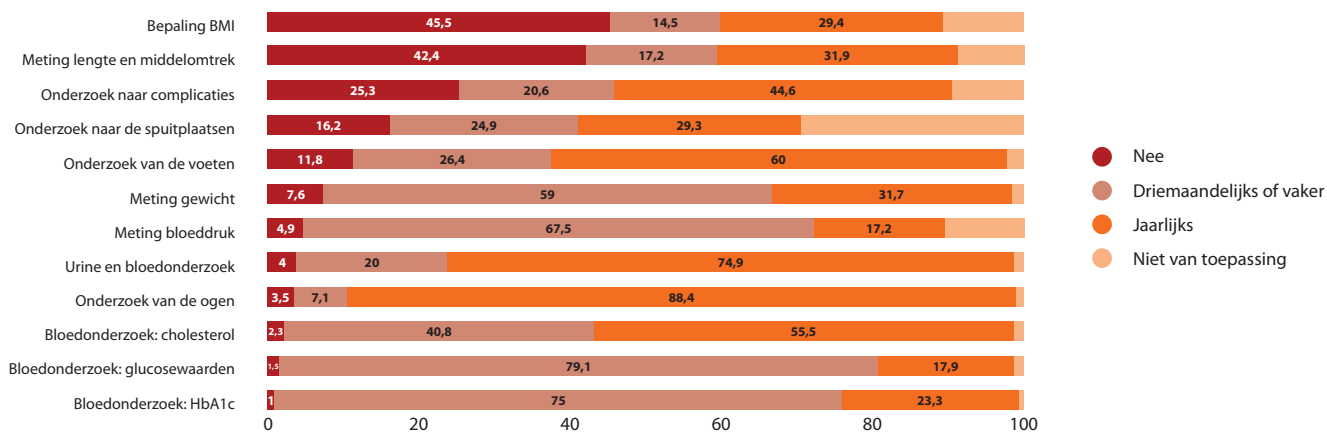
Een zorgplan is het persoonlijke plan voor de behandeling en bevat persoonlijke doelen. Ongeveer 40% van de respondenten geeft aan een zorgplan te hebben. Bij 8% van de respondenten is dit een schriftelijk opgesteld plan en 32% heeft zijn of haar zorgplan mondeling met de zorgverlener besproken. Helaas geeft ongeveer 60% aan geen zorgplan te hebben of het niet te weten. Wil dit resultaat ook zeggen dat er minder bekendheid is bij de respondenten over wat hun zorg inhoudt? Dat is niet het geval en dat blijkt uit de resultaten over de bekendheid met de streefwaarden.

## Streefwaarden

Met de algemene kennis over de persoonlijke streefwaarden is het goed gesteld bij de respondenten (zie figuur 2). 96,4% van de respondenten geeft aan de streefwaarden voor bloedglucose te kennen en 90,5% kent de streefwaarden voor gewicht. De streefwaarden voor de bloeddruk zijn bij 86,2% van de respondenten bekend. De streefwaarden voor cholesterol zijn het minst bekend, 77,2% geeft aan deze te kennen.



Figuur 2: Algemene kennis over persoonlijke streefwaarden



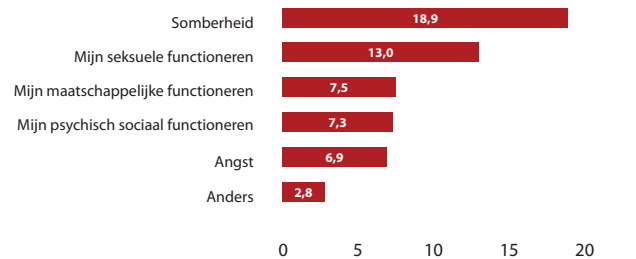
Figuur 1: Frequentie van uitgevoerde controles

## Algemene kennis

Meer dan 90% van de respondenten weet hoe vaak en door wie ze gecontroleerd worden, met welke zorgverleners ze te maken krijgen, hoe ze zelf de bloedglucose kunnen meten en wat de effecten van de medicijnen zijn. Indien nodig, weten de meeste respondenten bij wie ze terecht kunnen met vragen of voor meer informatie. Bij vragen over seksueel functioneren en vragen over geldproblemen weet 24,1% respectievelijk 23,9% van de respondenten niet waar ze terecht kunnen. Wat betreft de kennis van de Zorgwijzer geeft bijna de helft van de respondenten aan deze Zorgwijzer te kennen.

## Psychische klachten

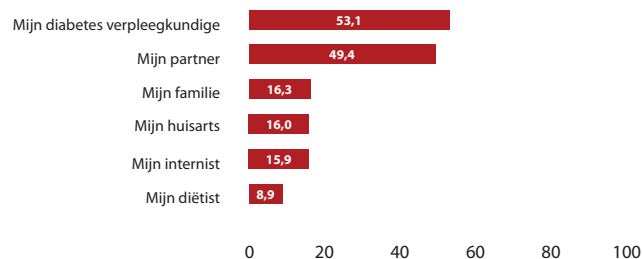
1901 respondenten geven aan last te hebben van psychische klachten. Opvallend hoog scoren somberheid en seksueel functioneren: 18,9% geeft aan last te hebben van somberheid en 13% van klachten op het gebied van seksueel functioneren (zie figuur 3).



Figuur 3: Psychische klachten

## Steun en toeverlaat

2615 respondenten hebben aangegeven zelf niet goed voor hun eigen diabetes te kunnen zorgen. De diabetesverpleegkundige (53,1%) en de partner (49,4%) blijken de belangrijkste personen die hulp geven. Men maakt minder gebruik van een familielid, huisarts, internist of diëtist voor hulp (zie figuur 4).



Figuur 4: Hulp met diabetes

## Sluit de zorg in 2010 beter aan op de Zorgstandaard?

Het antwoord hierop is niet eenduidig. DVN streeft ernaar dat de norm waar goede diabeteszorg aan moet voldoen, zoals beschreven in de Zorgstandaard, op alle onderdelen volledig uitgevoerd wordt. Uit bovenstaande resultaten blijkt dat dit niet het geval is. Als een controle niet wordt uitgevoerd, wordt met één op de vier mensen niet besproken waarom dit niet wordt gedaan. Opvallend resultaat is dat mensen nog lang niet altijd een zorgplan hebben. Het hebben van een zorgplan is belangrijk, omdat het mensen met diabetes overzicht geeft en het een middel is om samen tot afspraken te komen. Ondanks het ontbreken van een zorgplan zijn mensen wel goed op de hoogte van hun streefwaarden. Opvallend is verder dat één op de vier respondenten die meer vragen heeft over geldproblemen en seksueel functioneren niet weet waar hij of zij terecht kan. Dit is zorgelijk, zeker gezien het feit dat van de psychische klachten die mensen hebben seksueel functioneren op de tweede plek staat. Een ander opvallend resultaat is de belangrijke rol van de partner. De vraag is of deze hier voldoende op toegerust is of hier meer ondersteuning in kan gebruiken.

## Naleving Zorgstandaard

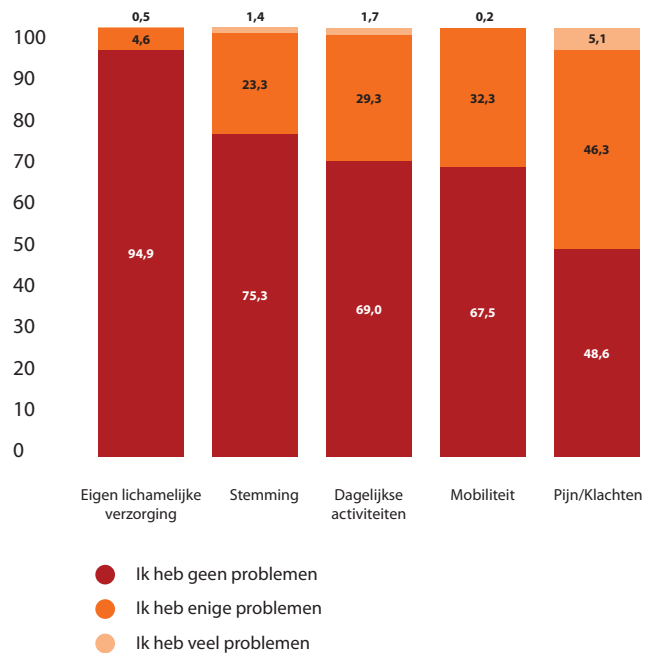
Diabeteszorg vraagt samenwerking van twee partijen: de mens met diabetes en de zorgverlener. Zorgverleners zijn verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg, maar ook de ontvanger van de zorg zou een actieve rol moeten spelen. Als de zorg afwijkt van de standaard is het belangrijk dat iemand met diabetes bij zijn of haar zorgverlener navraagt waarom dit zo is en erop aandringt dat de zorg wel volgens de standaard wordt geboden. Als er afgeweken wordt van de standaard dient er besproken te worden waarom er afgeweken wordt.

### Zelfregie

Centraal begrip in dit kader is zelfregie. De Diabetes Zorgmonitor 2010 is uitgebreid om hier meer zicht op te krijgen. Zijn mensen met diabetes tot zelfregie in staat en als dat zo is, sluit de zorg dan beter aan bij de standaard? Zelfregie heeft enerzijds te maken met de gezondheid van mensen (kan men het wel?) en anderzijds met de mate waarin men het gevoel heeft invloed uit te kunnen oefenen (acht men zichzelf er toe in staat?). In de Zorgmonitor 2010 is dit onderzocht door vragen toe te voegen over de kwaliteit van leven als gevolg van gezondheidsklachten (de hierna genoemde ervaren gezondheid) en vragen over de mate van invloed die mensen ervaren op hun leven met diabetes, de zogeheten Mastery.

### Ervaren gezondheid

Hoe ervaren de respondenten hun gezondheid? Het antwoord op deze vraag vloeit voort uit stellingen over vijf gezondheidsaspecten: pijn/klachten, mobiliteit, de dagelijkse activiteiten, stemming en de eigen lichamelijke verzorging (zie figuur 5). Deze gezondheidsaspecten worden zowel nationaal als internationaal vaak gebruikt om de ervaren gezondheid in kaart te brengen. De antwoorden op deze vragen zijn in de analyse van de Diabetes Zorgmonitor, met een voor Nederland gevalideerd algoritme, omgezet in een klassenindeling namelijk: lage, gemiddelde en hoge ervaren gezondheid. Uit dit onderzoek blijkt dat de ervaren gezondheid bij 32% van de mensen met diabetes als laag omschreven wordt, bij 32% als gemiddeld en bij 36% als hoog.

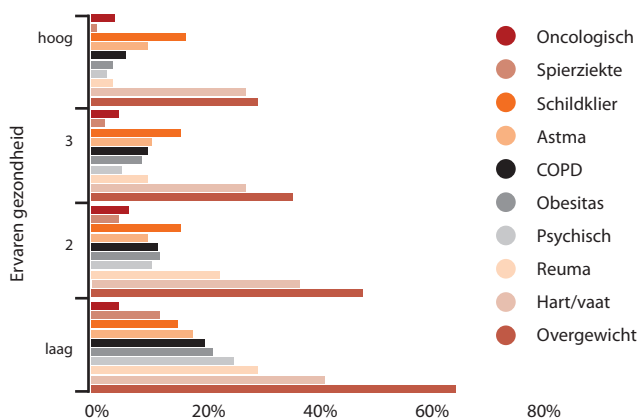


Figuur 5: Gezondheidsaspecten

Wat heeft dit te maken met zelfregie? Uit het onderzoek blijkt dat de ervaren gezondheid samenhangt met het hebben van één of meerdere chronische aandoeningen (zie figuur 6). Het percentage mensen met een chronische aandoening is lager bij mensen met een hoge ervaren gezondheid. Dit geldt ook omgekeerd: het percentage mensen met een chronische aandoening is hoger bij mensen met een lage ervaren gezondheid. Bij het hebben van één of meerdere aandoeningen is men afhankelijk van de zorg en/of van andere mensen. Deze afhankelijkheid heeft een negatieve invloed op de mogelijkheid tot het nemen van zelfregie.

### Mate van invloed

Een tweede aspect van zelfregie is de vaardigheid van mensen. Hoe vaardig zijn respondenten in het oplossen van problemen met diabetes in hun leven? Hiervoor is de vraag gesteld: wat betekent het hebben van diabetes voor uw leven?



Figuur 6: Chronische aandoeningen naar ervaren gezondheid

Hierbij konden respondenten aangeven in hoeverre ze het eens waren met verschillende stellingen over de controle die ze hebben over hun eigen leven met diabetes.

Als de antwoorden op deze stellingen worden samengevat, zegt 5% van de respondenten zeer weinig invloed op het leven met diabetes te hebben, 13% weinig, 25% gemiddeld, 39% veel en 18% zeer veel (zie figuur 7). De groep die zegt veel tot zeer veel invloed te hebben, is gelukkig groot (57%). De mate waarin men zegt invloed te hebben op het leven met diabetes heeft invloed op de mogelijkheid tot het nemen van zelfregie.

<b>Gevoel controle te hebben op leven met diabetes en vermogen problemen op te lossen</b>	Zeer weinig	5%
	Weinig	13%
	Gemiddeld	25%
	Veel	39%
	Zeer veel	18%
<b>Totaal</b>		<b>100%</b>

Figuur 7: Samenvatting mate van invloed op diabetes

### Mogelijkheid tot zelfregie

Uit voorgaand stuk blijkt dat hoe respondenten hun gezondheid ervaren verdeeld is in drie vergelijkbare groepen. Ongeveer een derde van de mensen ervaart zijn gezondheid als laag, een derde als gemiddeld en een derde als hoog. Het blijkt dat mensen met een lage ervaren gezondheid vaak één of meerdere chronische aandoeningen hebben, bij mensen met een hoge ervaren gezondheid is dit minder vaak het geval. Het hebben van één of meerdere chronische aandoening brengt met zich mee dat een respondent afhankelijker is van zorg en van andere mensen. Gesteld wordt dat deze afhankelijkheid invloed heeft op de mogelijkheid tot het nemen van zelfregie: hoe lager de ervaren gezondheid, hoe lager de mogelijkheid tot het nemen van zelfregie. Verder wordt gesteld dat ook de vaardigheid van mensen tot het oplossen van problemen met diabetes in hun leven invloed heeft op de mogelijkheid tot het nemen van zelfregie: hoe lager deze vaardigheid hoe lager de mogelijkheid tot het nemen van zelfregie. Logischerwijs zijn mensen met meer zelfregie beter in staat de zorgverlener aan te spreken op het naleven van de Zorgstandaard.

## Vier niveaus van zelfregie

Op basis van de resultaten over de ervaren gezondheid en de mate van invloed zijn vier segmenten mensen met diabetes te onderscheiden, met allemaal een verschillende mate van zelfregie (zie tabel 1).

Ervaren gezondheid	Vaardigheid in omgaan met diabetes	
	Beperkt vaardig	Zeer vaardig
Slechte ervaren gezondheid	Minimale zelfregie (33%)	Veel zelfregie (18%)
Goede ervaren gezondheid	Enige zelfregie (14%)	Maximale zelfregie (35%)

Tabel 1: Vier niveaus van zelfregie

### Segment 1: Minimale zelfregie (slechte ervaren gezondheid, beperkt vaardig)

Dit segment ervaart ernstige beperkingen als gevolg van zeer waarschijnlijk meerdere aandoeningen naast diabetes. De mensen in dit segment hebben tegelijkertijd weinig controle op hun leven met diabetes en zien zich beperkt in staat om problemen op te lossen. Naar verwachting is dit segment het minst in staat tot zelfregie. Vandaar dat dit segment getypeerd wordt als: Minimale zelfregie.

#### Voorbeeld uit de praktijk: Minimale zelfregie

Mevrouw is moeilijk ter been, maar redt zich wel zelfstandig. Ze heeft in het verleden hartproblemen en benauwdheidsklachten gehad. Ze krijgt sinds kort een kopie van het verslag dat vanuit het ziekenhuis naar de huisarts gaat, maar weet niet zo goed wat ze daarmee moet. Ze heeft geen duidelijke verwachtingen van een consult, gaat er volgens afspraak heen en komt er wel eens vandaan met het gevoel 'daar heb ik helemaal niets aan gehad'. Mevrouw geeft aan weinig kennis te hebben over diabetes. Ze heeft zeker twaalf verschillende soorten medicatie en weet ongeveer waarvoor. Hier wordt nooit over gesproken tijdens het consult. "Het zal nog wel nodig zijn, anders zou hij (de internist) het wel stopzetten." Ze heeft geen zorgplan en is niet bekend met eventuele streefwaarden.

### Segment 2: Enige zelfregie (goede ervaren gezondheid, beperkt vaardig)

Dit segment heeft waarschijnlijk alleen diabetes en ervaart daar weinig beperkingen van. De mensen in dit segment zijn beperkt vaardig in het oplossen van problemen, maar dat zijn er in verhouding ook weinig. Dit segment zal naar verwachting iets meer zelfregie hebben. Vandaar dat dit segment getypeerd wordt als: Enige zelfregie.

#### Voorbeeld uit de praktijk: Enige zelfregie

Mevrouw heeft ongeveer 8 jaar diabetes type 2 en is onder behandeling van de huisarts. De huisarts geeft uit zichzelf weinig tot geen informatie, doet controles af met 'het is wel goed'. Waarden worden niet besproken en mevrouw vindt het lastig dat te vragen. Ze is aan de ene kant zelf afwachtend, durft vragen niet te stellen, wil niet eigenwijs zijn en stelt zich afhankelijk op. Aan de andere kant heeft ze een huisarts die niets doet om het contact te verbeteren. Mevrouw is niet bekend met een zorgplan, er wordt nooit gesproken over streefwaarden.

### Segment 3: Veel zelfregie (slechte ervaren gezondheid, zeer vaardig)

Dit segment is zeer vaardig en heeft veel gezondheidsklachten. Ook hier is waarschijnlijk sprake van het hebben van meerdere aandoeningen (comorbiditeit). De mate van zelfregie zal hoger zijn, omdat men daar goed toe in staat is. Vandaar dat dit segment getypeerd wordt als: Veel zelfregie.

#### Voorbeeld uit de praktijk: Veel zelfregie

Mevrouw weet haar streefwaarden, zoekt actief naar informatie, kent haar zorgverleners en weet ze redelijk op waarde te schatten. Haar mobiliteit is afgenomen, maar ze onderneemt nog voldoende acties om de zorg te krijgen die ze nodig heeft. In haar regierol sprokkelt ze haar zorg zelf bijeen. Mevrouw is behoorlijk goed op de hoogte: "Ga vooral uit van jezelf kennen en verzamel informatie over jouw aandoeningen. Wees en blijf

kritisch naar zorgverleners en maak je niet geheel afhankelijk. Wanneer het je niet bevalt, zoek naar alternatieven om wel de goede zorg te krijgen. Goede zorg bestaat. Vraag steeds naar de risico's van het gebruik van meerdere medicijnen tegelijk voor de bijeffecten en als risico voor diabetes in het bijzonder."

#### **Segment 4: Maximale zelfregie (goede ervaren gezondheid, zeer vaardig)**

Dit laatste segment heeft waarschijnlijk de meeste mogelijkheden voor zelfregie omdat ze daar toe in staat zijn en er relatief weinig beperkingen zijn als gevolg van diabetes. De problemen die er zijn, zijn goed aan te pakken. Vandaar dat dit segment getypeerd wordt als: Maximale zelfregie.

#### **Voorbeeld uit de praktijk: Maximale zelfregie**

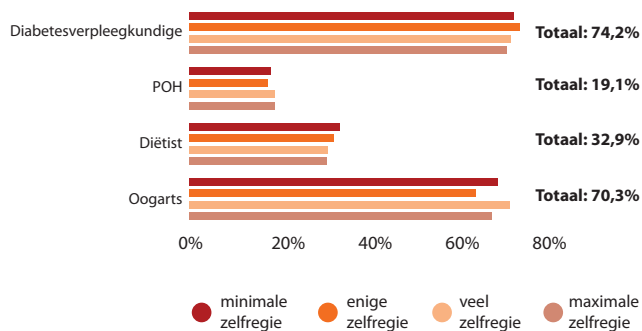
Mevrouw zoekt zelf de benodigde informatie bij elkaar via internet en internationale vakliteratuur. Ze heeft een eigen bibliotheek met relevante boeken over dit thema. In de beginjaren moest ze wel. Er was niemand om het uit te leggen. Mevrouw heeft zelf al haar internisten uitgezocht, de laatste via een uitgebreide brief met achtergrond. De uitkomsten van onderzoeken krijgt ze in getalsvorm, hoewel pas na een jaar. Per e-mail zou dat beter kunnen. Ze kiest voor haar eigen behandelaars. Ze wil zelf weten en zelf in controle zijn. De zorgverleners hebben haar ook bewust geaccepteerd. Zij zijn niet de meest vanzelfsprekende behandelaars. Mevrouw zegt: "Je kunt je zorg geregeld krijgen zoals je zelf wilt, maar moet daarvoor wel moeite doen. Er is slechte en goede zorg, heb daar aandacht voor en ga op zoek naar beter wanneer het niet voldoet."

#### **Verschillende niveaus van zelfregie**

De conclusie van bovengenoemde resultaten is dat er zeer grote verschillen bestaan in de mate waarin mensen met diabetes (in dit geval: de respondenten van het onderzoek) in staat zijn om zelf de regie te voeren. Naar verwachting heeft dit te maken met verschillen tussen mensen in ervaren gezondheid en de vaardigheden die iemand bezit. De diepte-interviews die in bovenstaand stuk verwerkt zijn tot voorbeelden uit de praktijk geven hier een goede illustratie van. Een belangrijke vervolgvraag is of de mate waarin mensen in staat zijn tot zelfregie invloed heeft op de mate waarin de Zorgstandaard wordt toegepast.

## Betrokkenheid zorgverleners

Bij de diabeteszorg zijn vaak verschillende behandelaars betrokken. Daarom is het relevant om te weten of de mate waarin iemand met diabetes in staat is tot zelfregie, invloed heeft op de betrokkenheid van de zorgverleners. Uit het onderzoek blijkt dat dit niet het geval is voor betrokkenheid van de diabetesverpleegkundige, de praktijkondersteuner, de diëtist en de oogarts (zie figuur 8).

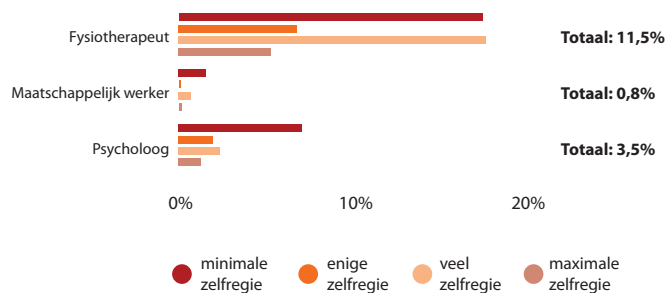


Figuur 8: Betrokkenheid diabetesverpleegkundige, praktijkondersteuner, diëtist, oogarts

Bij de andere zorgaanbieders zijn er wel verschillen te zien tussen de segmenten. De hoogste scores (veel betrokkenheid) zijn te zien bij de segmenten Minimale zelfregie en Veel zelfregie. Dat is ook begrijpelijk, want deze segmenten hebben de meeste gezondheidsproblemen. Bij beide segmenten is de veel grotere betrokkenheid van de fysiotherapeut, de maatschappelijk werker en de psycholoog opvallend (zie figuur 9).

## Frequentie en onderdelen controles

Zitten er verschillen tussen de hiervoor beschreven segmenten als het gaat om de frequentie van de controles, de onderdelen die bij controles worden uitgevoerd en het begrip waarom een controle niet wordt uitgevoerd?



Figuur 9: Betrokkenheid fysiotherapeut, maatschappelijk werker, psycholoog

## Frequentie controles

Er zit weinig verschil in de frequentie van de controles tussen de verschillende segmenten (zie tabel 2). De twee segmenten die last hebben van veel gezondheidsklachten (Minimale zelfregie en Veel zelfregie) gaan logischerwijs relatief vaker dan 4 keer per jaar voor controle naar een zorgverlener.

	Minimale zelfregie	Enige zelfregie	Veel zelfregie	Maximale zelfregie
Minder dan 3 keer per jaar	9,0%	10,6%	9,1%	11,2%
3 keer per jaar	11,6%	11,3%	11,2%	11,4%
4 keer per jaar	45,7%	51,8%	49,5%	53,0%
Vaker dan 4 keer per jaar	33,7%	26,3%	30,2%	24,5%

Tabel 2: Frequentie controles

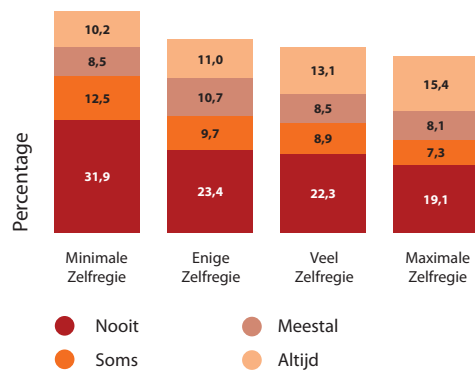
## Onderdelen controles

Als het gaat om de onderdelen van de controles die wel of niet worden uitgevoerd, zijn er een aantal positieve resultaten te zien. Er is geen verschil tussen de segmenten ten aanzien

van de controle van de bloedglucose, het HbA1c, de lengte/ middelomtrek en spuitplaatsen. Dit blijken in de praktijk standardelementen tijdens de controles. Wel dient opgemerkt te worden dat lengte/middelomtrek relatief weinig gemeten wordt. Bij de segmenten met grote gezondheidsproblemen (Minimale zelfregie en Veel zelfregie) wordt een aantal onderdelen logischerwijs vaker driemaandelijks onderzocht: cholesterol, nieren, voeten, complicaties en ogen. Opvallend is dat het meten van gewicht en BMI vaker gebeurt bij het segment Maximale zelfregie. Mogelijk is dat, omdat dit segment daar zelf om vraagt. Het kan ook zijn dat de hulpverleners dit vanuit een preventief perspectief doen: dit segment is goed in staat tot zelfregie en wellicht ook tot leefstijlverbetering.

### Vershil in begrip

Er zijn wel duidelijke verschillen tussen de segmenten ten aanzien van het begrip waarom iets niet gebeurt in de behandeling. Vooral bij het segment Minimale zelfregie zegt men dat er maar soms of zelfs nooit besproken wordt waarom een controle niet wordt uitgevoerd (44%), terwijl dat bij het segment Maximale zelfregie 26% is (zie figuur 10).



Figuur 10: Mate waarin wordt besproken waarom een controle niet wordt gedaan

## Lichamelijke en psychische klachten

In de Diabetes Zorgmonitor 2010 zijn vragen opgenomen over het voorkomen van lichamelijke en psychische klachten. Kunnen we hieromtrent verschillen tussen de onderscheiden segmenten constateren?

### Vershil in klachten

Zoals te verwachten, komen bij de twee segmenten met een slechte ervaren gezondheid de meeste lichamelijke klachten voor. Wat vooral opvalt, is het verschil in psychische klachten. Bijvoorbeeld somberheid: 44% van de mensen in het segment Minimale zelfregie heeft daar last van, terwijl dit voor de mensen in het segment Maximale zelfregie maar voor 1,3% geldt (zie tabel 3).

	Minimale zelfregie	Enige zelfregie	Veel zelfregie	Maximale zelfregie
Somberheid	44,2%	5,7%	19,5%	1,3%
Angst	16,7%	1,4%	7,1%	0,4%
Sociaal en psychisch functioneren	18,3%	2,4%	4,8%	0,4%
Mijn maatschappelijke functioneren (bijv. werk, studie)	18,3%	2,9%	4,4%	0,7%
Sexueel functioneren	22,7%	10,4%	12,1%	5,5%
Geen klachten	32,0%	78,4%	62,9%	91,2%

Tabel 3: Psychische klachten

Het verschil tussen de segmenten is te zien bij alle psychische klachten en de verschillen zijn groot. Hier is duidelijk te zien dat juist de combinatie van slechte ervaren gezondheid en beperkte vaardigheid tot extra problemen leidt.

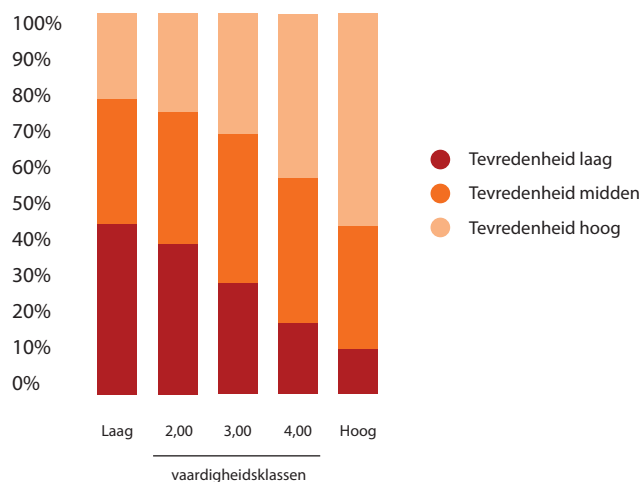
## Oordeel over de zorg

Om een beeld te krijgen van het oordeel over de zorg is gevraagd naar: de tevredenheid over de ontvangen informatie, het beantwoorden van vragen, de mogelijkheid om mee te beslissen, de tijd en aandacht die de zorgverleners hebben en het vertrouwen dat mensen in de zorgverleners hebben. Tevens is gevraagd naar de bereikbaarheid en de wachttijden. Opvallend is dat de onderscheiden segmenten verschillen in hun oordeel over de zorg. Hoe hoger de ervaren gezondheid en de vaardigheid in het omgaan met diabetes, hoe positiever het oordeel is (zie figuur 11 en 12).

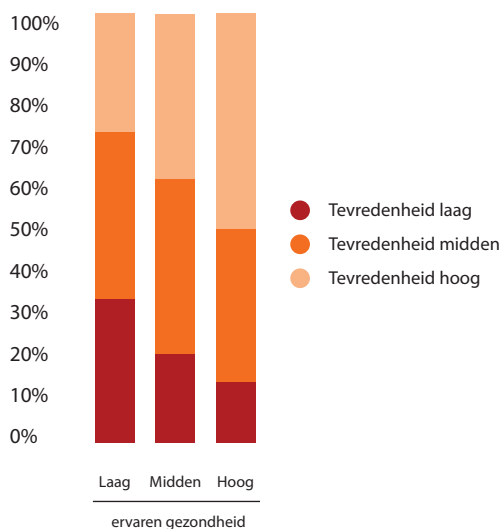
Hoewel eerder bleek dat de zorg er inhoudelijk soms hetzelfde uit lijkt te zien, enkel intensiever bij de segmenten met veel lichamelijke klachten, scoort het segment Minimale zelfregie (lage ervaren gezondheid en beperkt vaardig) consequent negatiever op het oordeel over de zorg. Naarmate de ervaren gezondheid en de vaardigheid in het omgaan met diabetes hoger is en dus de mogelijkheid tot het nemen van zelfregie toeneemt, wordt het oordeel over de zorg positiever.

## Toepassing Zorgstandaard

Op de vraag of de mate waarin mensen in staat zijn tot zelfregie invloed heeft op de mate waarin de Zorgstandaard wordt toegepast, is het antwoord nee. Zorgverleners zijn niet meer of minder betrokken bij mensen met een hoger of lager niveau van zelfregie. Wel is te zien dat de segmenten met meer gezondheidsproblemen een hogere betrokkenheid aangeven van specifieke zorgverleners zoals de fysiotherapeut, de maatschappelijk werker en de psycholoog. Hetzelfde principe geldt voor de frequentie van de controles en de onderdelen die bij een controle worden uitgevoerd. Wel zijn er duidelijke verschillen te zien ten aanzien van het begrip waarom iets niet gebeurt in de behandeling. Mensen met minder zelfregie geven aan dat weinig tot niet met hen besproken wordt waarom een bepaalde controle niet wordt uitgevoerd. Tevens is opvallend dat mensen met minder zelfregie meer last hebben van psychische klachten en minder tevreden zijn over de zorg.



Figuur 11: Vaardigheid en tevredenheid



Figuur 12: Ervaren gezondheid en tevredenheid

## Conclusies

Uit de presentatie van de belangrijkste resultaten van de Diabetes Zorgmonitor 2010 kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

### **De geboden zorg voldoet nog niet volledig aan de Zorgstandaard.**

#### **Wat gaat wel goed?**

- Bloedonderzoek en het onderzoek naar de ogen en nieren wordt in bijna alle gevallen in ieder geval jaarlijks of vaker gedaan.
- Respondenten zijn goed op de hoogte van de persoonlijke streefwaarden en hebben een goede algemene kennis (men weet bijvoorbeeld goed hoe vaak en door wie men gecontroleerd moet worden).

#### **Wat gaat niet goed?**

- De bepaling van het BMI, de meting van lengte en gewicht en het onderzoek naar complicaties wordt bij het grootste deel van de respondenten nog niet uitgevoerd.
- Als een controle niet wordt uitgevoerd, wordt met één op de vier mensen niet besproken waarom dit niet wordt gedaan.
- Het grootste deel van de respondenten heeft nog steeds geen zorgplan.
- Eén op de vier respondenten die meer vragen heeft over geldproblemen en seksueel functioneren weet niet waar hij of zij terecht kan. Van de psychische klachten die mensen hebben, staan klachten op het gebied van seksueel functioneren wel op de tweede plek.
- De Zorgwijzer is bij ongeveer de helft van de mensen nog onbekend.

**Er zijn grote verschillen tussen de respondenten ten aanzien van de ervaren gezondheid en de vaardigheid om met diabetes om te gaan. Op basis hiervan kunnen vier segmenten onderscheiden worden, oplopend in mate van zelfregie.**

#### **Wat zijn de verschillen tussen de onderscheiden segmenten?**

- De mate waarin mensen in staat zijn tot zelfregie heeft geen invloed op de mate waarin de Zorgstandaard wordt toegepast: zorgverleners zijn niet meer of minder betrokken bij mensen met een hoger of lager niveau van zelfregie. Wel is te zien dat de segmenten met meer gezondheidsproblemen een hogere betrokkenheid aangeven van specifieke zorgverleners zoals de fysiotherapeut, de maatschappelijk werker en de psycholoog. Hetzelfde principe geldt voor de frequentie van de controles en de onderdelen die bij controles worden uitgevoerd.
- Mensen met een lager niveau van zelfregie geven aan dat weinig tot niet met hen besproken wordt waarom een bepaalde controle niet wordt uitgevoerd.
- Mensen met een lager niveau van zelfregie hebben meer last van psychische klachten.
- Mensen met een lager niveau van zelfregie zijn minder tevreden over de zorg.

#### **De partner speelt een belangrijke rol bij het bieden van hulp als de mens met diabetes dit zelf niet goed kan.**

- De partner staat op de tweede plaats wat betreft belangrijkste persoon die hulp biedt. De vraag is of deze hier voldoende op toegerust is of hier meer ondersteuning in kan gebruiken.

## ***Diabetesvereniging Nederland***

**Diabetesvereniging Nederland (DVN) strijdt voor goede zorg en een beter leven voor iedereen met diabetes. Ieder mens is uniek en ieder mens heeft andere behoeften als het om zorg gaat. We vinden dat de zorg moet aansluiten bij deze behoeften. Hier maakt DVN zich sterk voor. We zijn de grootste patiëntenvereniging van Nederland en werken met een groot aantal zeer betrokken vrijwilligers. Alles wat Diabetesvereniging Nederland doet, komt voort uit de wens om de kwaliteit van leven van mensen met diabetes te verbeteren. We overleggen voortdurend met zorgverleners, overheid en zorgverzekeraars over de organisatie van de diabeteszorg.**

### **Wilt u meer weten over DVN?**

Neemt u dan contact op met onze Klantenservice via  
033 463 05 66 of [info@divn.nl](mailto:info@divn.nl).

### **Wilt u meer weten over de Diabetes Zorgmonitor?**

Neemt u dan contact op met Projectleider Rianne Mol  
via [r.mol@divn.nl](mailto:r.mol@divn.nl).

### **Deze brochure is een uitgave van Diabetesvereniging Nederland**

*en is mogelijk gemaakt door het Fonds PGO van het Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport, in het kader van het programma Kwaliteit in Zicht.*

Postbus 470  
3830 AM Leusden  
Fokkerstraat 17  
3833 LD Leusden

**[www.divn.nl](http://www.divn.nl) | [www.mijndiabetes.nl](http://www.mijndiabetes.nl) | [www.diabetesforum.nl](http://www.diabetesforum.nl) |  
[www.sugarkids.nl](http://www.sugarkids.nl) | [www.sugar-nl.hyves.nl](http://www.sugar-nl.hyves.nl) | [www.divnwinkel.nl](http://www.divnwinkel.nl)**