

# Zelfregie door zorgportaal?

Een evaluatie van het effect van het gebruik van Carenzorgt.nl op de mate waarin cliënten van de Intensieve ambulante hulpverlening van Thuiszorgorganisatie Agathos, onderdeel van Lelie zorggroep, zelfregie ervaren.

Student:	Meriam Okker (3852334)
Master:	Arbeid, zorg en welzijn: beleid en interventie
Cursus:	Masterthesis (201000139)
Begeleider:	Dr. M.A. Yerkes
Tweede lezer:	Dr. R. J. T. van Rijsselt
Begeleiders Lelie zorggroep:	H. van den Berg & L. Overbeeke
Datum:	Augustus 2015

# Inhoudsopgave

Voorwoord	p.4
Samenvatting	p.5
Inleiding	p.6
Hoofdstuk 1 – Theoretisch kader	p.9
1.1 Zelfregie en gerelateerde begrippen	p.9
1.1.1 Zelfredzaamheid	p.9
1.1.2 Zelfregie	p.9
1.2 Gezondheidsvaardigheden	p.11
1.2.1 Patiëntactivatie	p.12
1.2.2 Niveaus van patiëntactivatie	p.12
1.3 Zelfdeterminatietheorie	p.13
1.3.1 Competentie	p.14
1.3.2 Autonomie	p.14
1.3.3 Sociale verbondenheid	p.14
1.4 Programmatheorie Carenzorgt	p.15
1.4.1 Carenzorgt	p.15
1.4.2 Mogelijkheden van Carenzorgt	p.16
1.5 Digitalisering in de zorg	p.18
Hoofdstuk 2 – Vraagstelling	p.20
Hoofdstuk 3 – Onderzoeksopzet	p.21
3.1 Programmaevaluatie	p.21
3.2 Onderzoeksmethode	p.21
3.3 Dataverzameling	p.22
3.4 Operationalisering	p.23
3.4.1 Patiëntactivatie	p.23
3.4.2 Psychologische basisbehoeften	p.26
3.4.3 Onafhankelijke variabele en controlevariabelen	p.26
3.5 Respondenten	p.27
3.6 Beschrijving variabelen	p.28
3.6.1 Patiëntactivatie	p.28
3.6.2 Psychologische basisbehoeften	p.28
3.7 Analyseplan	p.29

Hoofdstuk 4 – Resultaten	p.32
4.1 Hypothese 1	p.32
4.2 Hypothese 2	p.33
4.3 Hypothese 3	p.34
4.4 Hypothese 4	p.35
Hoofdstuk 5 – Conclusie, discussie & aanbevelingen	p.36
5.1 Conclusie	p.36
5.2 Discussie	
5.3 Aanbevelingen voor beleid Carenzorgt binnen Agathos	p.37
5.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	p.38
Referentielijst	p.39
Bijlage I Informatiebrief en vragenlijst	p.43

## Voorwoord

Voor u ligt de masterscriptie ‘Zelfregie door Zorgportaal?’, met als ondertitel: ‘*Een evaluatie van het effect van het gebruik van Carenzorgt.nl op de mate waarin cliënten van de Intensieve ambulante hulpverlening van Thuiszorgorganisatie Agathos, onderdeel van Lelie zorggroep, zelfregie ervaren.*’ Deze afstudeeropdracht vormt de afronding van de masteropleiding Arbeid, Zorg en Welzijn: beleid en interventie.

Het was erg fijn dat ik op de valreep nog een stageopdracht kreeg van zorgorganisatie Lelie zorggroep. De onderzoeksopdracht was actueel, van praktisch nut en blijvend interessant. Bij deze wil ik dan ook van de mogelijkheid gebruikmaken om Hendrik Jan van den Berg te bedanken voor deze stagemogelijkheid en de feedbackmomenten. Daarnaast wil ik mijn stagebegeleidster Leontien Overbeeke van Lelie zorggroep bedanken voor het beantwoorden van mijn vragen over de organisatie en Carenzorgt.nl en voor het doorlezen van mijn scriptie. Ook mijn nicht Ellen Okker wil ik bedanken, want zonder haar had ik deze stageplaats nooit gevonden.

Verder wil ik dr. Mara Yerkes, mijn begeleidster van uit de Universiteit Utrecht, bedanken voor haar onmisbare begeleiding en feedback in het afgelopen half jaar. Wanneer ik het even niet meer zag zitten, was zij er altijd met een positieve mail of gesprek en nieuwe inzichten. Ook dr. René van Rijsselt, de tweede lezer, wil ik bedanken voor zijn motiverende en opbouwende feedback.

Tot slot wil ik familie, vrienden, medestudenten en overige betrokkenen bedanken voor de getoonde interesse, het doorlezen van mijn scriptie en de welkome afleiding op zijn tijd.

Veel leesplezier!

Rotterdam, 15 augustus 2015

## Samenvatting

In een tijd waarin de overheid zich terugtrekt en de verzorgingsstaat afzwakt, komt er steeds meer verantwoordelijkheid te liggen bij de burger. Bezuinigingen in onder andere de welzijnszorg leiden tot een afname van het totaal aantal professionele zorguren. Hierdoor komt een groter deel van de benodigde zorg bij het informele netwerk van een hulpbehoevende burger terecht. Om het organiseren van de zorg voor kwetsbare burgers en hun sociale netwerk zo efficiënt mogelijk te maken, kan er gebruik worden gemaakt van een, aan de zorgaanbieder gekoppeld, zorgportaal. Van zorgportalen wordt verwacht dat zij een positief effect hebben op de mate waarin cliënten zelf de regie over hun zorg ervaren.

Ook voor de cliënten van de Intensieve ambulante hulpverlening van Agathos Thuiszorg, onderdeel van Lelie zorggroep, is er de mogelijkheid om een account aan te maken op zorgportaal Carenzorgt.nl. In dit onderzoek wordt getoetst of het gebruik van Carenzorgt binnen Agathos werkelijk leidt tot een toename in de mate waarin cliënten zelfregie ervaren. In dit onderzoek wordt vanuit twee perspectieven gekeken naar zelfregie, namelijk met patiëntactivatie en vanuit de zelfbeschikkingstheorie. Zelfregie wordt dan ook gemeten met behulp van de Patient Activation Measure (PAM) en de Basic Psychological Needs Scale (BPNS). De vragenlijst werd verspreid onder 460 cliënten. Van het totaal aantal vragenlijsten, kwamen er 84 vragenlijsten ingevuld terug. Uit de analyse van deze ingevulde vragenlijsten blijkt dat gebruikers van Carenzorgt binnen Agathos niet meer zelfregie ervaren dan cliënten die geen gebruikmaken van het zorgportaal. Hiermee bevestigt het onderzoek niet datgene wat vanuit de programmatheorie van zorgportalen werd verwacht. Tegelijkertijd moet worden gezegd, dat dit onderzoek uitsluitend uitspraak doet over de situatie binnen Agathos, en dat de resultaten niets zeggen over de effectiviteit van zorgportalen in het algemeen. In de discussie wordt besproken dat het gebrek aan effectiviteit wellicht geweten kan worden aan het feit dat de mogelijkheden van het zorgportaal door de cliënten van Agathos nog niet optimaal worden benut. Tot slot worden aanbevelingen gedaan om het gebruik van Carenzorgt onder cliënten te stimuleren.

# Inleiding

De uitgaven voor de zorg zijn de laatste decennia sterk gestegen in Nederland (Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 2014). Dit evaluatieonderzoek legt de focus op de vorm van zorg die zich richt op mensen van wie het welzijn bedreigt wordt of onder de maat is, ook wel genaamd welzijnszorg of maatschappelijke dienstverlening (Van Buggenhout, 2003). In 1999 werd omgerekend nog 15 miljard euro uitgegeven aan welzijnszorg, terwijl deze uitgavenpost in 2013 al meer dan 36 miljard euro bedroeg. Hoewel deze uitgaven in 14 jaar tijd ruim zijn verdubbeld, wordt verwacht dat de kosten voor welzijnszorg in de toekomst alleen nog maar verder zullen stijgen (Rijksoverheid, 2012). Verklaringen voor de stijging van de zorgkosten wijzen enerzijds op demografische ontwikkelingen als vergrijzing, ontgroening en een toenemende levensverwachting, en anderzijds op prijsstijgingen en technologische ontwikkelingen in de zorg (Kommer, Slobbe & Wong, 2010).

Omdat de stijgende zorgkosten zorgwekkend zijn voor de Nederlandse overheid (Rijksoverheid, 2012), zijn er in de afgelopen jaren diverse hervormingen doorgevoerd om de zorgkosten te drukken. Voorbeelden hiervan zijn terug te vinden in de hervormde Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) (2014) en de Jeugdwet (2014), waarin bepaald werd dat verantwoordelijkheden per 1 januari 2015 verschuiven van de landelijke overheid naar de gemeenten. De verschuiving van verantwoordelijkheden naar lagere overheden wordt decentralisatie genoemd (Elzinga, Korsten & Tops, 1998). Verwacht wordt dat de uitvoering van overheidstaken efficiënter verloopt, wanneer dit op gemeenteniveau gebeurt, omdat de lijn tussen burger en overheid korter wordt. De gemeentelijke overheid staat dicht bij de burger en is beter in staat tot het leveren van maatwerk, wat kostenbesparingen oplevert voor de zorg (Van den Berg, 2013). Naast decentralisatie wordt getracht te bezuinigen door te korten op het aantal zorguren per cliënt in de professionele zorg en -hulpverlening (Van Roosmalen, 2014). Als gevolg van de bezuinigingen wordt de rol van de overheid kleiner, waardoor de verzorgingsstaat wordt afgezwakt (Felling, 2004). Zorg moet hierdoor zoveel mogelijk door burgers onderling worden opgevangen, voordat aanspraak mag worden gemaakt op professionele ondersteuning.

Om uiteenlopende redenen lukt het 20 procent van de Nederlanders niet om voor zichzelf te zorgen (De Boer & Van der Lans, 2011). Voor deze groep is het vaak nog wel mogelijk om

zelf de invulling van de zorg die zij behoeven te bepalen. Het zelf bepalen van de invulling van het leven, en in dit geval de te ontvangen zorg, wordt ‘zelfregie’ genoemd (Movisie, 2013). Verkooijen (2010: 20) definieert zelfregie als volgt: *‘het organiseren/coördineren van het eigen leven met als doel een goed leven in eigen ogen’*. In het volgende hoofdstuk zal het begrip ‘zelfregie’ verder worden besproken. Uit onderzoek van Tengland (2007) blijkt dat een toename in de mate van zelfregie leidt tot een afname van de behoefte aan professionele ondersteuning, omdat het informele netwerk op een meer efficiënte manier wordt ingezet. In een tijd waarin sprake is van een terugtrekkende overheid kan het bevorderen van zelfregie dus als een belangrijk streven worden gezien.

Hoewel het streven naar zelfregie in de welzijnszorg geen nieuw verschijnsel is (Van Nijnatten, 2006), is het doel van zoveel mogelijk zelfregie onder cliënten binnen de welzijnszorg nog niet bereikt (Verplanke & Duyvendak, 2010). De toenemende focus op zelfregie, door het afzwakken van de verzorgingsstaat, vraagt om nieuwe vormen van ondersteuning in de welzijnszorg (Stam, 2012). In de praktijk voeren verschillende zorgaanbieders daarom nieuwe toepassingen in om de zelfregie onder cliënten te vergroten en hiermee tegemoet te komen aan de eisen die de gemeente stelt. In dit onderzoek zal één van deze toepassingen binnen een organisatie worden geëvalueerd.

Eén van de zorgaanbieders die bezig is met de invoering van diverse veranderingen is Lelie zorggroep, een overkoepelende organisatie met een divers aanbod aan zorg- en hulpverlening. Lelie zorggroep is in 2010 ontstaan vanuit een bestuurlijke fusie van Zorggroep Rijnmond, Agathos Thuiszorg, Curadomi en Lelie zorggroep wonen, zorg en welzijn ([www.leliezorggroep.nl](http://www.leliezorggroep.nl)). In 2010 en 2014 werden De Driehoek respectievelijk STAGG en In de Bres hieraan toegevoegd. De organisatie werkt vanuit een christelijke identiteit en verleent zowel ambulante zorg als zorg binnen tehuizen. Omdat de toepassing die in dit onderzoek geëvalueerd wordt vooralsnog uitsluitend ingevoerd is binnen de Intensieve ambulante hulpverlening (IAH) van Agathos Thuiszorg, is thuiszorgorganisatie Agathos specifiek het onderwerp van dit onderzoek. De IAH van Agathos biedt cliënten een gevarieerd aanbod aan hulp in de thuissituatie. Hierbij kan worden gedacht aan opvoedondersteuning, gezinsbegeleiding en psychiatrische problematiek ([www.leliezorggroep.nl](http://www.leliezorggroep.nl)). Zowel gezinnen met opvoedingsproblematiek als demente ouderen en jongeren met een handicap worden binnen de IAH begeleid.

Sinds eind 2014 is het reguliere cliëntendossier vervangen door het Elektronisch cliëntendossier (ECD). Het digitaliseren van het cliëntendossier is een toepassing van informatie- en communicatietechnologie (ICT) in de zorg. Vaak kan het toepassen van ICT in de zorg tot eHealth worden gerekend (Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), 2002). eHealth is een verzamelbegrip voor digitale toepassingen ter verbetering en ondersteuning van de zorg (Rijen, De Lint & Ottes, 2002). Het ECD wordt zelf niet als vorm van eHealth gezien, omdat het ten opzichte van het reguliere cliëntendossier geen meerwaarde heeft voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Binnen Agathos is het ECD echter gekoppeld aan de website [www.Carenzorgt.nl](http://www.Carenzorgt.nl). Carenzorgt.nl biedt cliënten een persoonlijk zorgportaal waarop deze een account aan kunnen maken. De mogelijkheden van het zorgportaal variëren van het inzien van de zorgagenda tot het communiceren met de hulpverlener of het informele netwerk. Een zorgportaal is in tegenstelling tot het opzichzelfstaande ECD, wel een vorm van eHealth, omdat het verbeteren van de zorg voor cliënten uiteindelijk het doel van zorgportalen is. Meer specifiek is een van de doelen van zorgportalen om de mate waarin cliënten zelfregie ervaren te bevorderen (Timmer, 2014). Hoewel het bereiken van zoveel mogelijk zelfredzaamheid voor de cliënt het doel is van de ambulante hulpverlening, kan dit niet worden bereikt zonder een bepaalde mate van zelfregie (Movisie, 2013). Dit onderzoek is een 'impact assessment' (Rossi, Lipsey & Freeman, 2004), wat inhoudt dat het effect van Carenzorgt.nl op de mate waarin cliënten zelfregie ervaren wordt geëvalueerd. Hiermee sluit dit onderzoek aan bij de breedgedragen maatschappelijke wens om het praktisch nut van onderzoek in de zorg te verhogen, door deze beter toepasbaar te maken op de (beleids)praktijk (Reijmerink, Robben, Ruwaard & Vermeulen, 2014). De verwachting is dat aan de hand van de resultaten empirisch gefundeerde aanbevelingen gedaan kunnen worden voor verdere besluitvorming rondom het gebruik van Carenzorgt.nl binnen Lelie zorggroep.



# Hoofdstuk 1 - Theoretisch kader

Om de evaluatie van Carenzorgt.nl mogelijk te maken, zal in dit hoofdstuk allereerst het begrip ‘zelfregie’ verder worden uitgelegd. Zelfregie wordt in dit onderzoek gemeten vanuit twee verschillende perspectieven, namelijk ‘patiëntactivatie’ en ‘zelfdeterminatie’, welke hier uitgebreid worden besproken. Daarna wordt de beleidstheorie van Carenzorgt.nl beschreven. Hier vindt de koppeling plaats tussen zelfregie en de mogelijkheden van Carenzorgt. Tot slot wordt ingegaan op de ontwikkelingen omtrent digitalisering in de zorg om verwachtingen op te stellen over de persoonskenmerken van de gebruikers van Carenzorgt.nl.

## 1.1 Zelfregie en gerelateerde begrippen

Zelfredzaamheid en zelfregie zijn twee begrippen die vaak door elkaar worden gebruikt en hierdoor soms voor verwarring zorgen (Movisie, 2013). Om deze reden worden de begrippen hier kort met elkaar vergeleken. Omdat het aan de ene kant gaat over maatschappelijke participatie van kwetsbaren in de samenleving, en aan de andere kant over het terugtrekken van de professionele zorg, is niet altijd duidelijk in welke hoedanigheid de begrippen kunnen worden gebruikt.

### 1.1.1 Zelfredzaamheid

Zelfredzaamheid gaat om het zelf mee kunnen doen in de maatschappij (Movisie, 2013). De vraag die hier centraal staat is ‘wat *kan* ik?’. Hierbij gaat het erom dat burgers met zo weinig mogelijk professionele hulp en/of steun van de overheid zelfstandig kunnen leven. Een zelfredzaam individu lost zijn eigen problemen op en weet zich in het dagelijks leven staande te houden. Zowel sociale situaties als persoonlijke verzorging vormen geen probleem voor het individu. Voor sommige mensen is het om uiteenlopende redenen niet mogelijk om zelfredzaam te zijn of slechts tot op bepaalde hoogte. Hierbij kan worden gedacht aan iemand met een handicap, die niet in staat is zichzelf te douchen, of een jongere met psychosociale problematiek die sociale gelegenheden het liefst vermijdt.

### 1.1.2 Zelfregie

Voor mensen die niet in staat zijn om volledig zelfredzaam te zijn, is het vaak nog wel mogelijk om zelf de regie te voeren over het leven. Zelfregie gaat in tegenstelling tot zelfredzaamheid niet om het mee kunnen doen, maar om het zelf bepalen van de

levensinvulling. Regie nemen staat hierbij synoniem voor het organiseren van het eigen leven (Verkooijen, 2006). De vraag ‘wat wil ik?’ staat hier centraal. Movisie definieert ‘zelfregie’ als volgt: ‘*Het richting geven aan het leven, ook wanneer men een beroep op anderen moet doen voor steun bij zelfredzaamheid of participatie.*’ (Movisie, 2013: 1). Praktisch gezien betekent dit voor welzijnscliënten dat zij bijvoorbeeld zelf het doel van de behandeling kiezen. Een cliënt die wel zelfregie ervaart, maar niet zelfredzaam is, kan wel beslissen over het verloop van de formele- en informele zorg, maar is in het dagelijks leven afhankelijk van professionals. Uit onderzoek van Rademakers (2014) blijkt dat in Nederland één op de twee burgers met een psychische-, lichamelijke- of sociale zorgvraag onvoldoende regie voert over ziekte en zorg. Onderzoek naar zelfregie is daarmee nog steeds actueel. Begrippen die in de literatuur ook veelvuldig worden gebruikt, en waarmee hetzelfde wordt bedoeld als met ‘zelfregie’, zijn zelfdeterminatie, zelfmanagement en empowerment (Hermanns, Van Nijnatten, Verheij & Reuling, 2008).

Volgens Brink (2012) bestaat zelfregie uit vier elementen, namelijk eigenaarschap, eigen kracht, motivatie en contacten. Eigenaarschap houdt in dat de cliënt de keuzes maakt en de professional hem of haar hierin volgt. Begeleiding of zorg moet hierbij aansluiten bij de wensen van de cliënt, zodat deze het leven kan leiden dat aansluiten bij zijn of haar mogelijkheid en behoeften. Voor de professionele hulpverlener kan het zich eigen maken van de nieuwe rol die hij of zij krijgt toebedeeld lastig zijn. Vanuit een jarenlange expertise als hulpverlener is het soms gemakkelijk om zelf oplossingen aan te dragen, terwijl de cliënt geactiveerd moet worden om zelf na te denken over oplossingen voor problemen. Eigen kracht wordt gedefinieerd als het benutten van eigen mogelijkheden en talenten om problemen op te lossen. Tot slot verwijzen motivatie en contacten naar het feit dat hulpverleners cliënten moeten ondersteunen bij het vinden van hun eigen motivatie en het vormen of versterken van een sociaal netwerk. Binnen het maatschappelijk werk heet deze veranderde visie, met bijbehorende aanpak, Welzijn Nieuwe Stijl (Van Bergen, 2011). Welzijn Nieuwe Stijl houdt in dat de inhoud van de begeleiding vormgegeven wordt door zowel de behandelaar(s) als de cliënt met zijn of haar sociale netwerk. Zorg is niet langer vraag- of aanbodgericht, maar dialooggericht, waarbij voortdurend de balans moet worden gezocht tussen de krachten van de cliënt en de noodzaak van professionele hulp. De hulpverlener treedt hierbij op als coach, om zo de cliënt te motiveren zoveel mogelijk zelf te regelen en te bepalen.

In de meeste gevallen zijn zelfredzaamheid en zelfregie sterk aan elkaar gekoppeld. Het feit dat de rol van de professionele hulpverlener verandert van hulpverlener naar coach, zal als de cliënt hiertoe in staat is, zowel leiden tot een toenemende mate van zelfregie als zelfredzaamheid. De cliënt krijgt niet alleen meer verantwoordelijkheid om zelf te bepalen, maar moet, al dan niet met behulp van het sociale netwerk, ook steeds meer zelf gaan doen. Zelfregie wordt daarom ook wel gezien als compensatie voor zelfredzaamheid. De cliënt moet samen met het netwerk meer zelf doen, maar krijgt hier regie over het eigen leven voor terug. In dit evaluatieonderzoek wordt gekeken of zorgportaal Carenzorgt mogelijkheden schept voor cliënten om het zelf bepalen van zaken omtrent zorg beter in te vullen, ‘wat wil ik?’ (Brink, 2012). Daarom zal in dit onderzoek uitsluitend gekeken worden naar de invloed van Carenzorgt.nl op de zelfregie van cliënten. Skinner (1996) maakt in haar uiteenzetting over ‘controle’, waarbij ze ‘zelfregie’ onder dit begrip schaaft, onderscheid tussen ‘actual control’ en ‘perceived control’. Dit kan worden vertaald naar een objectieve- en subjectieve benadering van zelfregie. In dit onderzoek wordt de cliënt rechtstreeks bevraagd naar zijn of haar mening en ervaringen. Hierdoor wordt een subjectieve benadering van het begrip ‘zelfregie’ toegepast. Omdat zelfregie een complex begrip is, wordt het uiteengezet aan de hand van twee theoretische invalshoeken: patiëntactivatie en zelfdeterminatie.

## **1.2 Gezondheidsvaardigheden**

Hoewel de nadruk op zelfregie steeds groter wordt, ontbreekt het sommige mensen aan vaardigheden om daadwerkelijk zelf de regie te voeren over hun zorg. De vaardigheden die onder andere benodigd zijn voor het ervaren van zelfregie, worden gezondheidsvaardigheden genoemd (Rademakers, 2014). Eén van de meest gebruikte definities voor gezondheidsvaardigheden komt van Kindig, Nielson-Bohlman en Panzer (2004), en luidt: *'De capaciteit van het individu om informatie te verkrijgen en te begrijpen die nodig is om weloverwogen keuzes te maken in de toename van de gezondheid.'* In deze definitie ligt de focus op cognitieve vaardigheden, zoals de vaardigheid om informatie op een juist manier te verwerken. Hoewel het concept gezondheidsvaardigheden tot nu toe vooral worden toegepast in onderzoek omtrent de reguliere gezondheidszorg, kunnen ze eveneens worden gebruikt voor de geestelijke gezondheidszorg en welzijnszorg (Green, Perrin, Polen, Leo, Hibbard & Tusler, 2010).

In de wetenschap neemt de aandacht voor gezondheidsvaardigheden toe. Eén van de redenen hiervoor is dat sociaaleconomische achtergrond, met name opleidingsniveau, een belangrijke voorspeller voor gezondheid en ziekte blijkt te zijn. (Majer, Nusselder, Mackenbach & Kunst, 2011; Mackenbach, Stirbu, Roskam, Schaap, Menvielle, Leinsalu & Kunst, 2008). Mensen met een lager opleidingsniveau hebben gemiddeld een slechtere gezondheid en daarmee een lagere levensverwachting (Berkman, 2011) dan mensen met een hoog opleidingsniveau. Gezondheidsvaardigheden geven ten opzichte van de sociaaleconomische achtergrond van burgers een nauwkeuriger inzicht in de belemmeringen en kansen die individuen ervaren als het gaat om gezondheid en zorg. Daarnaast geeft de veranderende rol van de burger, als het gaat om eigen verantwoordelijkheid in de zorg, aanleiding tot de toegenomen interesse in het concept gezondheidsvaardigheden (Rademakers, 2014). Hoge verwachtingen van de eigen verantwoordelijkheid kunnen namelijk leiden tot polarisatie in de samenleving en een toename van de verschillen in mate van welzijn tussen cliënten. Mensen met lage gezondheidsvaardigheden zijn meer afhankelijk van anderen en voeren daarmee minder vaak zelf de regie over hun zorg (Dixon & Le Grand, 2006).

### **1.2.1 Patiëntactivatie**

Om het concept van gezondheidsvaardigheden toe te passen in dit onderzoek is het nodig om de definitie is breder te trekken dan een definitie waarbij de focus ligt op cognitieve vaardigheden. Ook de mate waarin cliënten een actieve rol willen spelen in hun leven en in de zorg die ze ontvangen, kan tot de gezondheidsvaardigheden worden gerekend (Rademakers, 2014). Dit onderdeel van gezondheidsvaardigheden wordt patiëntactivatie genoemd. Bij patiëntactivatie wordt niet gelet op de cognitieve vaardigheden en informatieverwerking, maar op zelfgerapporteerde kennis, motivatie en zelfvertrouwen als het gaat om ziekte en gezondheid. De mate van kennis, motivatie en zelfvertrouwen zijn dan ook een afspiegeling van de mate van zelfregie. De juiste kennis en informatie is nodig om weloverwogen besluiten te kunnen nemen, motivatie is nodig om doelen te kunnen bereiken en zelfvertrouwen is bijvoorbeeld nodig om vragen te stellen aan de hulpverlener.

### **1.2.2 Niveaus van patiëntactivatie**

Er kan onderscheid worden gemaakt tussen vier oplopende niveaus van patiëntactivatie, en dus de mate van zelfregie (Hibbard, Mahoney, Stockard & Tusler, 2005). Mensen in niveau 1 zijn in de beginnende fase van het actief vervullen van een rol ten opzichte van hun gezondheid. Ze zijn tot nog toe geneigd tot het passief ontvangen van zorg. Individuen die

zich op niveau 2 bevinden zijn een stap verder en zijn bezig met het opbouwen van kennis en zelfvertrouwen. Mensen in niveau 1 en 2 hebben moeite om actief invulling te geven aan de zorg voor hun gezondheid. Tot niveau 3 behoren de mensen die weten hoe ze actie moeten ondernemen, maar soms nog geremd worden door een gebrek aan zelfvertrouwen en voldoende vaardigheden. Wanneer niveau 4 is bereikt, is het gedrag van individuen dusdanig veranderd, dat zij een actieve rol vervullen in de zorg die zij ontvangen. De moeilijkheid voor hen is nog om dit gedrag ook in stressvolle situaties vol te houden. Het kan tijdens zulke situaties aantrekkelijk zijn om de regie over de zorg over te geven. Uit Nederlands onderzoek (Nijman, Hendriks, Brabers, de Jong & Rademakers, 2014) onder mensen die zorg ontvangen, blijkt dat 22% van hen zeer laag scoort (niveau 1) en nog eens 26% laag (niveau 2). Hierbij moet worden opgemerkt dat patiënt activatie leerbaar is (Hibbard & Mahoney, 2010). Het is dus mogelijk om met behulp van begeleiding een hoger niveau te bereiken. De leerbaarheid verschilt echter per individu en is niet eindeloos. Zoals in de operationalisering uitgebreid zal worden besproken, wordt patiëntactivatie gemeten aan de hand van een bestaande vragenlijst die het patiëntactivatieniveau meet en niet de afzonderlijke factoren kennis, motivatie en zelfvertrouwen.

### **1.3 Zelfdeterminatietheorie**

Naast patiëntactivatie is het mogelijk om zelfregie te benaderen vanuit de Self-determination Theory (SDT) (Ryan & Deci, 1985), in Nederland bekend als zelfdeterminatietheorie (ZDT). De ZDT gaat, in navolging van de klassieke Aristotelische kijk op persoonlijke ontwikkeling, uit van een aangeboren streven bij elk individu tot het ontwikkelen van talenten en het leren van vaardigheden. De theorie gaat op zoek naar factoren die van belang zijn voor het ervaren van intrinsieke motivatie. Intrinsieke motivatie houdt in dat gedrag voortkomt vanuit eigen waarden en opvattingen. Intrinsieke motivatie verwijst naar het idee dat het individu zelf wil handelen en niet gedwongen wil worden door druk van buitenaf. Dit in tegenstelling tot extrinsieke motivatie, waarbij gedrag beïnvloed wordt doordat het individu door een ander gestuurd wordt. Het gedrag wordt dan van buitenaf gereguleerd. Een voorbeeld hiervan is dat een individu zich moet houden aan formeel gestelde wetten en regels. Bij zelfregie gaat het er echter om dat gedrag van binnenuit komt en geïntegreerd is met de normen en waarden van het individu. Gedrag dat gebaseerd is op intrinsieke motivatie zal leiden tot meer inzet en doorzettingsvermogen (Dixon & Le Grand, 2006), waardoor kan worden verwacht dat burgers die zorg ontvangen een meer actieve rol in deze zullen

vervullen. Intrinsieke motivatie is voor burgers dan ook van belang om zelfregie te kunnen ervaren (De Haas & Broere, 2014).

Drie factoren die in de theorie naar voren komen als vereisten voor het bevorderen van intrinsieke motivatie, zijn de psychologische basisbehoeften competentie, autonomie en sociale verbondenheid (Deci & Ryan, 2000). Deze behoeften zijn zowel universeel als aangeboren. De factoren zullen hieronder kort worden besproken.

### **1.3.1 Competentie**

De psychologische basisbehoefte ‘competentie’ gaat over het vertrouwen dat een individu in zichzelf heeft dat hij invloed kan uitoefenen op de omgeving. Wanneer een individu vertrouwen heeft in het eigen kunnen, zal deze meer intrinsiek gemotiveerd zijn (Bandura, 1977) en daarmee eerder geneigd om zelf de regie te voeren. Gevoelens van competentie maakt een persoon ook beter in staat om met nieuwe omstandigheden om te gaan. De kans wordt daarmee groter dat de persoon ook in stressvolle situaties zelf de regie blijft voeren over de zorg. Hoe meer een individu het gevoel van ‘competentie’ ervaart, hoe hoger de intrinsieke motivatie en daarmee de mate van zelfregie zal zijn.

### **1.3.2 Autonomie**

Autonomie verwijst als psychologische basisbehoefte naar de ervaring van vrijwillig keuzes te kunnen maken en het feit dat er geen externe factor is die druk op het gedrag uitoefent. Een individu moet zelf de controle kunnen voeren over zijn of haar gedachten en meningen om vrijwillig gedrag te kunnen vertonen. Ook reflectie op deze gedachten en meningen zijn van belang, om gefundeerde keuzes te kunnen maken. Hoe autonomer een individu zich gedraagt, hoe hoger de intrinsieke motivatie en daarmee de mate van zelfregie zal zijn.

### **1.3.3 Sociale verbondenheid**

Sociale verbondenheid is de laatste psychologische basisbehoefte die de ZBT behandelt. Sociale contacten kunnen een individu steunen en stimuleren. Hulp vanuit de sociale omgeving is vooral van groot belang wanneer een individu de controle over het leven kwijt is (Linders, 2010). Het sociale netwerk speelt volgens de ZBT een belangrijke rol in het motiveren om zelf besluiten te kunnen nemen en de eigen capaciteiten te ontdekken (Deci & Ryan, 2002).

Om de twee hierboven beschreven perspectieven te kunnen koppelen aan het gebruik van Carenzorgt.nl, wordt hieronder de programmatheorie van het zorgportaal beschreven. Uit deze theorie zal blijken waarom Carenzorgt.nl mogelijk bijdraagt aan de hiervoor beschreven factoren voor het bevorderen van zelfregie.

#### **1.4 Programmatheorie Carenzorgt.nl**

Een beleidstheorie beschrijft de logica tussen de verwachte effecten en de mogelijkheden van een interventie (Rossi et al., 2004). Het is het achterliggende idee over waarom een bepaald programma of toepassing gebruikt zou moeten worden. Toegepast op deze evaluatie, moet beschreven worden hoe verwacht wordt dat het gebruik van Carenzorgt.nl bijdraagt aan het bevorderen van de mate van ervaren zelfregie. Binnen Lelie zorggroep is nog geen beleidstheorie opgesteld over zorgportaal Carenzorgt.nl, omdat de functie kosteloos beschikbaar was bij de invoering van het ECD en hieraan ook gekoppeld is. Daarom werd besloten om het gebruik van het portaal aan te bieden aan de cliënten. Ook vanuit Carenzorgt.nl zelf is geen document beschikbaar over de verwachte effecten van Carenzorgt.nl. Omdat er soortgelijke zorgportalen als Carenzorgt.nl bestaan en er verwachtingen beschreven zijn over eHealth-toepassingen in het algemeen, is het mogelijk om zelf een beleidstheorie op te stellen. In overleg met belanghebbenden vanuit de organisatie kan deze theorie worden aangepast en goedgekeurd.

##### **1.4.1 Carenzorgt.nl**

Nedap Healthcare is een organisatie die bouwt aan technologische ontwikkelingen in de langdurige zorg. De organisatie houdt zich bezig met diverse vormen van eHealth, waaronder zorgportaal Carenzorgt. Al meer dan 8000 zorgaanbieders in Nederland zijn aan Carenzorgt verbonden ([www.carenzorgt.nl](http://www.carenzorgt.nl)). Op de website van Carenzorgt kunnen mensen die zorg ontvangen of verlenen gratis deze zorg organiseren, afspraken plannen omtrent de zorg en informatie delen. Van cliënten binnen de IAH wordt verwacht dat zij een account op Carenzorgt.nl aanmaken, tenzij een cliënt geen internetverbinding heeft of niet in staat is hiervan gebruik te maken. Voor de groep cliënten die geen toegang heeft tot internet, blijft het zorgdossier thuis liggen in de daarvoor bestemde map.

### 1.4.2 Mogelijkheden van Carenzorgt

Het verlenen van zorg is door de komst van zorgportalen niet langer aan tijd en plaats gebonden (Ossebaard, Van Gemert-Pijnen & Peters, 2013). De mogelijkheid voor de cliënt om via Carenzorgt.nl te communiceren met de hulpverlener, zorgt ervoor dat deze vragen kan beantwoorden en aanwijzingen kan geven, zonder bij de cliënt aanwezig te zijn. Omdat het gaat om asynchrone communicatie hoeft de hulpverlener niet gelijktijdig met de cliënt online te zijn. Hierdoor is de toegang tot zorg verbeterd (Calabretta, 2002). Cliënten kunnen zelf opzoek gaan naar relevante informatie over hun situatie en hierover communiceren met de hulpverlener of het formele netwerk rondom de cliënt. Hierdoor wordt de rol van de cliënt in het zorgproces groter, waarmee de zelfregie toeneemt. In tabel 2 zijn de mogelijkheden van Carenzorgt weergegeven. De mogelijkheden van het zorgportaal kunnen in verband worden gebracht met de factoren competentie, autonomie en sociale verbondenheid. Het zorgportaal voorziet in het versterken van de sociale verbondenheid door de mogelijkheden om berichten te versturen binnen zowel het formele- als het informele netwerk, het plannen van de zorg via de gedeelde agenda en de mogelijkheden voor het informele netwerk om de zorgrapportage en de afgeronde zorgmomenten in te zien. Deze mogelijkheden zorgen ervoor dat het netwerk betrokken wordt bij de verleende zorg en het verloop van de ontwikkelingen omtrent het behalen van het doel (Ossenbaard & Coutinho, 2011). Hier komt de eerste hypothese van dit onderzoek naar voren:

*Hypothese 1: Gebruikers van Carenzorgt.nl binnen de IAH van Agathos ervaren meer sociale verbondenheid dan cliënten die geen gebruikmaken van het zorgportaal.*

Verder kan de professionele hulpverlener op Carenzorgt.nl de benodigde informatie aan het account van de cliënt toevoegen, zodat deze inzicht krijgt in de voor- en nadelen van bepaalde keuzes. Het maken van keuzes die de invulling van het leven bepalen is dan geen blinde-, maar een geïnformeerde keuze. Verwacht wordt dat het maken van op informatie gebaseerde keuzes maakt dat cliënten zich zowel autonoom als competent voelen in het bereiken van hun doelen (Hendriks, Friele, Legemaate & Widdershoven, 2013; Beurskens & Van Engelen, 2009). De derde- en vierde hypothese van dit onderzoek zijn dan ook de volgende:

*Hypothese 2: Cliënten die gebruikmaken van Carenzorgt.nl hebben een hogere mate van competentie daarmee een hogere mate van zelfregie dan cliënten die geen gebruikmaken van Carenzorgt.nl.*



*Hypothese 3: Cliënten die gebruikmaken van Carenzorgt.nl ervaren meer autonomie en daarmee een hogere mate van zelfregie dan cliënten die geen gebruikmaken van Carenzorgt.nl.*

Tot slot wordt verwacht dat het gebruik van Carenzorgt het voor de cliënt gemakkelijker maakt om een actieve rol te spelen in de zorg. Daarom luidt de laatste hypothese:

*Hypothese 4: Cliënten die gebruikmaken van Carenzorgt.nl hebben een hogere mate van patiëntactivatie en daarmee een hogere mate van zelfregie dan cliënten die geen gebruikmaken van Carenzorgt.*



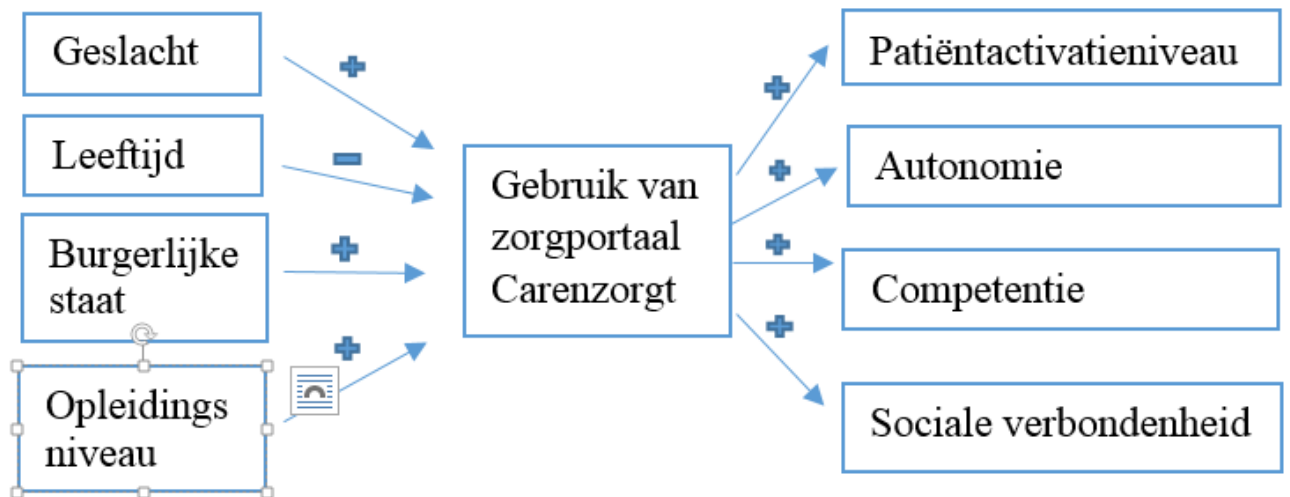
<b>Functie:</b>	<b>Mogelijkheid:</b>
Berichten	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Onderlinge communicatie informeel netwerk</li> <li>2. Communicatiekanaal tussen formeel en informeel netwerk rondom de cliënt</li> </ol>
Gedeelde agenda	Afspraken plannen en taken verdelen omtrent de zorg voor de cliënt.
Nieuws	Informatie delen met mantelzorgers en de cliënt.
Notities	Opslaan van belangrijke informatie, zodat deze voor iedereen in het netwerk zichtbaar is.
Planning	Inzage voor het informele netwerk in de cliënt in de geplande zorgmomenten van de professionele hulpverlener.
Registratie	Inzage in afgeronde, geregistreerde zorgmomenten.
Zorgrapportage	Inzage in het zorgplan en rapportages.

Tabel 1. Mogelijkheden van een account op Carenzorgt.nl

## 1.5 Digitalisering in de zorg

Sinds de opkomst van het internet in de jaren '90 wordt veel gebruikgemaakt van eHealth-toepassingen (Timmer, 2010). Deze ontwikkeling wordt enerzijds gevoed door de vraag om zelfregie vanuit de burger en anderzijds door de noodzaak om te bezuinigen in de zorg. De term Health2.0 wordt gebruikt om aan te duiden dat digitalisering in de zorg niet langer eenrichtingsverkeer is, maar dat de cliënt ook zelf informatie kan toevoegen. Dit duidt op het feit dat de regie niet langer alleen bij de professionele zorgverlener ligt, maar in toenemende mate bij de cliënt (Timmer, 2011).

Er zijn drie typen portalen in de zorg, namelijk instellingsportalen, aandoening specifieke portalen en cliëntportalen (Timmer, 2011). Het doel van cliëntportalen als Carenzorgt.nl is onder andere het bevorderen van de zelfregie van cliënten. Dit kan door het delen van informatie met de cliënt, zodat deze op basis van deze informatie zelf besluiten kan nemen aangaande de invulling van de zorg. Niet iedereen gaat echter even snel mee met technologische ontwikkelingen. Hoewel onderzoeken elkaar tegenspreken (Rogers, 2003) hebben ouderen nog steeds het imago dat zij achterlopen op jongeren als het gaat om digitale innovatie. Uit onderzoek van Van Dijk, De Haan en Rijken (2000) blijkt dat ouderen, alleenstaande vrouwen en laagopgeleiden minder vaardigheden hebben om met nieuwe digitale programma's om te gaan. Hierdoor wordt verwacht dat deze doelgroepen minder snel geneigd zijn een account aan te maken op Carenzorgt.nl. In figuur 1 wordt zichtbaar welke variabelen opgenomen zijn in het conceptueel model. Bij het meten van het effect van Carenzorgt.nl op de vier afhankelijke variabelen, wordt gecontroleerd voor de vier controlevariabelen geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en opleidingsniveau. Voor elk van de vier bovengenoemde hypothesen geldt dus dat er gecontroleerd wordt voor deze vier variabelen.



Figuur 1. Conceptueel model

## Hoofdstuk 2 – Vraagstelling

In dit hoofdstuk worden de hoofd- en deelvragen, die voortkomen uit het theoretisch kader, beschreven, waarbij de bijbehorende hypothesen worden opgesteld.

### Hoofdvraag

De hoofdvraag waar in dit onderzoek een antwoord op wordt gezocht, luidt als volgt:

*‘Leidt het gebruik van zorgportaal Carenzorgt.nl tot een toename in de mate waarin cliënten van de Intensieve ambulante hulpverlening zelfregie ervaren?’*

Dit leidt tot de volgende deelvragen:

1. In hoeverre verschillen cliënten die gebruikmaken van Carenzorgt.nl van cliënten die geen gebruikmaken van het zorgportaal in de mate van sociale verbondenheid?
2. In hoeverre verschillen cliënten die gebruikmaken van Carenzorgt.nl van cliënten die geen gebruikmaken van het zorgportaal in de mate van competentie?
3. In hoeverre verschillen cliënten die gebruikmaken van Carenzorgt.nl van cliënten die geen gebruikmaken van het zorgportaal in de mate van autonomie?
4. In hoeverre verschillen cliënten die gebruikmaken van Carenzorgt.nl van cliënten die geen gebruikmaken van het zorgportaal in de mate van patiëntactivatie?

Voor elk van de deelvragen geldt dat er wordt gecontroleerd voor de variabelen geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en opleidingsniveau.

## Hoofdstuk 3 – Onderzoeksopzet

In dit hoofdstuk worden de onderzoekspopulatie, de dataverzameling en de analyse van de data besproken.

### 3.1 Programma-evaluatie

In dit onderzoek wordt de effectiviteit van zorgportaal Carenzorgt.nl geëvalueerd. Rossi et al. (2004: 16) definiëren programmaevaluatie als volgt: *‘Een sociaal wetenschappelijke activiteit gericht op het verzamelen, analyseren, interpreteren en communiceren van informatie over de werking en effectiviteit van sociale programma's’*. Een programmaevaluatie kan op diverse aspecten van het programma gericht zijn, zoals de implementatie, resultaten of kosten (Broekman, Schaap & Schippers, 1987). Omdat hier de impact van het programma is sprake van een ‘impact assessment’. Rossi et al. (2004) zien evaluatieonderzoek als een geschikt middel om goede programma’s te onderscheiden van ineffectieve programma’s, om uiteindelijk tot een goedwerkende interventie te komen, welke leidt tot de bedoelde effecten. Evaluatie houdt in dat er een waardeoordeel wordt gegeven aan bijvoorbeeld de werking van een programma (Broekman et al., 1987). Om erachter te komen in hoeverre een programma werkt, wordt gebruikgemaakt van onderzoeksmethoden die bekend zijn vanuit de sociale wetenschappen. Aan de hand van deze methoden wordt systematisch onderzocht hoe beleidsprogramma’s verbeterd kunnen worden. Het concept ‘programmaevaluatie’ geeft zelf geen richtlijnen voor de te gebruiken onderzoeksmethode. De methode blijft zoals in regulier onderzoek afhangen van de onderzoeksvraag.

### 3.2 Onderzoeksmethode

Omdat in dit onderzoek verbanden tussen verschillende concepten worden getoetst, wordt gebruikgemaakt van kwantitatief onderzoek (Hart, Boeije & Hox, 2005). Het onderzoek bestaat uit een kwantitatieve meting van een natuurlijk experiment. Een natuurlijk experiment houdt in dat een ‘toevallig situatie in de werkelijkheid, vergelijkbaar is met een gecontroleerd experiment’ (Cornet & Webbink, 2004: 19). Een experiment maakt het mogelijk om verschillen in uitkomsten te meten tussen de controle- en de experimentele groep. Een natuurlijk experiment is de beste optie voor dit onderzoek, omdat het alternatief, een gecontroleerd experiment, hier niet mogelijk is. Er werd namelijk al van het zorgportaal

gebruikgemaakt voordat het onderzoek begon. Daarom wordt gebruikgemaakt van de toevallige situatie dat niet iedere cliënt gebruikmaakt van het zorgportaal om het effect van het gebruik van Carenzorgt toch zo goed mogelijk te kunnen meten.

Natuurlijke experimenten hebben als voordeel dat deelnemers zich niet anders gaan gedragen omdat zij meedoen aan een experiment, het zogeheten Hawthorne-effect (Neuman, 2012). Daarnaast kosten natuurlijke experimenten in vergelijking met gecontroleerde experimenten minder tijd en geld. Het doen van een gecontroleerd experiment is in dit geval niet mogelijk, omdat al van het zorgportaal gebruik werd gemaakt toen het onderzoek begon. Om het effect toch zo goed mogelijk te kunnen meten, wordt gebruikgemaakt van de toevallige situatie dat niet iedere cliënt gebruik maakt van het zorgportaal. Experimenten zijn volgens Neuman (2012) de beste manier om causale verbanden te toetsen. Nadelig aan natuurlijke experimenten is het feit dat in vergelijking met experimenten in een laboratorium, weinig controle mogelijk is.

Het klassieke experiment voldoet aan de eisen van gerandomiseerde toewijzing, zowel een nul- als een nameting en een experimentele- en een controlegroep. In de praktijk voldoen experimentele designs vaak niet aan elk van deze condities. In dit onderzoek is het doen van een nulmeting bijvoorbeeld niet mogelijk, omdat het zorgportaal al gebruikt wordt. Daarom zullen twee groepen met elkaar worden vergeleken. Dit wordt ook wel een 'Two-Group Posttest-Only Design (*quasi-experimental*)' genoemd (Neuman, 2012). Hierbij is de experimentele groep de groep cliënten die gebruikmaakt van de functies van het zorgportaal en de controlegroep de groep die wel de mogelijkheid heeft om van het portaal gebruik te maken, maar dit om uiteenlopende redenen niet doet.

### **3.3 Dataverzameling**

Om het effect van Carenzorgt.nl op de mate van zelfregie te meten, worden vragenlijsten verstuurd naar cliënten van de Intensieve ambulante hulpverlening. De Intensieve ambulante hulpverlening van Agathos heeft 815 cliënten, waaronder zowel kinderen als jongeren en volwassenen. In dit onderzoek wordt echter uitsluitend gekeken naar cliënten van 18 jaar en ouder. Hierdoor blijven er nog 469 cliënten over. Omdat het een onderzoek is naar de mate van zelfregie onder de cliënten van de IAH van Agathos, zijn de 469 cliënten de gehele populatie. Voor de betrouwbaarheid van de resultaten is het van belang dat zoveel mogelijk cliënten de vragenlijst ingevuld retourneren, maar de minimaal vereiste respons is 30 ingevulde vragenlijsten per groep. De ambulante hulpverleners krijgen bericht of ze de

cliënten die een vragenlijst krijgen, willen stimuleren de vragenlijst in te vullen om de respons te verhogen. Daarnaast is bij de vragenlijst een informatiebrief toegevoegd (zie bijlage I), waarin wordt uitgelegd wat het onderzoek inhoudt en wat het nut is van meewerken aan het onderzoek. De toegevoegde antwoordenvolp verkleint de stap voor de cliënt om de vragenlijst te retourneren.

Verwacht wordt dat de groep die geen gebruik maakt van het digitale zorgportaal op bepaalde punten significant afwijkt van de experimentele groep. Omdat het uitsluiten van alternatieve verklaringen een belangrijk aandachtspunt is binnen experimenteel onderzoek (Neuman, 2012), zal op basis van de hierboven besproken literatuur voor de variabelen geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en burgerlijke staat (Van Dijk, De Haan & Rijken, 2000) worden gecontroleerd. De controlegroep en de experimentele groep krijgen dezelfde vragenlijst toegestuurd. Het antwoord op de vraag: maakt u gebruik van Carenzorgt.nl? zal de cliënt indelen in de experimentele- dan wel controlegroep.

### **3.4 Operationalisering**

Zoals in het theoretisch kader bleek, is zelfregie een te veelomvattend concept om in een enkele vraag te meten (Movisie, 2010). In dit onderzoek wordt zelfregie daarom op twee verschillende manieren gemeten, namelijk aan de hand van het patiëntactivatieniveau van de cliënt en de factoren autonomie, competentie en sociale verbondenheid, die vanuit de zelfdeterminatietheorie naar voren kwamen. Hieronder wordt besproken hoe de variabelen zijn gemeten.

#### **3.4.1 Patiëntactivatie**

De mate waarin een cliënt een actieve rol speelt in de zorg, oftewel patiëntactivatie wordt in dit onderzoek gemeten met behulp van de Patient Activation Measure (PAM). De vragenlijst meet aan de hand van de drie factoren kennis, zelfvertrouwen en motivatie, in hoeverre iemand in staat is regie te voeren over de zorg. Deze factoren worden door middel van 13 items gemeten. De vragen zijn geformuleerd in de vorm van stellingen, waarop de respondent kan reageren op een vierpuntschaal van 1 (helemaal niet mee eens) tot 4 (helemaal mee eens). De vijfde antwoordcategorie, 'niet van toepassing', mag maximaal drie keer worden aangekruist. De vragenlijst resulteert uiteindelijk niet in drie verschillende scores op bovengenoemde factoren, maar in een totaalscore. Aan de hand van deze totaalscore kan de cliënt worden ingedeeld in een van de vier patiëntactivatieniveaus.

Om toch een beeld te schetsen van het meetinstrument wordt kort beschreven hoe de drie variabelen zijn gemeten. De eerste factor, kennis, meet in hoeverre de cliënt op de hoogte is van de reden waarvoor hij begeleiding ontvangt en mogelijke vormen van begeleiding. Een voorbeelditem voor kennis is: *‘Ik weet welke oplossingen er zijn voor mijn probleem’*. Bovenaan het meetinstrument staat beschreven dat de cliënt bij het woord ‘probleem’, moet denken aan de belangrijkste reden waarvoor hij of zij begeleiding ontvangt.

Twee kanttekeningen moeten worden geplaatst bij het gebruik van de PAM-score voor het meten van patiëntactivatie. Ten eerste is een externe licentie vereist voor het gebruiken van het meetinstrument. Deze is door de onderzoeker aangevraagd bij Insignia Health. Met deze licentie krijgt de onderzoeker toegang tot een Excel-bestand waarin de scores op de 13 items kunnen worden ingevuld. Excel berekent aan de hand van deze scores zelf het patiëntactivatieniveau. Het voordeel van de PAM is dat het een betrouwbaar en valide meetinstrument is voor patiëntactivatie (Hibbard et al., 2005; Stepleman, Rutter, Hibbard, Johns, Wright & Hughes, 2010). Hier staat tegenover dat de precieze berekening van de totaalscore niet openbaar is, waardoor het onduidelijk blijft hoe de totaalscore berekent wordt. Gezien de beperkte tijd en middelen voor dit onderzoek is besloten om toch met de PAM te werken.

Ten tweede is dit meetinstrument oorspronkelijk bedoeld voor patiënten in de gezondheidszorg. Green et al. (2010) ontwikkelden een aangepaste versie van de PAM voor patiënten in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de zogenaamde Patient Activation Measure – Mental Health (PAM-MH). Hoewel een groot deel van de cliënten van de Intensieve ambulante hulpverlening ook behandeling ontvangt vanuit de GGZ, valt de IAH zelf niet onder de GGZ. Om deze reden bleek de aangepaste vragenlijst niet helemaal passend voor de doelgroep van dit onderzoek. Ook was nog geen Nederlandse versie beschikbaar van de aangepaste vragenlijst, terwijl een Nederlandstalige vragenlijst vereist is in dit onderzoek. De vragenlijst is voor dit onderzoek daarom door de onderzoeker zelf vertaald. Omdat sommige stellingen nog teveel neigden naar de situatie van patiënten in de gezondheidszorg zijn deze aangepast. Een voorbeeld hiervan is: *‘Ik heb er vertrouwen in dat het mij lukt om medische handelingen die ik thuis moet doen, zelf uit te voeren.’*. Deze stelling is aangepast tot: *‘Ik heb er vertrouwen in dat het mij lukt om de stappen die ik zelf moet nemen om met mijn problemen om te gaan uit te voeren.’*. Hoewel het niet ten goede komt aan de validiteit



van het meetinstrument, is ervoor gekozen de betreffende vragen aan te passen, om onduidelijkheid onder de respondenten te voorkomen. De betrouwbaarheid van de aangepaste vragenlijst zal met behulp van SPSS worden getoetst. Hier wordt verder op ingegaan in het volgende hoofdstuk.

Uiteindelijk kan de respondent op dit meetinstrument een totaalscore behalen van maximaal 100. Het is niet bekendgemaakt hoe deze score berekent wordt. Aan de hand van een excelbestand kunnen de scores per vraag ingevuld worden, waarna vanzelf een totaalscore wordt berekend. Aan de hand van de behaalde score wordt de respondent ingedeeld in een van de vier niveaus, te weten: *Niveau 1: Beginnen met het nemen van een rol*, *Niveau 2: Opbouwen van kennis en vertrouwen*, *Niveau 3: Actie ondernemen* en *Niveau 4: Gedrag volhouden*. Hoe hoger de cliënt scoort op de onderdelen kennis, motivatie en zelfvertrouwen, des te hoger het niveau dat hij bereikt. Hoe hoger het niveau waarin de cliënt zich bevindt, hoe meer hij toegerust is om zelfregie te voeren in de zorg. In dit onderzoek zal echter de totaalscore op de vragenlijst worden aangehouden voor de statistische analyses in plaats van de niveaus. Het categoriseren van een intervalvariabele, waardoor deze variabele ordinaal wordt, leidt namelijk tot verlies van informatie. Uit onderzoek in de Verenigde Staten bleek dat respondenten die hoog scoren op de vragenlijst meer geneigd zijn om actief gedrag te vertonen en zelf de regie te voeren over de ontvangen zorg (Fowles, Terry, Hibbard, Bloom & Harvey, 2009; Green et al., 2010; Mosen, Schmittiel, Hibbard, Sobel, Remmers & Bellows, 2007).

Mensen gaan in toenemende mate via het internet op zoek naar informatie over de verloop van de hulpverlening (Krijgsman, Peeters, Burghouts, Brabers, de Jong, Beenkens, Friele & van Gennip, 2014). Op fora kunnen bijvoorbeeld ervaringen worden gedeeld met mensen met soortgelijke verschijnselen. Het feit dat men steeds vaker op zoek gaat naar informatie op het internet, wil echter niet zeggen dat deze informatie ook juist is. Hoewel kennis de patiënt kan stimuleren om betrokken te zijn bij de hulpverlening, moet hieraan worden toegevoegd dat mensen vaak ook keuzes maken die niet rationeel zijn en dus niet terug te voeren zijn op verkregen kennis (Ariely, Bracha & Meier, 2009). Een voorbeelditem voor kennis is: *‘Ik weet welke oplossingen er zijn voor mijn probleem’*.

Ook het hebben van motivatie is een belangrijke voorspeller van het ervaren van zelfregie (Ursum, Rijken, Heijmans, Cardol & Schellevis, 2011). Het gaat er hierbij om dat mensen met plezier betrokken zijn bij de te ontvangen hulp, in plaats van dat zij gedwongen

worden door externe factoren om zelf keuzes te maken. Dit is het onderscheid tussen intrinsieke- en extrinsieke motivatie. Voor het ervaren van zelfregie is het van belang dat een cliënt intrinsiek gemotiveerd is. Dit item sluit aan bij motivatie: *‘Ik wil graag actief betrokken zijn (bijvoorbeeld door meedenken, meebeslissen, taken zelf uitvoeren) bij de hulp die ik krijg’*. Bij zelfvertrouwen gaat het specifiek om zelfvertrouwen in het omgaan met de hulp die de cliënt krijgt (Bijvoorbeeld: *‘Ik heb er vertrouwen in dat ik kan beoordelen of ik een probleem zelf kan aanpakken of dat ik ermee naar mijn hulpverlener moet gaan’*). Mensen met een negatief zelfbeeld zijn minder vaak actief (Hibbard & Mahoney, 2010). Vanuit eerdere ervaringen heeft een persoon dan geleerd dat invloed uitoefenen bij bepaalde situaties niet mogelijk is. Deze persoon ziet er dan vanaf om actief te zijn en zelf invloed uit te oefenen op de begeleiding. Dit houdt een gebrek aan zelfvertrouwen in.

### **3.4.2 Zelfdeterminatie**

De factoren autonomie, competentie en sociale verbondenheid, die vanuit de zelfdeterminatietheorie naar voren kwamen, worden in dit onderzoek gemeten aan de hand van de Basic Psychological Needs Scale (BPNS). De vragenlijst waarin deze schaal gebruikt wordt, is een valide meting van zelfdeterminatie (Johnston & Finney, 2010). In totaal bestaat de vragenlijst uit negen vragen (zie bijlage I).

Autonomie, gemeten door 3 items in de vragenlijst, wordt door Deci en Ryan (1995) omschreven als het verlangen om zelf de bron te zijn van het eigen gedrag. Dit betekent dat bepaald gedrag niet door anderen wordt opgelegd. Een voorbeelditem voor autonomie: *‘Ik heb het gevoel dat ik voor een groot deel zelf bepaal hoe ik mijn leven leef’*. Het begrip competentie omvat de behoefte om aan de omgeving te laten zien welke capaciteiten een persoon zelf heeft. Hierbij is interactie met de omgeving belangrijk. Dat wordt bijvoorbeeld duidelijk in het volgende item: *‘De mensen om mij heen zeggen mij dat ik goed ben in wat ik doe’*. Sociale verbondenheid wordt samen met twee andere vragen gemeten aan de hand van de vraag: *‘De mensen om mij heen geven om mij’*.

### **3.4.3 Onafhankelijke variabelen en controlevariabelen**

De eerste onafhankelijke variabele is het gebruik van Carenzorgt.nl. Deze variabele maakt onderscheid tussen de groep die wel een account heeft aangemaakt op het zorgportaal en de groep die dit niet deed. De groepen worden aan de hand van een enkele vraag ingedeeld, namelijk: *‘Maakt u gebruik van een account op Carenzorgt.nl?’*.

In dit onderzoek wordt gecontroleerd voor de persoonskenmerken ‘geslacht’, ‘burgerlijke staat’, ‘leeftijd’ en ‘opleidingsniveau’.

De controlevariabele ‘geslacht’ wordt gemeten aan de hand van de vraag ‘*Bent u man of vrouw?*’. Hierbij krijgt het antwoord ‘man’ score 0 en ‘vrouw’ score 1. Op de vraag ‘Wat is uw leeftijd?’ kan de leeftijd in jaren worden ingevuld. De vraag ‘*Wat is uw burgerlijke staat?*’ heeft vier antwoordcategorieën, namelijk ‘getrouwd’ (score 3), ‘samenwonend’(score 2), ‘niet samenwonend, wel een partner’ (score 1) en ‘alleenstaand’ (score 0). De vraag naar opleidingsniveau is overgenomen van het Netherlands Kinship Panel Study (NKPS). De vraag luidt: ‘*Wat is uw hoogst voltooide opleiding?*’. Bij deze vraag zijn acht verschillende antwoorden mogelijk, namelijk: score 0 = ‘geen opleiding’, score 1 = ‘lagere school/basisonderwijs’, score 2 = ‘LBO, VBO, LTS, LHNO, VMBO’, score 3 = ‘MAVO, VMBO-t, MBO-kort’, score 4 = ‘MBO, MTS, MEAO’, score 5 = ‘HAVO, VWO, Gymnasium’, score 6 = ‘HBO, HEAO, PABO, HTS’ en score 7 = Universiteit. Aan de hand van het ingevulde antwoord zal de respondent in een categorie worden geplaatst. Uiteindelijk worden de scores gereduceerd tot drie verschillende niveaus, namelijk laag-, midden- en hoogopgeleiden. Score 0 t/m score 2 behoren tot de laagopgeleiden, score 3 t/m 5 tot de middenopgeleiden en score 6 en 7 tot de hoogopgeleiden.

### **3.5 Respondenten**

In totaal hebben 84 cliënten de vragenlijst ingevuld en teruggestuurd (Zie tabel 2). De responsrate is 17.9%. Van de 84 respondenten maken 36 respondenten wel gebruik van Carenzorgt.nl en 48 respondenten niet. Hierdoor wordt voldaan aan de minimaal vereiste respons. De gemiddelde leeftijd van de respondenten bedraagt 50 jaar. In totaal vulden 33 mannen (39.3%) en 51 vrouwen (60.7%) de vragenlijst in. Het grootste gedeelte van de respondenten is alleenstaand (64,3%), daarna volgt ‘getrouwd’ (33.3%) en tot slot ‘samenwonend’ (2.4%). Geen van de respondenten heeft een relatie met iemand waarmee hij of zij niet samenwoont. Daarnaast is de groep respondenten die samenwoont dusdanig klein, dat deze zal worden samengevoegd met de categorie ‘getrouwd’. Twee categorieën blijven over, namelijk ‘alleenstaand’ (score = 0) en ‘getrouwd/samenwonend’ (score = 1). De groep wordt hiermee onderverdeeld in wel/geen partner.

	<b>Carezorgt</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Range</b>
<b>Geslacht</b>	Gebruiker	36	.58	.500	0-1
	Niet-gebr.	48	.63	.489	0-1
	Totaal	84	.61	.491	0-1
<b>Leeftijd</b>	Gebruiker	36	44.48	13.09	20-67
	Niet-gebr.	48	54.92	18.55	25-91
	Totaal	84	50.49	.491	20-91
<b>Burgerlijke staat</b>	Gebruiker	36	1.00	1.434	0-3
	Niet-gebr.	48	1.08	1.5208	0-3
	Totaal	84	1.05	1.422	0-3
<b>Opleidingsniveau</b>	Gebruiker	36	1.56	.607	1-3
	Niet-gebr.	48	1.52	.618	1-3
	Totaal	84	1.54	.610	1-3

Tabel 2. Beschrijving onderzoekspopulatie

### 3.6 Beschrijving variabelen

#### 3.6.1 Patiëntactivatie

De scores op het PAM liggen met een minimumscore van 35.5 en een maximumscore van 81 ver uit elkaar. Verder blijkt dat het patiëntactivatieniveau van de onderzoekspopulatie redelijk gemiddeld is (mean=2.39, SD=.932). De meeste respondenten behoren met hun score tot het derde niveau (48.8%). Daarna volgen niveau 1 (23.8%), niveau 2 (20.2%) en tot slot niveau 4 (7.1%).

#### 3.6.2 Psychologische basisbehoeften

De mate waarin de respondenten zich competent voelen is, met een range van 2.33-6.33, bovengemiddeld (mean=4.69, SD=.987). Op de stelling ‘Ik ervaar vaak dat ik goed ben in het uitvoeren van taken of werkzaamheden die ik moet doen.’ geeft bijna 65% van de respondenten aan dat deze stelling ‘een beetje waar’ tot ‘helemaal waar’ is. Ook op

‘autonomie’ wordt bovengemiddeld gescoord (mean=4.80, SD=.986). In onderstaande tabel zijn de afhankelijke- en onafhankelijke variabelen schematisch weergegeven.

	<b>N</b>	<b>Range</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>
Gebruik Carenzorgt.nl	84	0-1	.43	.498
Patiëntactivatiescore	84	35.5-81	56.43	9.59
Competentie	84	2.33-6.33	4.69	.987
Autonomie	84	2.67-6.33	4.80	.986
Verbondenheid	84	2.67-6.33	4.86	.943

Tabel 3. Beschrijvende statistieken

### 3.7 Analyseplan

Hieronder zal besproken worden hoe de hypothesen in dit onderzoek zullen worden getoetst. Het statistisch analyseprogramma SPSS zal worden gebruikt om de data te analyseren.

Zoals hierboven omschreven wordt de mate van ervaren zelfregie gemeten aan de hand van vier verschillende afhankelijke variabelen. Eén van de variabelen, patiëntactivatieniveau, is van ordinaal meetniveau. De overige drie variabelen zijn van intervalmeetniveau. Bij het vergelijken van twee groepen kan gebruik worden gemaakt van de analysetechniek ANOVA. Omdat in dit onderzoek voor meerdere afhankelijke variabelen wordt getoetst, en er controlevariabelen aan het model worden toegevoegd, kan echter beter gebruik worden gemaakt van de multivariate covariantieanalyse (MANCOVA) (Field, 2009). In praktijk is het ook mogelijk om meerdere ANOVA's uit te voeren, waarbij een ANOVA uitgevoerd wordt voor elke afhankelijke variabele. Het nadeel hiervan is dat de kans op een Type1-fout groter wordt. Dit betekent dat de kans groter is dat de toets een nulhypothese verwerpt, terwijl deze waar is (Field, 2009). Een bijkomend voordeel van de MANCOVA is dat deze controleert voor zowel de hoofd- als interactie-effecten tussen de verschillende variabelen.

Voordat een MANCOVA kan worden uitgevoerd, moet gekeken worden of de data voldoet aan de voorwaarden voor het uitvoeren van een MANCOVA. Wanneer dit niet het geval is, kunnen vanuit de resultaten verkeerde conclusies worden getrokken. De Shapiro-Wilk toets, voor het meten van de normaliteit, bleek significant bij de afhankelijke variabelen 'verbondenheid' (.960  $p=.011$ ) en 'autonomie' (.950  $p=.003$ ). Hiermee wordt niet voldaan aan de assumptie dat de data normaal verdeeld moet zijn. Omdat de waarden op de Shapiro-Wilk toets voor beide variabelen boven de .90 uitkomen, worden echter weinig problemen verwacht en kunnen de variabelen toch als normaal verdeeld worden beschouwd (Bland & Altman, 1996). Uit het feit dat de afhankelijke variabelen onderling niet sterk met elkaar samenhangen blijkt dat er geen sprake is van multicollineariteit. Ook is er geen sprake van uitschieters. Aan deze voorwaarden is dus voldaan. De relatie tussen de afhankelijke variabelen 'autonomie' en 'verbondenheid' is echter niet lineair, terwijl lineaire verbanden tussen de afhankelijke variabelen een belangrijke voorwaarde is voor het uitvoeren van een MANOVA. Het transformeren van beide variabelen bleek geen oplossing voor het probleem. Wanneer de relatie niet lineair is, wordt de sterkte van de relatie tussen de variabelen onderschat of een bestaande relatie zal niet worden gevonden. Het risico voor het uitvoeren van een MANOVA is in dit geval te groot, waardoor deze in dit onderzoek dan ook niet kan worden uitgevoerd.

Om de hypothesen toch te kunnen toetsen zal gebruik worden gemaakt van regressie. Hoewel regressie oorspronkelijk niet is bedoeld om groepen te vergelijken, kunnen de hypothesen in dit onderzoek eveneens worden getoetst met regressie. Ook bij deze analysetechniek is lineariteit een voorwaarde, maar hier gaat het om de verbanden tussen de onafhankelijke variabele en de afhankelijke variabelen. Gezien het feit dat de onafhankelijke variabele in dit onderzoek een dichotome variabele is, wordt altijd aan de voorwaarde voor lineariteit voldaan (Mortelmans & Dehertogh, 2007). Ook aan de overige assumpties wordt voldaan.

Regressie is een analysetechniek die de uitkomst op de afhankelijke variabele voorspelt aan de hand van de score op de onafhankelijke variabele. Geschat wordt in hoeverre de onafhankelijke variabele de variantie in de mate van zelfregie verklaart. Toegepast op dit onderzoek, zal de mate van zelfregie worden voorspeld voor zowel de groep gebruikers als de groep die geen gebruikmaakt van Carenzorgt. Daarnaast zullen de controlevariabelen aan het model worden toegevoegd. Bij regressieanalyse moeten de variabelen echter minimaal van interval-niveau zijn (Allen & Bennett, 2010). Voor categorische variabelen dienen dummy-variabelen te worden aangemaakt. De onafhankelijke variabele in dit onderzoek is al een

dichotome variabele. Het is dus niet noodzakelijk deze variabele aan te passen. De controlevariabele opleidingsniveau is een categorische variabele met meerdere niveaus, waardoor deze zal worden omgezet in dummyvariabelen. De afhankelijke variabelen zijn allemaal van interval-niveau.

## Hoofdstuk 4 - Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de kwantitatieve analyse besproken. Per hypothese zal worden aangegeven of deze kan worden aangenomen of moet worden verworpen.

### 4.1 Hypothese 1:

*Gebruikers van Carenzorgt.nl binnen de IAH van Agathos ervaren meer sociale verbondenheid dan cliënten die geen gebruikmaken van het zorgportaal.*

Een enkelvoudige regressieanalyse werd uitgevoerd, om te toetsen of het gebruik van Carenzorgt een gedeelte van de variantie in de mate van ervaren sociale verbondenheid verklaard. Dit bleek niet het geval, de analyse levert geen significante resultaten op ( $R^2 = .163$ , aangepaste  $R^2 = .027$ ,  $F = .346$  en  $p = .910$ ). Ook zonder het toevoegen van de controlevariabelen aan het model, is het resultaat niet significant ( $p = .334$ ). Hiermee is geen bewijs gevonden voor hypothese 1, waardoor deze moet worden verworpen. In onderstaande tabel zijn de resultaten van de regressieanalyse weergegeven.

Model		B	Standaardfout	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	4.938	1.36		36.202	.000
	Gebruik Carenzorgt	-.204	.210	-.107	-.972	.334
2	(Constant)	4.907	.495		9.912	.000
	Gebruik Carenzorgt	-.205	.230	-.108	-.891	.376
	Leeftijd	.001	.007	.010	.074	.941
	Geslacht	.122	.224	.064	.546	.587
	Laag vs. middenopgeleiden	.021	.248	.011	.085	.933
	Laag vs. hoogopgeleiden	-.111	.466	-.028	-.238	.813
	Burgerlijke staat	-.203	.234	-.103	-.868	.388

Tabel 4. Uitkomsten regressieanalyse sociale verbondenheid, N = 84, \* $p < .05$ .



#### 4.2 Hypothese 2:

*Gebruikers van Carenzorgt.nl binnen de IAH van Agathos ervaren meer autonomie dan cliënten die geen gebruikmaken van het zorgportaal.*

Uit de enkelvoudige regressieanalyse blijkt dat het model 4,9% procent van de variantie in ervaren autonomie verklaard. Deze proportie verklaarde variantie blijkt echter niet significant,  $R^2 = .221$ , aangepaste  $R^2 = .049$ ,  $F = .652$ ,  $p = .689$ . Ook hypothese 2 moet dus worden verworpen. In tabel 4 zijn de ongestandaardiseerde- en gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten en de significantieniveaus van de onafhankelijke variabelen en controlevariabelen schematisch weergegeven.

<b>Model</b>		<b>B</b>	<b>Standaardfout</b>	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>
<b>1</b>	(Constant)	4.854	.142		34.133	.000
	Gebruik Carenzorgt	-.168	.219	-.085	-.769	.444
<b>2</b>	(Constant)	4.452	.509		8.743	.000
	Gebruik Carenzorgt	-.119	.237	-.060	-.502	.617
	Leeftijd	.005	.007	.094	.700	.486
	Geslacht	.157	.231	.079	.681	.498
	Laag vs. middenopgeleiden	.191	.255	.096	.748	.457
	Laag vs. hoogopgeleiden	.629	.479	.153	1.314	.193
	Burgerlijke staat	-.242	.241	-.118	-1.005	.318

Tabel 5. Uitkomsten regressieanalyse autonomie, N = 84, \*p < .05.

### 4.3 Hypothese 3:

*Gebruikers van Carenzorgt.nl binnen de IAH van Agathos voelen zich meer competent dan cliënten die geen gebruikmaken van het zorgportaal.*

Met behulp van enkelvoudige regressie werd getoetst in hoeverre de variantie in de mate van ervaren competentie kan worden verklaard door het gebruik van Carenzorgt. Het gebruik van het zorgportaal verklaart 2,9% van de variantie, maar dit effect blijkt niet significant,  $R^2 = .169$ , aangepaste  $R^2 = .029$ ,  $F = .373$ ,  $p = .894$ . De ongestandaardiseerde- (B) en gestandaardiseerde (Beta) regressiecoëfficiënten en de significantieniveaus van de controlevariabelen en de onafhankelijke variabelen zijn hieronder weergegeven in tabel 6.

Model		B	Standaardfout	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	4.729	.144		32.904	.000
	Gebruik Carenzorgt	-.101	.221	-.050	-.454	.651
2	(Constant)	4.178	.519		8.053	.000
	Gebruik Carenzorgt	-.005	.241	-.003	-.021	.983
	Leeftijd	.008	.007	.152	1.122	.265
	Geslacht	-.049	.235	-.024	-.207	.836
	Laag vs. middenopgeleiden	.162	.260	.081	.623	.535
	Laag vs. Hoogopgeleiden	.453	.488	.109	.928	.356
	Burgerlijke staat	.084	.245	.041	.341	.734

Tabel 6. Uitkomsten regressieanalyse competentie, N = 84, \*p <.05.

#### 4.4 Hypothese 4:

*Cliënten die gebruikmaken van Carenzorgt.nl hebben een hogere mate van patiëntactivatie en daarmee een hogere mate van zelfregie dan cliënten die geen gebruikmaken van Carenzorgt.nl.*

Ook het laatste model is, zowel met als zonder toevoeging van de controlevariabelen, niet significant,  $R^2 = .128$ , aangepaste  $R^2 = .095$ ,  $F = 1.859$  en  $p = .099$ . In tabel 7 is te zien dat de controlevariabele 'burgerlijke staat' in het model significant blijkt.

<b>Model</b>		<b>B</b>	<b>Standaardfout</b>	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>
<b>1</b>	(Constant)	56.266	1.401		40.172	.000
	Gebruik Carenzorgt	.337	2.157	.017	.156	.876
<b>2</b>	(Constant)	57.610	4.785		12.040	.000
	Gebruik Carenzorgt	.102	2.224	.005	.046	.964
	Leeftijd	-.038	.068	-.071	-.555	.580
	Geslacht	-2.987	2.167	-.152	-1.374	.173
	Laag vs. middenopgeleiden	.372	2.401	.019	.155	.877
	Laag vs. hoogopgeleiden	4.981	4.503	.124	1.106	.272
	Burgerlijke staat	5.725	2.264	.285	2.529	.014*

Tabel 7. Uitkomsten regressieanalyse patiëntactivatie, N = 84, \*p < .05.

## Hoofdstuk 5 - Conclusie, discussie & aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek beantwoord met behulp van de resultaten uit het vorige hoofdstuk. Daarna worden de tekortkomingen van dit onderzoek besproken. Tot slot worden aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek en voor de verdere besluitvorming rondom het gebruik van Carenzorgt binnen Agathos.

### 5.1 Conclusie

Om de evaluatie van Carenzorgt in de maatschappelijke context te plaatsen, begon dit onderzoek met een bespreking van de huidige situatie van de welzijnszorg in het algemeen. Kostenbesparingen in de zorg en de decentralisatie van overheidstaken leiden tot de behoefte aan nieuwe vormen van ondersteuning in de zorg. Van zorgbehoevende burgers wordt namelijk steeds meer verwacht dat zij zelf de verantwoordelijkheid nemen in de zorg die zij ontvangen. Wanneer er behoefte is aan zorg, in welke vorm dan ook, wordt eerst gekeken naar de burger zelf en daarna naar het informele netwerk rondom de burger. Wanneer beiden niet in de behoefte aan zorg of begeleiding kunnen voorzien, kan pas de professionele begeleiding worden aangesproken. Burgers krijgen hierdoor zelf meer verantwoordelijkheid over hun zorg of begeleiding. Dit vraagt om een toename in de mate waarin burgers zelf de regie kunnen voeren, om in hun behoefte te kunnen voorzien. Ook de cliënten van Thuiszorgorganisatie Agathos kregen te maken met deze verschuiving in de zorgrelatie. De mogelijkheid tot het gebruik van zorgportaal Carenzorgt binnen Agathos, heeft onder andere als doel bij te dragen aan de mate waarin cliënten zelfregie ervaren.

Om het effect van Carenzorgt op de mate waarin cliënten zelfregie ervaren te kunnen evalueren, werd een antwoord gezocht op de volgende hoofdvraag: *‘Leidt het gebruik van zorgportaal Carenzorgt.nl tot een toename in de mate waarin cliënten van de Intensieve ambulante hulpverlening zelfregie ervaren?’*

Met behulp van de data-analyse die besproken werd in het vorige hoofdstuk, kan deze vraag worden beantwoord. Geen van de verbanden tussen het gebruik van Carenzorgt en de afhankelijke variabelen patiëntactivatieniveau, competentie, autonomie en sociale verbondenheid bleek significant. Het enige significante resultaat van de analyse bleek de voorspellende waarde van ‘burgerlijke staat’ op ‘patiëntactivatie’. Dit verband was positief, wat inhoudt dat mensen met een partner hoger scoren op patiëntactivatie dan mensen zonder

partner. Alleenstaande cliënten binnen Agathos Thuiszorg, spelen dus een minder actieve rol in de zorg die zij ontvangen, dan cliënten met een partner.

Er is geen bewijs gevonden dat het gebruik van Carenzorgt een gedeelte van de variantie in de mate van zelfregie verklaard. Gebruikers van Carenzorgt scoren dus niet significant hoger op de vier variabelen dan cliënten die geen gebruikmaken van het zorgportaal. Zowel de hoofdvraag als de deelvragen moeten dus met ‘nee’ worden beantwoord. Het gebruik van Carenzorgt leidt niet tot een toename in de mate waarin cliënten van de IAH van Agathos zelfregie ervaren. Bij deze onderzoeksresultaten kunnen echter een aantal kanttekeningen worden geplaatst. Deze worden hieronder in de discussie besproken.

## **5.2 Discussie en aanbevelingen voor vervolgonderzoek**

In dit hoofdstuk wordt kritisch gekeken naar het verloop van het onderzoek, de dataverzameling en de resultaten. Zowel positieve- als negatieve aspecten van het onderzoek worden behandeld.

De vragenlijst in dit onderzoek is uiterst zorgvuldig samengesteld, waarbij rekening is gehouden met de doelgroep. Drie cliënten van Agathos stuurden de vragenlijst echter oningevuld terug, met de boodschap dat de vragenlijst te moeilijk was of dat ze het om een andere reden niet zagen zitten de vragenlijst in te vullen. Hoewel slechts een klein aantal dit liet weten, is het mogelijk dat dit voor meer mensen een reden was om de vragenlijst niet in te vullen. Wellicht is dit voor een groot deel juist de categorie cliënten die weinig zelfregie ervaart en daarmee een relevante groep voor dit onderzoek vormt. Mogelijk betekent dit een vertekening in de resultaten.

Hoewel de mogelijkheid tot het gebruik van Carenzorgt al een aantal maanden beschikbaar was voor de cliënten van Agathos, wordt nog niet erg intensief gebruikgemaakt van het zorgportaal. Dit bleek uit de vragen die toegevoegd waren aan de vragenlijst, maar niet werden opgenomen in het model. De respondenten kruisten aan van welke mogelijkheden van Carenzorgt zij gebruikmaken. Omdat al verwacht werd dat van diverse mogelijkheden van Carenzorgt nog te weinig gebruik werd gemaakt is het gebruik van Carenzorgt als een dichotome variabele opgenomen in het onderzoek. Dit betekent dat er uitsluitend onderscheid werd gemaakt in het al dan niet gebruikmaken van het zorgportaal. Hierdoor waren slechts twee scores op de onafhankelijke variabele mogelijk. Voor vervolgonderzoek zou het relevant zijn om de invloed van de verschillende mogelijkheden op de verschillende variabelen te

toetsen. Zo zou het gebruik van de mogelijkheid tot het communiceren met het informele netwerk, specifiek bij kunnen dragen aan de sociale verbondenheid. Wanneer wel gebruik wordt gemaakt van het zorgportaal, maar niet van de communicatiemogelijkheid, kan worden verwacht dat gebruikers van Carenzorgt niet meer sociale verbondenheid ervaren dan cliënten die geen account hebben op Carenzorgt.

Dit onderzoek concludeert dat het gebruik van Carenzorgt tot nu toe niet het gewenste effect heeft bereikt binnen Agathos Thuiszorg. Om aanbevelingen te kunnen doen voor het bevorderen van het gebruik van Carenzorgt binnen de thuiszorgorganisatie, wordt gebruikgemaakt van aanvullende literatuur.

### **5.3 Aanbevelingen voor beleid rondom Carenzorgt binnen Agathos**

Op het moment dat de dataverzameling plaatsvond, maakte minder dan de helft (43,8%) van de respondenten gebruik van een account op Carenzorgt. Omdat in 2011 al meer dan 94% van de huishoudens in Nederland een internetverbinding had (CBS, 2012), wordt verwacht dat het percentage van de cliënten dat thuis toegang heeft tot internet hoger ligt dan 43,8%. Dit betekent dat er minder cliënten gebruikmaken van het zorgportaal dan ten doel is gesteld. Om ervoor te zorgen dat het aantal gebruiker van Carenzorgt binnen de IAH van Agathos toeneemt, zou aandacht besteed moeten worden aan het feit waarom een groot deel van de cliënten geen account aan heeft gemaakt of weinig tot geen gebruikmaakt van het account.

Aan de vragenlijst van dit onderzoek werd een aantal vragen toegevoegd die niet op werden genomen in het model, maar die bedoeld waren om inzicht te krijgen in de intensiteit van het gebruik van het zorgportaal onder de cliënten. Hieruit bleek dat het grootste gedeelte (38,5%) van de groep gebruikers zijn of haar account ‘meerdere keren per maand’ gebruikt. Een klein gedeelte (18%) maakt een aantal keer per week of zelfs dagelijks gebruik van Carenzorgt.nl. Gemiddeld maken mensen dus meerdere keren per maand, maar minder vaak dan wekelijks, gebruik van Carenzorgt.nl. Qua tijdsduur maakt de helft van de respondenten sinds 1 tot 3 maanden gebruik van een account. Slechts 3 mensen (7.7%) maken al langer dan 6 maanden gebruik van de website. Bijna 72% van de gebruikers maakt slechts van één functie gebruik op de website. Het gaat hierbij altijd om het inzien van de agenda of het inzien van het zorgplan en de rapportage. Dit geeft aan dat slechts een klein deel van de cliënten gebruikmaakt van de mogelijkheid om te communiceren met het informele netwerk of de hulpverlener via het zorgportaal. Ook van de mogelijkheid om informatie te delen wordt geen gebruikgemaakt. De intensiteit van het gebruik van het zorgportaal binnen Agathos is dan ook

een punt van aandacht. Het lijkt er tot nu toe op dat cliënten alleen een account aanmaken op Carenzorgt.nl, omdat het zorgdossier digitaal wordt bijgehouden en de zorgagenda kan worden ingezien. Hiermee worden de mogelijkheden van het zorgportaal echter niet optimaal benut. Dit zou een van de redenen kunnen zijn, waarom het gebruik van Carenzorgt binnen Agathos geen positief effect heeft op de mate van zelfregie.

Er zijn verschillende mogelijke oorzaken te noemen voor het relatief laag aantal gebruikers van het zorgportaal. Ten eerste is het mogelijk dat het zorgportaal nog onvoldoende bekendheid heeft gekregen, waardoor sommige cliënten niet of nauwelijks op de hoogte zijn van de mogelijkheid om gebruik te maken van het zorgportaal. In dat geval zouden de ambulante hulpverleners de cliënten nog eens kunnen wijzen op de beschikbare mogelijkheid. Bekendheid geven aan het zorgportaal bleek echter niet voldoende voor een intensief en effectief gebruik van het zorgportaal. Gebruikers van Carenzorgt binnen Agathos maken tot nu toe namelijk vooral gebruik van het inzien van de zorgagenda en scoorden daarmee niet significant hoger op de mate van ervaren zelfregie. Ten tweede is het mogelijk dat een deel van de cliënten het, gezien de leeftijd en/of het gebrek aan digitale vaardigheden, ontziet om een account aan te maken. Andere mogelijke oorzaken zijn dat mensen er niet de meerwaarde van inzien of een negatieve connotatie hebben bij digitalisering in het algemeen.

Uiteindelijk is het van belang dat cliënten in gaan zien dat het gebruik van een zorgportaal veel voordelen kan bieden. Hierbij moet in gedachten worden gehouden dat eHealth geen doel opzich is, maar dat het gebruik van eHealth bij moet dragen aan betere zorg (Krijgsman et al., 2014). Wanneer cliënten zich hiervan bewust zijn, is de kans groter dat zij intensief gebruikmaken van het zorgportaal en dit ook volhouden. Het relatief lage aantal gebruikers houdt mogelijk dan ook verband met het eerder besproken concept van ‘intrinsieke motivatie’ vanuit de zelfbeschikkingstheorie. In het theoretisch kader bleek al dat gedrag dat voortkomt uit intrinsieke motivatie leidt tot meer inzet en doorzettingsvermogen (Dixon & Le Grand, 2006). Het is dus de bedoeling dat cliënten zelf plezier gaan krijgen in het gebruik van zorgportaal Carenzorgt.

Van Lent (2007) deed onderzoek naar het stimuleren van de intrinsieke motivatie. De drie behoeften, autonomie, competentie en verbondenheid, die ook in dit onderzoek naar voren kwamen vanuit de zelfbeschikkingstheorie moeten worden bevredigd zodat de intrinsieke motivatie toeneemt. In dit onderzoek werd verwacht dat het gebruik van Carenzorgt daar zelf aan bijdraagt, maar wellicht moet het gebruik van Carenzorgt eerst worden gestimuleerd.

Daarna kan sprake zijn van een wederzijds effect. Aan de ene kant zorgt het vervullen van de psychologische basisbehoeften voor meer intrinsieke motivatie en daarmee een intensiever gebruik van het zorgportaal. Aan de andere kant wordt verwacht dat een intensief gebruik van het zorgportaal bij zal dragen aan het vervullen van de psychologische basisbehoeften.

Omdat er tot nu toe niet gesproken kan worden van een intensief gebruik van het zorgportaal, moeten cliënten in deze worden gestimuleerd. Dit kan volgens Van Lent (2007) op verschillende manieren. De behoefte aan autonomie kan worden bevredigd door mensen te stimuleren om het initiatief te nemen om iets wat ze nog niet eerder hebben gedaan uit te proberen, zonder precies te vertellen hoe ze dit moeten doen. Het is van belang dat de cliënt niet het gevoel heeft dat hij of zij gedwongen wordt gebruik te maken van het zorgportaal, maar zoveel mogelijk vrijheid hierin ervaart. Aanvullend kan de behoefte aan competentie worden bevredigd door positieve feedback. Hierbij moet de situatie per cliënt in acht worden genomen. Voor sommigen zal het gebruik van het zorgportaal een eenvoudige opgave zijn, terwijl het voor anderen erg ingewikkeld lijkt. Het zelfvertrouwen van de cliënt over het gebruik van Carenzorgt, neemt toe als deze merkt dat het goed gaat en hij of zij baat heeft bij het gebruik van het zorgportaal.



## Referenties

- Allen, P. J., & Bennett, K. (2010). *PASW statistics by SPSS: A practical guide: Version 18.0*. South Melbourne, VIC: Cengage Learning.
- Ariely, D., Bracha, A., & Meier, S. (2009). Doing good or doing well? Image motivation and monetary incentives in behaving prosocially. *The American Economic Review*, 544-555.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Berg, J. van den. (2013). De lokale verzorgingsstaat tussen woord en daad. *Bouwplaats lokale verzorgingsstaat*, 19-31.
- Bergen, A. M. van. (2011). Hoe versterk je de zelfregie van je cliënt?. *Maatwerk*, 12(5), 20-23.
- Berkman N.D (2011) Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 155(2): 97-107.
- Beurskens, S., & van Engelen, E. I. S. M. (2009). Naar autonomie en participatie voor mensen met een chronische ziekte: de rol van de professional. *Stimulus*, 28(1), 50-58.
- Boer, N., de & Lans, J., van der (2011). *Burgerkracht: De toekomst van het sociaal werk in Nederland*. Den Haag: RMO
- Brink, C. & Poll, A. (2012). *Werken vanuit zelfregie: wat houdt het in?* Utrecht: MOVISIE
- Broekman, T.G., Schaap, C.P.D.R., & Schippers, G.M. (1987). Programma evaluatie: geen methode, maar een denkraam. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 42, 147-162.
- Buggenhout, van. B. (2003). *Liber Memorialis Béatrice Van Buggenhout*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Calabretta, N. (2002). Consumer-driven, patient-centered health care in the age of electronic information. *Journal of the Medical Library Association*, 90(1), 32.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2014). *Gezondheid en zorg in cijfers 2014*. Geraadpleegd op 18 maart 2015 van <http://www.cbs.nl/nlNL/menu/themas/gezondheidwelzijn/publicaties/publicaties/archief/2014/2014-c156-pub.htm>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2013). *Hogere zorgkosten,afvlakking premies basisverzekering,stijging vermogenszorgverzekeraars2006–2013*. Geraadpleegd op 12 februari 2015 van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/EBD70A27-E38D-4DF2-8EF8-2EA2D3E91DEE/0/4199zorgkosten.pdf>
- Cornet, M., & Webbink, D. (2004). *Towards evidence based policy*. Geraadpleegd op 18 maart van <http://www.cpb.nl/en/publication/towards-evidence-based-policy-0>

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). Overview of self-determination theory: An organismic dialectical perspective. *Handbook of self-determination research*, 3-33.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1995). Human autonomy: the basis for true self-esteem. In: M. Kernis (Ed.). *Efficacy, agency and self-esteem* (pp. 31-49). New York: Plenum.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum.
- Dijk, L. van, Haan, J. de, & Rijken, S. R. H. (2000). *Digitalisering van de leefwereld: een onderzoek naar informatie-en communicatietechnologie en sociale ongelijkheid*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Dixon, A., & Le Grand, J. (2006). Is greater patient choice consistent with equity? The case of the English NHS. *Journal of Health Services Research & Policy*, 11(3), 162-166.
- Elzinga, D. J., Korsten, A. F. A., & Tops, P. W. (1998). Centralisatie en decentralisatie. *Lokaal bestuur in Nederland*, 107-122.
- Felling, A. J. A. (2004). *Het proces van individualisering in Nederland: een kwarteeuw sociaal-culturele ontwikkeling*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Californië: Sage publications.
- Fowles, J. B., Terry, P., Xi, M., Hibbard, J., Bloom, C. T., & Harvey, L. (2009). Measuring self-management of patients' and employees' health: further validation of the Patient Activation Measure (PAM) based on its relation to employee characteristics. *Patient education and counseling*, 77(1), 116-122.
- Green, C. A., Perrin, N. A., Polen, M. R., Leo, M. C., Hibbard, J. H., & Tusler, M. (2010). Development of the Patient Activation Measure for mental health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 37(4), 327-333.
- Haas, T. de. & Broere, I. (2014). Zelfregie. Geraadpleegd op 12 maart van <http://tomdehaas-consultancy.nl/wp-content/uploads/2014/12/Zelfregie-en-eigenkracht.pdf>
- Hart, H., Boeije, H. & Hox, J. (2005). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag, NL: Boom onderwijs.
- Hendriks, A. C., Friele, R. D., Legemaate, J., & Widdershoven, G. A. M. (2013). *Thematische wetsevaluatie Zelfbeschikking in de zorg*. Den Haag: ZonMW.
- Hermanns, J. M. A., Nijnatten, C. V., Verheij, F., & Reuling, M. (2004). *Handboek jeugdzorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Jeugdwet* (2014, 1 maart). Geraadpleegd op 23 februari 2015, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/>
- Johnston, M. M., & Finney, S. J. (2010). Measuring basic needs satisfaction: Evaluating previous research and conducting new psychometric evaluations of the Basic Needs Satisfaction in General Scale. *Contemporary Educational Psychology*, 35(4), 280-296.
- Hibbard J., Mahoney E., Stockard J., & Tusler M. Development and testing of a short form of the patient activation measure . *Health Services Research*, 2005, 40: 1918 – 1930.
- Kindig, D. A., Panzer, A. M., & Nielsen-Bohlman, L. (Eds.). (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academies Press.
- Kommer, G. J., Slobbe, L. C. J. & Wong, A., (2010). *Determinanten van de volumegroei in de zorg*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Krijgsman, J., Peeters, J., Burghouts, A., Brabers, A., Jong, J. D. de, Beenkens, F. & Gennip, L. V. van(2014). *Op naar meerwaarde! eHealth-monitor 2014*.
- Lent, R. van. (2007). *Hoe kan intrinsieke motivatie gestimuleerd worden?* Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Linders, L. (2010). *De betekenis van nabijheid: een onderzoek naar informele zorg in een volksbuurt*. Tilburg: Universiteit Tilburg.
- Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A. J., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358:2468–2481.
- Maes, S. & Karoly, P. (2005). Self-Regulation Assessment and Intervention in Physical Health and Illness: A Review. *Applied Psychology*, 54(2), 267-299.
- Majer I.M., Nusselder W.J., Mackenbach J.P. & Kunst A.E. (2010) Socioeconomic inequalities in life and health expectancies around official retirement age in 10 Western European countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2011, 65:972-979.
- Mortelmans, D., & Dehertogh, B. (2007). *Regressieanalyse*. Gent: Acco.
- Mosen, D. M., Schmittdiel, J., Hibbard, J., Sobel, D., Remmers, C., & Bellows, J. (2007). Is patient activation associated with outcomes of care for adults with chronic conditions?. *The Journal of ambulatory care management*, 30(1), 21-29.
- Movisie (2013). *Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. De begrippen ontward*. Geraadpleegd op 27 februari van <https://www.movisie.nl/publicaties/mantelzorgondersteuning-basis>
- Neuman, W.L. (2012). *Understanding research*. Boston: Pearson Education.

- Nijman, J., Hendriks, M., Brabers, A., de Jong, J., & Rademakers, J. (2014). Patient activation and health literacy as predictors of health information use in a general sample of Dutch health care consumers. *Journal of health communication*, 19(8), 955-969.
- Nijnatten, C. van (2006). Opvoeding tot autonomie. Over de rol van het algemeen maatschappelijk werk. *Maatwerk*, no. 7, p. 4-7.
- Ossebaard, H. C., & Coutinho, R. (2011). ePublic health: nieuwe wegen in gezondheidscommunicatie. *Bijblijven*, 27(8), 38-45.
- Ossebaard, H. C., Gemert-Pijnen, L., & Peters, O. (2013). Introduction: The future of health care. *Improving eHealth*. Twente: Universiteit Twente.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg (2002). E-health in zicht. Geraadpleegd op 23 februari van <http://www.rvz.net/publicaties/bekijk/e-health-in-zicht>
- Rademakers J., Delnoij D., Nijman J., de Boer D. (2012) Educational inequalities in patient-centred care: Patients' preferences and experiences. *BMC Health Service Research*.
- Rademakers, J. (2014). Niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht: Nivel.
- Reijmerink, W., Robben, P., Ruwaard, D., & Vermeulen, H. (2014). Naar gezond zorgonderzoek: interactieve leerervaringen uit het ZonMw-programma Gezondheidszorgonderzoek. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 92(8), 319-322.
- Rijen, A. J. G. van, Lint, M. W. de, & Ottes, L. (2002). Inzicht in e-health. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Rijksoverheid (2012). De zorg: hoeveel extra is het ons waard? Geraadpleegd op 12 februari 2015 van <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/betaalbaarheid-van-de-zorg/de-zorg-hoeveel-extra-is-het-ons-waard>
- Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: Free press.
- Roosmalen, R. van (2014). De jeugd-GGZ in 2015 en verder. *Psychopraktijk*, 6(6), 25-28.
- Rossi, P.H., Lipsey, M.W. & Freeman, H.E. (2004). *Evaluation: A Systematic Approach*. London: Sage Publications.
- Schers, H. J., & Melis, R. A. (2013). De oudere aan het stuur: Het Zorg en Welzijns Informatie Portaal (ZWIP). *Bijblijven*, 29(4), 58-66.
- Skinner, E. A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of personality and social psychology*, 71(3), 549.
- Stam, M. (2012). Geef de burger moed. Outreachend werken in tijden van transformatie van de verzorgingsstaat. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam, Kenniscentrum Maatschappij en Recht, Lectoraat Outreachend werken en Innoveren.

- Stempleman, L., Rutter, M. C., Hibbard, J., Johns, L., Wright, D., & Hughes, M. (2010). Validation of the patient activation measure in a multiple sclerosis clinic sample and implications for care. *Disability and rehabilitation*, 32(19), 1558-1567.
- Tengland, P. A. (2007). Empowerment: A goal or a means for health promotion?. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10(2), 197-207.
- Thompson, J. D., & MacMillan, I. C. (2010). Business models: Creating new markets and societal wealth. *Long Range Planning*, 43(2), 291-307.
- Timmer, S. (2010). *eHealth in de praktijk: handreiking voor iedereen die wil kennismaken of starten met eHealth*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Timmer, S. (2011). Waarom eHealth?. In *eHealth in de praktijk* (pp. 12-17). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Timmer, S. (2014). Competenties en eHealth. In *eHealth in de langdurige zorg* (pp. 93-96). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ursum, J., Rijken, M., Heijmans, M., Cardol, M., & Schellevis, F. (2011). *NIVEL Overzichtstudies: zorg voor chronisch zieken: organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie*. Den Haag: NIVEL.
- Verkooijen, L. (2010). Van inspraak naar invloed. Lectorale rede aan Health School Almere. Almere: Health School.
- Verkooijen, H. E. C. (2006). Ondersteuning eigen regievoering en vraaggestuurde zorg [Supporting self-directing and demand-led care] (dissertation). Jutrijp: Verkooijen & Beima.
- Verplanke, L., & Duyvendak, J. W. (2010). *Onder de mensen. Over het zelfstandig wonen van psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking*. Amsterdam: Nicis Institute.
- Wet maatschappelijke ondersteuning 2015* (2014, 18 juli). Geraadpleegd op 23 februari 2015, van <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/>

## **Bijlage I: Informatiebrief en vragenlijst**



Beste meneer/mevrouw,

Deze brief is een uitnodiging om mee te werken aan een onderzoek binnen Agathos. Naast deze brief vindt u in de envelop een vragenlijst. Deze vragenlijst bevat vragen over uw eventuele gebruik van zorgportaal Carenzorgt.nl en over de plaats die u inneemt in de zorg die u ontvangt. In deze brief wordt uitgelegd wat het doel is van het onderzoek en wat deelname aan het onderzoek voor u inhoudt.

Sinds een paar maanden is er voor u als cliënt van Agathos de mogelijkheid ontstaan om uw zorg te organiseren via een account op het online zorgportaal Carenzorgt.nl. Nadat een account is aangemaakt, kunt u de agenda inzien, berichten sturen naar de hulpverlener, notities maken en het zorgplan en de rapportage bekijken. Voor deelname aan dit onderzoek is het echter niet van belang of u een account heeft op Carenzorgt.nl. Iedere cliënt van de Intensieve ambulante hulverlening van Agathos mag de vragenlijst invullen.

### **Waarom mee doen?**

Bij Agathos vinden we het belangrijk dat u zoveel mogelijk zelf kunt beslissen over de invulling van de hulpverlening. Van zorgportalen als Carenzorgt.nl wordt verwacht dat zij ervoor zorgen dat u als cliënt meer betrokken bent bij de hulpverlening. Om erachter te komen of dit ook echt het geval is, zijn we erg benieuwd naar uw mening en ervaringen.

### **Wat betekent meedoen voor u?**

Als u mee wilt werken aan het onderzoek, dient u onderaan deze brief uw naam, handtekening en de datum te noteren. Hierna kunt u beginnen met de vragenlijst. Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer 15-20 minuten in beslag. Deelname aan dit onderzoek is niet verplicht. Het wel of niet meedoen aan het onderzoek heeft geen gevolgen voor uw verdere begeleiding of de relatie met uw hulpverlener. Deelname aan het onderzoek wordt echter wel erg gewaardeerd.

### **Hoe kunt u toestemming geven?**

Om toestemming van u te krijgen om de gegevens te verwerken, is het noodzakelijk dat u uw naam en handtekening onderaan deze brief zet en deze meestuurt in de antwoordenvelop. Met het zetten van uw handtekening gaat u akkoord met het feit dat de vragenlijst zal worden gebruikt voor onderzoeksdoeleinden. Het onderzoek is anoniem, omdat uw naam niet aan de ingevulde vragenlijst wordt gekoppeld. Daarnaast worden uw gegevens ook niet doorgegeven aan derden.

Datum:

Handtekening:

Naam cliënt:

Ik wil u vriendelijk vragen de vragenlijst **vóór 18 juni 2015** terug te sturen. Voor vragen en/of opmerkingen kunt u een e-mail sturen naar [m.okker@leliezorggroep.nl](mailto:m.okker@leliezorggroep.nl) of bellen naar 0900 22 44 777 (lokaal tarief).

Met vriendelijke groet,  
Meriam Okker  
Afstudeerstagiaire Lelie zorggroep

### **Invulinstructie**

- Het is de bedoeling dat u de vragenlijst helemaal invult.
- De vragen gaan over uw eigen mening en ervaringen. Er zijn geen goede of foute antwoorden.
- Geef bij elke vraag slechts één antwoord, behalve wanneer erbij staat vermeld dat meerdere antwoorden mogelijk zijn.
- Zet een kruisje in het rondje voor het antwoord dat het best bij u past.
- Heeft u zich vergist? U kunt een antwoord verbeteren door het vakje voor het verkeerde antwoord helemaal in te kleuren en een kruis te zetten in het vakje van het juiste antwoord.

**Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!**



## Vragenlijst

De eerste vragen gaan over het gebruik van Carenzorgt.nl. Als u geen account heeft op Carenzorgt.nl, kunt u vraag 1 met 'nee' beantwoorden en doorgaan naar vraag 5.

1. Maakt u gebruik van een account op [Carenzorgt.nl](http://Carenzorgt.nl)?  
 Ja  
 Nee (Ga direct door naar vraag 5.)
2. Hoe vaak maakt u gebruik van uw account op Carenzorgt.nl?  
 Dagelijks  
 Meerdere keren per week  
 Wekelijks  
 Meerdere keren per maand  
 Maandelijks  
 Minder vaak dan één keer per maand
3. Hoelang maakt u al gebruik van uw account op Carenzorgt.nl?  
 Minder dan een maand  
 1 tot 3 maanden  
 3 tot 6 maanden  
 Langer dan 6 maanden
4. Van welke mogelijkheden van Carenzorgt.nl maakt u gebruik?  
(U kunt meerdere antwoordmogelijkheden aankruisen.)  
 Het inzien van de agenda.  
 Het maken van notities.  
 Het sturen van berichten naar familie/vrienden/kennissen.  
 Het sturen van berichten naar de hulpverlener.  
 Het inzien van het zorgplan en de rapportage.

Nu volgen enkele uitspraken. Geef voor elke uitspraak aan, in hoeverre u het ermee eens of oneens bent. Doe dit door achter elke uitspraak een kruis te zetten onder het antwoord dat het best aansluit bij uw persoonlijke situatie. Wanneer het gaat over 'probleem' en 'oplossingen', moet u denken aan de reden waarom u hulp krijgt (bijvoorbeeld financiële-, psychische- of opvoedproblematiek). Soms is een situatie in de stelling niet op u van toepassing. In dat geval kunt u de optie 'niet van toepassing' aankruisen.

*Voorbeeld: Als u geen medicijnen slikt, kunt u bij vraag 8 'niet van toepassing' aankruisen.*

	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens	Niet van toepassing
5. Uiteindelijk ben ik zelf verantwoordelijk voor mijn welzijn.					

	Helemaal niet mee eens	Niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens	Niet van toepassing
6. Ik wil graag actief betrokken zijn (bijvoorbeeld door meedenken, meebeslissen, taken zelf uitvoeren) bij de hulp die ik krijg.					
7. Ik heb er vertrouwen in dat ik zelf bij kan dragen aan het voorkomen of verminderen van de problemen waarvoor ik hulpverlening ontvang.					
8. Ik weet wat elk van mijn voorgeschreven medicijnen doet.					
9. Ik heb er vertrouwen in dat ik kan beoordelen of ik een probleem zelf kan aanpakken of dat ik ermee naar mijn hulpverlener moet gaan.					
10. Ik heb er vertrouwen in dat ik mijn zorgen aan mijn hulpverlener durf te vertellen, zelfs als deze daar niet naar vraagt.					
11. Ik heb er vertrouwen in dat het mij lukt om de stappen die ik zelf moet nemen om met mijn problemen om te gaan uit te voeren.					
12. Ik begrijp waarom ik begeleiding nodig heb en wat de oorzaak hiervan is.					
13. Ik weet welke oplossingen er zijn voor mijn probleem.					
14. Ik heb veranderingen in mijn leefpatroon (zoals gezond eten of bewegen) vol kunnen houden.					
15. Ik weet hoe ik problemen in het dagelijks leven kan voorkomen.					
16. Ik heb er vertrouwen in dat ik zelf oplossingen kan bedenken voor nieuwe problemen waar ik tegenaan loop.					

17. Ik heb er vertrouwen in dat ik veranderingen in mijn leefstijl (zoals gezond eten en bewegen) kan volhouden, zelfs in tijden van stress.						
--	--	--	--	--	--	--

	Helemaal niet waar 1	2	3	Beetje waar 4	5	6	Helemaal waar 7
18. Ik heb het gevoel dat ik voor een groot deel zelf bepaal hoe ik mijn leven leef.							
19. De mensen waarmee ik omga, vind ik echt leuk.							
20. Ik ervaar dat ik bezigheden niet kan uitvoeren, terwijl ik dat wel wil.							
21. Ik voel me onder druk gezet.							
22. De mensen om mij heen zeggen mij dat ik goed ben in wat ik doe.							
23. Ik kan goed opschieten met de mensen met wie ik in aanraking kom.							
24. Ik ben vaak alleen en heb niet veel sociale contacten.							
25. Over het algemeen voel ik me vrij om mijn ideeën en mening te delen.							
26. De mensen met wie ik vaak omga, zie ik als mijn vrienden.							
27. Ik heb interessante nieuwe dingen kunnen leren de afgelopen tijd.							
28. In het dagelijks leven moet ik regelmatig doen wat mij wordt opgedragen.							
29. De mensen om mij heen geven om mij.							
30. De meeste dagen heb ik een voldaan gevoel over wat ik die dag heb gedaan.							
31. De mensen met wie ik dagelijks contact heb, houden rekening met hoe ik mij voel.							

	Helemaal 1 waar 1	2	3	Beetje waar 4	5	6	Helemaal waar 7
32. Ik krijg niet vaak de kans om te laten zien waar ik goed in ben.							
33. Ik heb niet veel mensen die dicht om mij heen staan.							
34. Ik heb het gevoel dat ik mijzelf kan zijn in dagelijkse situaties.							
35. Het lijkt erop dat de mensen met wie ik omga mij niet erg mogen.							
36. Ik heb het gevoel dat ik taken die ik moet uitvoeren, niet kan.							
37. Er zijn veel mogelijkheden voor mij om te beslissen hoe ik mijn dagelijks leven inricht.							
38. Over het algemeen zijn mensen vriendelijk tegen mij.							

De vragenlijst is bijna klaar. Hieronder volgen nog enkele algemene vragen.

39. Bent u man of vrouw?

Man

Vrouw

40. Wat is uw leeftijd?

..... jaar

41. Wat is uw burgerlijke staat?

Getrouwd

Samenwonend

Alleenstaand

Niet samenwonend, wel een partner

42. Wat is uw hoogst voltooide opleiding?

Geen opleiding

Lagere school / basisonderwijs

LBO, VBO, LTS, LHNO, VMBO

MAVO, VMBO-t, MBO-kort

MBO, MTS, MEAO

HAVO, VWO, Gymnasium

HBO, HEAO, PABO, HTS

Universiteit

U bent nu klaar met de vragenlijst. Hartelijk dank voor uw medewerking. Graag de ingevulde vragenlijst samen met de door u getekende informatiebrief **vóór 25 mei 2015** terugsturen in de antwoordenvelop (postzegel niet nodig).

