

Ondersteun zelfmanagement van chronisch zieken

In tien stappen zet uw team zelfmanagement blijvend centraal



Ondersteun zelfmanagement van chronisch zieken is een uitgave van Vilans.

Tekst: Jeanny Engels, Simone Arkesteyn

Eindredactie: Annelies Nagtegaal

Fotografie: Lena van der Wal

Niets van deze uitgave mag worden vermenigvuldigd of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie of op andere wijze zonder voorafgaande toestemming.

Als kenniscentrum langdurende zorg neemt Vilans verzoeken om teksten over te nemen welwillend in overweging.

© Vilans, mei 2011

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Opbouw stappenplan	6
Zelfmanagement	9
Deel 1: Voorbereiding	11
Stap 1: Ontwikkel een teamvisie op zelfmanagement	12
Stap 2: Inventariseer en ontwikkel competenties in uw team	14
Stap 3: Maak afspraken en verdeel taken	16
Stap 4: Ondersteun zelfmanagement met het individueel zorgplan	20
Stap 5: Succesvolle methoden voor zelfmanagementondersteuning kiezen en toepassen	22
Afronding deel 1: Stel een teamplan voor zelfmanagementondersteuning op	24
Deel 2: Uitvoering	25
Stap 6: Voor het consult	26
Stap 7: Tijdens het consult	28
Stap 8: Na het consult	32
Afronding deel 2: Stel een individueel zorgplan op	34
Deel 3: Evaluatie en bijstelling	35
Stap 9: Evalueer zelfmanagementondersteuning	36
Stap 10: Stel het stappenplan waar nodig bij	38
Afronding deel 3: Bepaal vervolgstappen	39
Bijlagen	
Bijlage 1: Verdieping in zelfmanagement in de zorg voor chronisch zieken	40
Bijlage 2: Competenties in uw team	46
Bijlage 3: Vraagmethoden	49
Bijlage 4: Literatuur	51
Meer informatie	53

Inleiding

Mensen met een chronische ziekte hebben 'slechts' twee van de 365 dagen per jaar contact met een professional. Tijdens alle overige dagen zijn zij zelf verantwoordelijk voor hun keuzes, die hun gezondheid en hun leven beïnvloeden. Als professional zet u zich in voor mensen met een chronische ziekte. Hoe helpt u uw patiënt bij het maken van keuzes die passen bij zijn gezondheid en zijn behandeling? Zodat zijn kwaliteit van leven verbetert? Dit doet u door hem met uw team te ondersteunen bij zelfmanagement. Zodat hij 363 dagen per jaar bewuste keuzes kan maken. Zelfmanagement hoort dus vooral dáár thuis, waar geen professionals zijn: in het dagelijks leven van uw patiënt. "Zelfmanagement moet de spreekkamer uit", verwoordt een huisarts treffend. Inderdaad. Dit stappenplan helpt u om dát met uw team voor elkaar te krijgen.

Uw patiënt ondersteunen bij zelfmanagement

Zelfmanagement inbedden in het dagelijks leven van uw patiënt kunt u niet alleen. De bal ligt net zo goed bij uw patiënt en bij collega-professionals in uw team. Het vraagt een gezamenlijke aanpak. Samen bepaalt u hoe zelfmanagementondersteuning er per patiënt uitziet. Uw patiënt staat hierbij centraal. Niet voor niets vragen we u in dit stappenplan voortdurend om hem erbij te betrekken.

Niet iedere patiënt is een goede zelfmanager. Samen met de patiënt schatten u en uw collega-professionals in of en in hoeverre deze zelfmanagement kan toepassen. Omdat dit per patiënt en per situatie verschilt, vraagt dit voortdurend aandacht.

Werkwijze

Dit stappenplan helpt u om zelfmanagementondersteuning in te bedden in de zorg voor uw patiënt. In grote lijnen komt het erop neer dat u samen met uw team:

- de voorwaarden voor zelfmanagement benoemt;
- een plan van aanpak opstelt;
- het plan van aanpak uitvoert;
- de werking van zelfmanagement in de praktijk evalueert.

Samen met uw team bepaalt u hoe u dit stappenplan gebruikt. Niet ieder team is even ver in zelfmanagementondersteuning. Bent u met uw team nog niet zo ver en kiest u voor een gedegen aanpak? Dan doorloopt u de stappen op volgorde. Deze werkwijze raden wij aan: u biedt dan zelfmanagementondersteuning in optima forma. Op de volgende pagina leest u per stap wat het u oplevert als u deze doorloopt.

Deel uw ervaring!

Dit stappenplan is ontwikkeld met professionals en experts uit de praktijk. Het is vers van de pers; u gaat er als een van de eersten mee aan de slag! Vilans evalueert hoe het stappenplan zelfmanagement werkt in de praktijk. Graag nodigen wij u op voorhand uit om uw opmerkingen en vragen over dit stappenplan met ons te delen. In 2011 vult Vilans dit stappenplan aan op basis van een evaluatie.

Vilans dankt de professionals en experts die hebben bijgedragen aan het ontwikkelen van dit stappenplan. We wensen u en uw team succes op weg naar goede zelfmanagementondersteuning!

Opbouw van het stappenplan

Bij zelfmanagementondersteuning gaat het er vooral om dat u werkt in teamverband. Samen met uw team brengt u balans in uw medisch handelen en het gezamenlijk voorbereiden en uitvoeren. Daarbij hoort ook een gezamenlijke terugblik op het gepresteerde werk.

Het stappenplan zelfmanagementondersteuning is opgebouwd uit drie delen en bestaat uit tien stappen:

- Voorbereiding
- Uitvoering
- Evaluatie en bijstelling

U en uw team bepalen met welk deel u start. Wij raden u aan om te starten met het eerste deel: de voorbereiding. U werkt dan samen aan de voorwaarden om zelfmanagementondersteuning structureel in te bedden in uw team. Lees op de volgende pagina's wat iedere fase u oplevert.



Vorbereiding

Stap 1: U hebt een teamvisie op zelfmanagement ontwikkeld

U weet wat onder zelfmanagement wordt verstaan. Met een duidelijke visie op zelfmanagement hebt u een helder doel voor ogen. Daarop anticipeert u met uw team.

Stap 2: U kent de aanwezige en te ontwikkelen competenties in uw team

Met uw team hebt u de aanwezige en te ontwikkelen competenties benoemd. U weet wat u van elkaar kunt leren en welke behoefte er is aan intervisie en/of training.

Stap 3: U hebt afspraken gemaakt en taken verdeeld

U en uw collega-professionals weten elkaar op de juiste momenten te vinden. U weet welke expertise u binnen en buiten uw team vindt. U hebt samen afgesproken hoe u elkaar informeert.

Stap 4: U weet hoe u het individueel zorgplan inzet om zelfmanagement te bevorderen

U hebt afgesproken hoe u werkt met een individueel zorgplan. Het team kent de te zetten stappen. Vast staat wie welke rol heeft in het bijhouden van dit plan.

Stap 5: U kent succesvolle methoden voor zelfmanagement en weet welke u gaat gebruiken

U kent verschillende succesvolle methoden voor zelfmanagement. In uw team hebt u samen gekozen voor een methode die aansluit bij uw visie op zelfmanagement. U bespreekt hoe u deze methode onderdeel maakt van het individueel zorgplan.

Met de uitwerking van deze stappen stelt uw team een plan van aanpak op.

Uitvoering	<p>Stap 6: Voorbereiden op het consult Het eindresultaat van deze stap is dat uw team én de patiënt voorbereid het consult ingaan. De zorg is op elkaar afgestemd.</p> <p>Stap 7: De patiënt (meer) begeleiden tijdens het consult U weet hoe u patiënten (meer) begeleidt tijdens het consult. Met uw team hebt u afgesproken hoe u medische informatie en wensen en vragen van de patiënt met elkaar deelt. Ook weet u hoe u werkt aan de opzet en het uitvoeren van een individueel zorgplan.</p> <p>Stap 8: Heldere afspraken na het consult Het is duidelijk hoe u vervolg geeft aan het consult. Afspraken die u met de patiënt hebt gemaakt liggen vast. (Nieuwe) afspraken met de patiënt stemt u onderling af.</p>
Evaluatie	<p>Stap 9: Het bevorderen van zelfmanagement is geëvalueerd Samen met uw team hebt u de zelfmanagementondersteuning van patiënten geëvalueerd. U weet hoe uw patiënten die dit ervaren.</p> <p>Stap 10: Het teamplan is adequaat Met de evaluatie stelt u het teamplan daar waar nodig bij. Het is duidelijk wie verantwoordelijk is voor welk punt. Ook hebt u afgesproken wanneer u het teamplan opnieuw evalueert.</p>

Voor u met uw team aan de slag gaat met zelfmanagementondersteuning, leest u op de volgende pagina meer over zelfmanagement.

Zelfmanagement

Mensen met een chronische aandoening maken dagelijks keuzes. Net als ieder ander. Het verschil bij mensen met een chronische ziekte is dat deze keuzes hun gezondheid en hun leven meer beïnvloeden. "Wat zal ik eten?", "Welke activiteiten onderneem ik vandaag?", "Welke medicijnen neem ik?" Helaas bestaan er geen kant-en-klare antwoorden op deze vragen. Voor u en uw team is het vaak een kwestie van samen met de patiënt 'uitproberen' hoe een behandeling of advies bij hem 'uitpakt'. Dit geeft uw patiënt de mogelijkheid om meer verantwoordelijk te zijn voor zijn dagelijkse bezigheden. En daarmee ook voor de effecten daarvan op zijn gezondheid en zijn leven.

Gezien vanuit een persoon met een chronische ziekte, gaat zelfmanagement om de invloed van zijn aandoening op:

- zijn eigen verzorging
- zijn gezin
- zijn huishouden
- zijn wonen
- zijn sociale relaties
- zijn werk/school/opleiding
- zijn vrije tijd en recreatie

Als professional vraagt u zich af:

- Wil mijn patiënt meer zelf doen met en voor zijn aandoening?
- Wil mijn patiënt zelf meer beheer voeren over zijn aandoening? En op welke manier?
- Welke ondersteuning vraagt de patiënt? En hoe kan ik hem met mijn team ondersteunen?

Zelfmanagement vraagt om gedragsverandering...

Samen met uw team wilt u zelfmanagement inbedden in de behandeling van uw patiënten. Werken met zelfmanagement vraagt om specifieke vaardigheden, van uw patiënt én van u als professional.

...van uw patiënt...

Meer dan in de traditionele zorg voor chronisch zieken, is bij zelfmanagement uw patiënt (en zijn omgeving) zelf aan zet. Uw patiënt kiest zijn eigen aandeel in zijn zorg. Hij neemt daarin meer eigen verantwoordelijkheid. Uiteindelijk bepaalt uw patiënt voor een groot deel zelf hoe zijn leven met een chronische ziekte eruitziet.

én van u en uw team

Voor u als zelfmanagementondersteunende professional zijn de mogelijkheden van uw patiënt uw uitgangspunt. Meer dan in de traditionele zorg voor chronisch zieke mensen, hebben u en uw team een coachende rol.

Mogelijkheden als uitgangspunt

Niet iedere patiënt is een goede zelfmanager. Dit verschilt per persoon en per fase van zijn aandoening. Ook progressie van de ziekte, levensfase en veranderende persoonlijke omstandigheden spelen een rol. Samen met uw patiënt en uw team, schat u voortdurend in wat haalbaar is. Samen coacht u uw patiënt naar het behalen van zijn gezondheidsdoelen.

Tip:

Samen oplossingen bedenken voor praktische bezwaren van uw patiënt verbetert de samenwerking!

Door uw patiënt te begeleiden bij zelfmanagement, helpt u hem om:

- om te gaan met symptomen en de voorgeschreven behandeling;
- de benodigde aanpassingen door te voeren in leefstijl en werk;
- sociale relaties met familie en vrienden te onderhouden;
- relaties met professionals te managen;
- om te gaan met een onzekere toekomst, en;
- een positief zelfbeeld te behouden.

(Moos & Holahan, 2007)

Meer weten over zelfmanagement?

Een theoretische inkadering op basis van het Chronic Care Model en het realiseren van gedragsverandering, vindt u in bijlage 1 van dit stappenplan.

Deel 1: Voorbereiding

U weet wat onder zelfmanagement wordt verstaan. Met uw team gaat u nu aan de slag. Met als doel dat u samen zelfmanagement van uw patiënt optimaal ondersteunt. Bij het uitwerken van dit eerste deel is het raadzaam dat u en uw teamleden regelmatig bij elkaar komen. De eerste stap is dat u met uw team uw gezamenlijke visie op zelfmanagement scherp krijgt. Deze visie beschrijft u. Dit lukt alleen als u echt goed weet wat zelfmanagement inhoudt. Wilt u zich daar eerst meer in verdiepen? Raadpleeg dan bijlage 1.

De stappen in dit eerste deel zijn:

- *Stap 1: Ontwikkel een teamvisie op zelfmanagement*
- *Stap 2: Inventariseer en ontwikkel competenties in uw team*
- *Stap 3: Maak afspraken en verdeel taken*
- *Stap 4: Ondersteun zelfmanagement met het individueel zorgplan*
- *Stap 5: Succesvolle methoden voor zelfmanagement kiezen en toepassen*



Stap 1: Ontwikkel een teamvisie op zelfmanagement

Na het beantwoorden van de vragen in deze stap hebt u met uw team een visie op zelfmanagement. Samen hebt u een helder doel voor ogen. Ook zorgt u er samen voor dat zelfmanagement wordt ingebed.

Beantwoord met uw team vragen a t/m f. Sommige vragen zijn voorzien van een toelichting en/of tip.

- A Wat verstaat u en uw team onder zelfmanagement en patiënten eigen regie geven?**
Een antwoord geven op deze vraag is vooral interessant als (u verwacht dat) professionals in uw team hier verschillend tegenaan kijken.

Tip:

Met een visie hebt u een duidelijk beeld van wat u wilt dat er in de toekomst gebeurt. Daarop kunt u samen anticiperen. Beïnvloed zelf, als team of als organisatie de toekomst!

- B Is duidelijk hoe uw patiënten zelfmanagement zien en wat ze van u en uw team verwachten?**

Is de patiëntenpopulatie in uw team divers? Juist dán is het wenselijk dat u verkent hoe patiënten uit uw praktijk aankijken tegen zelfmanagement en welke ondersteuning ze hierin van professionals verwachten.

Tip:

'Spiegelgesprekken' of 'Focusgroepen' zijn handige methoden om de visies van uw patiënten op tafel te krijgen. Op de juiste wijze uitgevoerd, 'openen' zij uw ogen en die van uw collega's. Meer informatie over deze methodes vindt u op www.vilans.nl/zelfmanagement.

- C Hoe ondersteunt uw team zelfmanagement op dit moment? Hoe wilt u het anders gaan doen? Waarmee begint u?**
Geef feedback en blijf als motivator inspireren. Dát is de essentie van zelfmanagementondersteuning!

Kennis en vaardigheden van uw patiënt

Bereid uw patiënt voor op zijn eigen verantwoordelijkheid voordat u met hem aan de slag gaat. Focus in een gesprek op vaardigheden die uw patiënt nodig

heeft. Grote kans dat hij u vervolgens vragen stelt over zijn aandoening. Zo komt kennis van uw patiënt over zijn aandoening als vanzelf aan bod. Op initiatief van uw patiënt! Als professional zoekt u met uw patiënt hoe hij antwoord krijgt op zijn vragen. Zo leert uw patiënt huidige én toekomstige problemen rondom zijn aandoening écht oplossen.

D Met welke (kleine) doelgroep begint u met uw team?

E Hoe kan zelfmanagementondersteuning worden ingebed in uw protocollen, standaarden en afspraken?

Neem het begrip 'zelfmanagementondersteuning' op in protocollen, standaarden en afspraken en licht dit waar nodig nader toe. Dit ondersteunt professionals om zelfmanagement een vanzelfsprekend onderdeel van hun werk te laten zijn.

F Staan de neuzen in uw team dezelfde kant op? Welke barrières zijn er nog? Wat doet u daaraan met uw team?

Onvoorwaardelijke acceptatie van uw team

U wilt zelfmanagement van uw patiënt bevorderen. Van u en uw team vraagt dit onvoorwaardelijke acceptatie voor zijn weloverwogen keuzes. Ook als deze keuzes afwijken van wat u onder goede zorg verstaat. Uw patiënt beoordeelt in hoeverre hij zijn gedrag wil veranderen. Dit kost tijd. Ook moet hij ontdekken welke effecten gemaakte keuzes hebben op zijn gezondheid. Ook dat kost tijd. Hiervoor heeft hij informatie en ruimte nodig. Zodat hij andere keuzes mag maken dan u voor ogen had.

Soms kiest een patiënt voor kwaliteit van leven in plaats van gezondheid. Aan u de uitdaging om ook patiënten die andere, in uw ogen suboptimale keuzes maken, te blijven monitoren. Zo houdt u inzicht in hun gezondheidsgedrag en de effecten daarvan op de chronische aandoening. Van u als professional vraagt dit een open en eerlijke houding met alle ruimte voor inbreng van de patiënt. Dán staat de patiënt écht centraal in de zorgverlening!

Stap 2: Inventariseer en ontwikkel competenties in uw team

Met uw team hebt u een visie op zelfmanagement ontwikkeld. Ook hebt u samen afspraken gemaakt waarmee u zelfmanagementondersteuning inbedt in uw protocollen en standaarden. Nu gaat het erom dat u inzicht krijgt in de competenties die u nodig hebt. Daarover gaat deze stap. Na het beantwoorden van de vragen in deze stap hebt u alle aanwezige en te ontwikkelen competenties in kaart. U weet wat u van elkaar kunt leren en welke behoefte er is aan intervisie en/of training. Ook weet u op hoofdlijnen welke competenties uw patiënt nodig heeft om keuzes in zijn leefstijl, en daarmee zijn leven zelf te managen.

Competenties in uw team

Welke vaardigheden, kennis, persoonlijkheidskenmerken en gedragingen hebben u en uw team nodig om zelfmanagement te ondersteunen? Het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD) heeft een lijst met competenties voor zelfmanagementeducatie opgesteld die deze vraag beantwoorden. De lijst bestaat uit kerncompetenties en specifieke competenties. Denk hierbij aan vaardigheden op het gebied van houding, visie, kennis, communicatie, eigen functioneren, effectmeting en multidisciplinair handelen. Het volledige overzicht van competenties vindt u in bijlage 2.

Het Generiek Model¹ deelt de competenties van professionals onder in: vermogen tot kennisoverdracht, coachvaardigheden en wegwijzen voorzieningen.

Pak het overzicht van competenties in bijlage 2 erbij en beantwoord vragen a t/m c.

- A Bezit u met uw team voldoende van de genoemde competenties voor het bevorderen van zelfmanagement?**
- B Welke competenties voor het bevorderen van zelfmanagement zijn per teamlid in voldoende en welke in onvoldoende mate aanwezig?**
- C Hoe kunt met uw team werken aan een toename van deze competenties?**
- Hoe kunt u als team van elkaar leren?
 - Is er behoefte aan intervisie of intercollegiale toetsing?
 - Is er behoefte aan training en zo ja, aan welk soort?

¹ Het Generiek Model is ontwikkeld binnen het Zelfmanagement Programma NPCF-CBO. Meer informatie: <http://www.zelfmanagement.com>

Tip:

Bespreek ervaringen, vragen en knelpunten rondom zelfmanagement met elkaar. Bijvoorbeeld in de vorm van intervisie. Het maakt niet uit of u dit doet met collega's met dezelfde of met een andere discipline. Probeer samen een goede sfeer en vertrouwen te creëren zodat er openheid is om vrij te praten. Dit stimuleert het leerproces rondom werken aan zelfmanagement!

Competenties van uw patiënt

Zoals in het hoofdstuk over zelfmanagement staat beschreven, vraagt zelfmanagement niet alleen een andere invulling van uw rol als professional. Ook de rol van uw patiënt met een chronische ziekte verandert. Van uw patiënt worden competenties gevraagd om zijn rol als zelfmanager succesvol te vervullen. Deze competenties zijn onder andere: zelfmonitoring, therapietrouw, controle over de eigen omgeving, ontspanning en het oplossen van problemen (Meade et al., 2003). Lorig (2001) voegt hier het zelfstandig nemen van besluiten en het onderhouden van de relatie met de zorgverleners aan toe.

Tip:

Meer informatie over competenties van professionals en patiënten vindt u in bijlage 2.



Stap 3: Maak afspraken en verdeel taken

Met uw team hebt u een visie op zelfmanagement ontwikkeld. Samen hebt u afgesproken hoe u zelfmanagementondersteuning inbedt in protocollen en standaarden. De aanwezige en te ontwikkelen competenties hebt u in kaart. De volgende stap is nu dat u weet waarvoor u naar elkaar kunt verwijzen. Na het doorlopen van deze stap hebt u dat helder voor ogen. U hebt dan voldoende inzicht in de zorgcontacten met patiënten. Ook hebt u bepaald of u met een centrale zorgverlener werkt en zo ja wie dat zou kunnen zijn. Heeft uw patiënt hierin zelf een keuze? Als laatste hebt u eventuele organisatorische taken benoemd en verdeeld.

Rollen in het team

Werken aan zelfmanagementondersteuning vraagt om een rol en een bijdrage van ieder teamlid. Het vraagt dat elk teamlid zich hier volledig achter schaaft. Niet alleen de praktijkondersteuner van de huisarts (POH) is verantwoordelijk voor het ondersteunen van zelfmanagement. Ook de huisarts en de praktijkassistent zijn betrokken. Hetzelfde geldt voor (externe) professionals uit andere disciplines die betrokken zijn bij de zorgverlening van uw patiënt. Voor al deze personen geldt dat zij in hun dagelijks werk laten zien dat het ondersteunen van zelfmanagement een belangrijk onderdeel is van de totale zorgverlening. Dán is goede zelfmanagementondersteuning mogelijk.

Elke discipline kent zijn eigen expertise. Belangrijk is dat deze expertise binnen het team bekend is!

A Benoem de verschillende expertises in uw team en vermeld per discipline naam, telefoonnummer en e-mailadres van de betreffende professional.

Na het beantwoorden van de vorige vraag is de voorbereiding van uw team om zelfmanagement van mensen met een chronische ziekte te ondersteunen rond. De vraag is nu: wie gaat het gesprek met de patiënt aan en bijt daarmee het spits af? Die taak is weggelegd voor de huisarts.

Aftrap voor zelfmanagement ondersteuning

In een zogenaamd 'scharnierconsult' opent de huisarts de deur voor de andere professionals om zelfmanagement te ondersteunen. Hij doet dit door drie punten met de patiënt te bespreken. De huisarts:

1. Geeft duidelijk aan dat het om een chronische aandoening gaat (diagnose), die niet meer overgaat.

2. Vertelt wat het leven met een chronische aandoening inhoudt en welke actieve rol hij hierin verwacht van de patiënt.
3. Legt uit welke zorg zijn patiënt kan verwachten van het team.

B Bespreek deze punten met de huisarts in uw team, zodat ze daadwerkelijk onderdeel uitmaken van het consult waarin de aftrap voor zelfmanagement plaatsvindt.

Nadat de huisarts dit 'scharnierconsult' heeft afgerond, deelt hij het resultaat met uw team. Samen bepaalt u wie welk aandeel in de zorg voor deze patiënt op zich neemt. U spreekt ook af hoe u dat doet.

Taken verdelen in uw team

Iedere discipline levert een belangrijke eigen bijdrage aan de behandeling van uw patiënt met een chronische ziekte. Wie is wanneer nodig om de juiste zorg te geven? Is het belangrijk om elke nieuwe diabetespatiënt naar een diëtist te verwijzen? Of kan de POH'er of praktijkassistent bijdragen?

C Bij welke patiëntvragen verwijst u naar welke discipline? Maak hiervan een overzicht en bespreek dat met uw team.

Nu de taken in de zorg voor de patiënt zijn bepaald, rijst de vraag: wie is het aanspreekpunt voor deze persoon met een chronische ziekte? Wie heeft naast de patiënt het totaaloverzicht over de zorg? Ofwel: wie is de centrale zorgverlener?

Rol centrale zorgverlener

De term 'zelfmanagement' suggereert dat de patiënt er alleen voor staat: niets is minder waar. Succesvol zelfmanagement is alleen mogelijk als uw patiënt erop vertrouwt dat hij altijd met zijn vragen en problemen terecht kan bij een professional. De mate van zelfmanagement is sterk afhankelijk van de fase van chronische aandoening en de situatie van een persoon. Uw patiënt is daarom gebaat bij één centrale zorgverlener. Deze kan de mate van de gewenste ondersteuning en de gewenste betrokken disciplines het best inschatten. Zo biedt u samen chronische zorg op maat!

De centrale zorgverlener:

- beschikt over ruime communicatievaardigheden en kan werken in een team;
- vervult een 'voordeurfunctie';
- is makkelijk bereikbaar, ook voor vragen buiten het consult per e-mail of telefoon;
- neemt de coördinatie van de zorg op zich en bewaakt deze: welke afspraken zijn er en worden deze nageleefd?;
- vervult een centrale rol in het opstellen en naleven van het individueel zorgplan;

- is naast aanspreekpunt voor de patiënt, aanspreekpunt voor het multidisciplinaire team;
- verwijst indien gewenst naar een meer gespecialiseerde zorgverlener;
- 'leidt' de patiënt efficiënt en effectief door het complexe zorgproces.

Het mooiste zou zijn als de patiënt zelf mag aangeven wie hij als eerstverantwoordelijke voor de zorgverlening wenst! Leg in het patiëntendossier vast wie de centrale zorgverlener is.

D Welke personen zijn op basis van bovengenoemde punten geschikt om de rol als centrale zorgverlener te vervullen?



E Laat u uw patiënt vervolgens bepalen wie zijn centrale zorgverlener is?

Met uw team hebt u afgesproken wie welke bijdrage levert in zelfmanagement-ondersteuning van uw patiënt. Hieronder noemen we een aantal organisatorische randvoorwaarden die uw team in staat stellen om zelfmanagement ondersteuning te kunnen bieden.

1. Eigen werkplek
Rust en ruimte dragen bij zelfmanagementondersteuning, zowel voor professional als patiënt. Tussentijdse storingen (telefoon/collega) hebben een negatieve invloed.
2. Inzage in dossier
Uw teamleden kunnen adequaat inspelen op de zorgbehoefte van de patiënt als allen inzage hebben in een actueel dossier.
3. Registratie van zorg
Op elk gewenst moment inzage hebben in een patiëntendossier vraagt mogelijk om een andere registratie. Denk hier als team over na. Wat is nodig om dat te realiseren?
4. ICT-ondersteuning
Goede ICT-ondersteuning vereenvoudigt gezamenlijke dossiervoering. Het helpt u beslissingen te nemen.

F Welke organisatorische randvoorwaarden voor het ondersteunen van zelfmanagement vragen nog om een oplossing? Wie neemt daarin het voortouw?

Na het beantwoorden van de vragen in deze derde stap hebt u de benodigde afspraken gemaakt en taken verdeeld om zelfmanagementondersteuning te bieden.

Stap 4: Ondersteun zelfmanagement met het individueel zorgplan

Met het uitwerken van de eerste drie stappen hebt u met uw team gewerkt aan de voorwaarden om zelfmanagement van uw patiënten te ondersteunen. U bent er nu bijna klaar voor om er daadwerkelijk mee aan de slag te gaan. In deze vierde stap maakt u kennis met het individueel zorgplan. Dit is een handig hulpmiddel voor zelfmanagement. Het is vooral de persoon met een chronische ziekte die hiermee aan de slag gaat. Het individueel zorgplan helpt u als professional bij het ondersteunen van zelfmanagement. U draagt meer regie en verantwoordelijkheid over aan de patiënt en richt de zorg anders in. Zodat uw patiënt daadwerkelijk centraal staat.

Individueel zorgplan versus behandelplan

Volgens de Standaard voor Zorgstandaarden wordt met de term 'individueel zorgplan' hetzelfde bedoeld als met de term 'behandelplan'. Een kenmerk van een zorgstandaard voor chronische aandoeningen is dat het aanwijzingen bevat voor het opstellen van een individueel zorgplan. Vooral nog is de zorgstandaard Vasculair Risicomanagement (VRM) de enige met specifieke aandacht voor het individueel zorgplan. De verwachting is dat dit snel verandert. Uiteindelijk is het de bedoeling dat in de zorg voor chronisch zieken structureel gewerkt wordt met een individueel zorgplan. (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2009).

Voordeel individueel zorgplan

Een groot voordeel van het werken met een individueel zorgplan is dat het uitgaat van de persoonlijke doelen van de patiënt. Deze doelen zijn leidend voor de zorgverlening. Een professional die al werkt met een individueel zorgplan formuleert het als volgt: "Voorheen stelde de behandelaar ook wel een behandelplan op, maar de patiënt wist daar niets van. Nu is dat anders en wordt het ook na een bepaalde tijd weer geëvalueerd. De belangrijkste functie van het plan is dat het helpt om leef(stijl)doelen te stellen en te monitoren en om daar samen aan te gaan werken."

Wat staat er in een individueel zorgplan?

In het individueel zorgplan omschrijft u met uw patiënt:

- aan welke doelen de patiënt wil werken;
- welke beslissingen zijn genomen voor het realiseren van deze doelen;
- welke begeleiding de patiënt krijgt bij het vervullen van de centrale rol;
- hoe en wanneer de evaluatie plaatsvindt (doelen/streefwaarden bereikt?) en bijgesteld, en:

- wie uit het behandelteam verantwoordelijk is voor het overeengekomen behandelbeleid.

Ook de rol van de sociale omgeving van de patiënt is erin opgenomen:

- Welke personen ondersteunen de patiënt in zijn thuisomgeving?

In het zorgplan beschrijft u wie wat doet en wanneer. Ook beschrijft u de resultaten die uw patiënt beoogt. Daarbij geeft u aan van welke methoden voor het bevorderen van zelfmanagement de patiënt gebruik maakt.

Tip:

Het gaat erom dat het team samen met de patiënt in een interactieve relatie werkt aan de persoonlijke leefdoelen van de patiënt.

Aan de slag

U kent nu het idee achter het individueel zorgplan. Het gaat erom dat de patiënt in zijn behandeling een centrale rol vervult en zelf regie voert. Als team van professionals ondersteunt u hem bij zijn leven met een chronische aandoening. Ook weet u uit welke onderdelen een individueel zorgplan bestaat.

A Wilt u met uw team werken met het individueel zorgplan?

- Wat zijn uw argumenten voor en tegen?
- Wat moet er gebeuren om met uw team te werken met dit hulpmiddel?

B Wie heeft welke rol in het samenstellen en bijhouden van het individueel zorgplan?



Stap 5: Succesvolle methoden voor zelfmanagementondersteuning kiezen en toepassen

Er zijn diverse vormen van zelfmanagementondersteuning. Allereerst krijgt zelfmanagementondersteuning vorm in het persoonlijk contact tussen uw patiënt en u. U verkent de persoonlijke leef(stijl)doelen waaraan uw patiënt wil werken. In dit 1 op 1 contact motiveert u uw patiënt om het heft meer in eigen hand te nemen. Zodat hij zelf meer regie voert over zijn eigen behandeling en zijn eigen leven. Dit doet u met uw persoonlijke vaardigheden. Deze vaardigheden zijn aan bod gekomen in stap 2 van dit stappenplan. Naast persoonlijke vaardigheden van u en andere professionals, zijn er andere manieren om uw patiënt te ondersteunen bij zelfmanagement. Hierover leest u meer in deze vijfde stap.

Technologische ondersteuning

Bij technologische ondersteuning kunt u denken aan computerprogramma's waarmee patiënten zelf informatie vinden, bepaalde testen afnemen of met lotgenoten kunnen communiceren via fora, chat-diensten of mini-blogs als Twitter. Deze manier van zelfmanagementondersteuning krijgt steeds meer vorm.

Interventiebox

Een overzicht van methoden waarmee u zelfmanagement ondersteunt, vindt op www.zelfmanagement.com. Wellicht hebt u deze website al bekeken bij stap 1. U vindt hier een interventiebox. Daarin vindt u beproefde interventies voor zelfmanagement. De verschillende interventies vindt u via verschillende soorten zoektermen zoals chronische aandoening, doel en vorm. Hiermee vindt u eenvoudig een interventie die past bij het doel dat u en uw patiënt voor ogen hebben. Passend bij uw praktijksituatie. Voor u en uw collega-professionals is het ook mogelijk om zelf methoden voor zelfmanagementondersteuning te uploaden. Zo helpt u bij het actueel houden van de interventiebox.

- A Welke succesvolle methoden voor zelfmanagementondersteuning gaat u met uw team toepassen?
- B Wilt u met uw team andere methoden gebruiken en zo ja welke en waarom juist die?
- C Wat moet u nog doen met uw team om te komen tot het gebruik van de gekozen methode? Wie is kartrekker?

D Hoe zorgt u er met uw team voor dat de gekozen methode(n) onderdeel worden van het individueel zorgplan?

Sociale kaart

Naast het kiezen van een succesvolle methode, kunt u de patiënt met een chronische ziekte op een andere manier ondersteunen bij het zelf managen van zijn leven en gezondheid. Namelijk met uw kennis van de sociale kaart in uw regio. Juist ook vanuit GGD'en, patiëntenverenigingen, welzijns- of thuiszorginstellingen zijn er diverse initiatieven voor zelfmanagement. Verken daarom welke activiteiten hierop plaatsvinden in uw regio! Zo realiseert u samen met uw collega's een eigen sociale kaart. Deel de informatie over deze activiteiten met uw patiënten.

E Hebt u met uw team inzicht in de sociale kaart van uw regio?

- Is deze kaart nog actueel?
- Wie is daarvoor verantwoordelijk en zorgt dat deze actueel blijft?



Spotlight: Zelfmanagement in de Eredivisie

In een drie uur durende Colloquium vond 2 juni het symposium op het gebied van zelfmanagement plaats. Bijna 200 personen waren aanwezig, waaronder zorgverleners, patiënten/verleegverantwoorders, en zorgmanagers. [Bekijk hier het verslag en de presentaties.](#)

Spotlight: Gezondheid 2.0



Gezondheid 2.0 is een belangrijke ontwikkeling die kan bijdragen aan het zelfmanagement van de patiënt. Daarom geven we er ook aandacht aan bij deze website. Patiënten willen er kunnen meer invloed uitoefenen op hun eigen behandeling en de technologische mogelijkheden van internet nemen met de dag toe; allemaal redenen om gezondheid 2.0 ruim baan te geven!

[Lees hier meer over dit thema.](#)

De Interventiefase
Informatie & Inzage

Op de hoogte blijven?
Hield u hier aan voor Chronisch



Exclusief
recht te vragen, aanmerkingen, tips of
opmerkingen stuur, naar het contact met ons
op: E-mail: zelfmanagement@zgw.nl, telefoon:
030 - 284 57 20.

Nieuws

Medische: Kunt u zelf uw onderzoeksresultaten opvragen?

10-08-2010

Oeze en andere vragen komen aan bod bij de nieuwste medische die de NPOF vandaag samen met alle patiëntenorganisaties is gestart en de hele maand augustus duurt.

[Lees meer...](#)

Wat is Gezondheid 2.0 volgens u?

03-08-2010

UMC St Radboud wil achterhalen wat men denkt als het gaat over Gezondheid 2.0. Wat is het volgens u? Het UMC, en zorg 2.0-ambassadeur Lucien Engelen in het bijzonder, vragen lezers op om een enquête in te vullen.

[Lees meer...](#)

Symposium 'Zelfmanagement via internet: tijd voor implementatie'

14-07-2010

9 juni organiseerde de themagrup Medische Beeldkunde van het Leids Universitair Medisch Centrum het symposium 'Zelfmanagement via internet: tijd voor implementatie'. Dit was aanleiding van de promotie van Victor van der Meer op zijn proefschrift 'Internet based self-management in asthma'.

[Lees meer...](#)

Zelfmanagementcursus voor Turkse mannen en Short-stay kliniek in de pijpen

02-07-2010

Een short stay kliniek voor mannen met diabetes en een zelfmanagementcursus voor Turkse mannen; dat zijn de komende ideeën van de actie 'Weet jij het beter dan?' in het kader van het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD). Zeventien professionals als patiënten delen mee.

[Lees meer...](#)

Bed jezelf? Over zelfredzaamheid en veiligheid voor mensen met een chronische aandoening

25-06-2010

'Veiligheid draagt bij aan een goed leven. Veiligheid vergroot bijvoorbeeld het gevoel van vrijheid en autonomie, op maat zelf zelf doen aan een veilig leefomgeving. Maar soms kan een chronische aandoening of een handicap het moeilijk maken om u veilig te voelen en zelfredzaam te zijn. Visueel vertaalt u afhankelijk bent van anderen. Zelfredzaamheid en veiligheid staan centraal tijdens het Openingscongres van de Week Chronisch Ziekten op 3 november 2010.

[Lees meer...](#)

Afronding deel 1: stel een teamplan voor zelfmanagementondersteuning op

Met uw team stelt u een teamplan van aanpak op. U doet dit aan de hand van de vijf stappen in dit eerste deel. Kijk stappen zes tot en met tien na en bepaal wat er nog geregeld moet worden voor u met de uitvoering start. Wat wilt u voorbereiden voor u daadwerkelijke start? In dit teamplan van aanpak beschrijft u alle activiteiten die uw team uitvoert om zelfmanagement door mensen met een chronische aandoening te ondersteunen. Wie doet wat wanneer? Probeer te komen tot SMART-doelstellingen waarin u dit helder beschrijft. Maak iemand verantwoordelijk voor dit plan. En spreek af wanneer het team dit plan opnieuw met elkaar bespreekt.

Tip:

SMART staat voor: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden. Een voorbeeld: De praktijkondersteuner (naam) zorgt ervoor dat over 4 weken het Word-formulier gereed is, waarop de patiënt met een chronische ziekte zijn vragen en wensen kan invullen.

Haalbaarheid

Kijk bij de samenstelling van het teamplan van aanpak naar de haalbaarheid. Met de vijf stappen in dit eerste deel 'Vorbereiding' doet u dat maximaal. Elk team bekijkt hoe ver het hierin is. Is er nog veel voorbereiding nodig? Dan is het goed om het teamplan van aanpak bijvoorbeeld voor een half jaar vast te stellen. Wat wil het team in deze periode realiseren? Dit vormt een soort basisvariant van het teamplan. Vervolgens bekijkt het team na een half jaar opnieuw welke volgende stappen nodig zijn.

Tip:

Werken aan zelfmanagementondersteuning is een continue proces: cycli die zich herhalen en steeds een nieuwe invulling kunnen krijgen. Probeer binnen het team van elkaar te leren!

Deel 2: Uitvoering

In het eerste deel van dit stappenplan is toegelicht hoe u als professional met uw team samenwerkt en welke methoden en interventies voor zelfmanagement u met uw team gebruikt. In het individuele contact verkent u vervolgens welke aanpak het beste bij uw patiënt past. Volgt uw patiënt bijvoorbeeld een cursus zelfmanagement? Of gebruikt hij een digitaal programma? Het is wenselijk dat de resultaten van deze interventies en zijn persoonlijke ervaringen onderdeel worden van het individuele gesprek. Alle zelfmanagementactiviteiten komen hierdoor structureel terug in het reguliere contact met professionals.

De crux in de zorg voor mensen met een chronische aandoening is een partnership tussen patiënt en behandelteam. Uw patiënt vervult hierbij een centrale rol. Hij brengt individuele informatie in. Dit is een waardevolle aanvulling op de vooral medische informatie die u als professional inbrengt. Beide informatiebronnen zijn nodig om goede beslissingen te nemen. Daarom draagt uw patiënt bij aan vrijwel iedere beslissing en de daaraan gekoppelde activiteit. Over dit zorgproces gaat dit tweede deel 'Uitvoering'.

In drie stappen gaat uw team met de patiënt aan de slag met zelfmanagement.

Stap 6: Voor het consult

- Hoe bereidt u zich goed voor op het consult?
- Hoe bereiden patiënten zich goed voor op het consult?
- Hoe stemt u de zorg op elkaar af? Wie doet wat bij welke patiënt?

Stap 7: Tijdens het consult

- Hoe begeleidt u patiënten in (meer) zelfmanagement?
- Hoe deelt u de medische informatie en de wensen en vragen van de patiënt met elkaar?
- Hoe werkt u aan de totstandkoming van een individueel zorgplan met doelen van de patiënt en een plan van aanpak?
- Aan welke vorm van follow-up geeft de patiënt de voorkeur?

Stap 8: Na het consult

- Hoe geeft u vervolg aan het consult (follow-up)? Welke afspraken zijn met de patiënt gemaakt? Hoe legt u deze vast?
- Hoe stemt u de (nieuwe) afspraken met de patiënt met elkaar af?

Stap 6: Voor het consult

Uw team heeft een goed beeld van zelfmanagement en wat het inhoudt voor uw patiënt en voor u als team. Voor u ermee aan de slag gaat, dient de persoon om wie het gaat, 'de zelfmanager', dit ook te begrijpen. Hoe ondersteunt uw team mensen met een chronische aandoening, zodat zij deze centrale rol aannemen? Hoe informeert u hen en hun naasten, zodat zij goed zijn voorbereid op het eerste consult? Daarover gaat deze zesde stap.

Vorbereidingstips voor uw patiënt

1. De patiëntenversie van de zorgstandaard Vasculair Risicomanagement (VRM) beschrijft risico- en leefstijlfactoren en geeft mensen met een chronische aandoening handvatten voor zelfzorg en zelfmanagement.
2. Op www.kiesbeter.nl vindt uw patiënt informatie over aandoeningen en zorgorganisaties. Dit biedt hem inzicht in wat er zoal 'te koop' is en welke kennis beschikbaar is, zodat hij zich goed kan voorbereiden.

Tip:

Maak bij het achterhalen van de actuele situatie van uw patiënt gebruik van een vragenformulier dat u vooraf toestuurt. Of stel deze vragen telefonisch voorafgaand aan het consult. Zo blijft er tijdens het consult voldoende tijd over om te over de zorg

Vorbereidingstips voor uw team

1. In het eerste consult wilt u gericht aandacht besteden aan zelfmanagement van uw patiënt. Bedenk daarom vooraf hoe u:
 - uw patiënt en zijn naasten laat kennismaken met het hele team en wie welke taak heeft;
 - de centrale zorgverlener en zijn taak introduceert;
 - de patiënt en zijn naasten duidelijk maakt dat het team begrip heeft voor de soms moeilijke taken in het leven met een chronische aandoening;
 - duidelijk maakt dat het team er is om uw patiënt en zijn naasten te ondersteunen bij zelfmanagement;
 - uw patiënt helpt bij het begrijpen van zijn centrale rol in het management van zijn persoonlijke omstandigheden.
2. Verzamel voor het consult de benodigde (klinische) gegevens (incl. bijvoorbeeld onderzoeksuitslagen, medicatiegegevens).
3. Achterhaal wat de actuele situatie is van de patiënt. Welke ervaringen, vragen of wensen de patiënt (en eventuele naasten) heeft. Vraag de patiënt ook wat goed en minder goed is verlopen bij het nakomen van eerder gemaakte afspraken (het individueel zorgplan is wellicht nog niet eerder aan de orde geweest).

Stap 7: Tijdens het consult

Met uw team hebt u zich voorbereid op het eerste consult. Ook uw patiënt en zijn naasten hebt u in de gelegenheid gesteld om zich hierop voor te bereiden. Nu komt het aan op het consult zelf. We onderscheiden hierbij het eerste consult en de daarop volgende consulten. Door deze goed voor te bereiden zorgt u er met uw team voor dat zelfmanagement écht centraal staat. Met uw team bepaalt u vooraf hoe u medische informatie deelt. Ook bepaalt u hoe u samen met uw patiënt en zijn naasten een individueel zorgplan opstelt. Als laatste bespreekt u met uw patiënt hoe dit plan vervolg krijgt.

Hoe ondersteunt u zelfmanagement tijdens het eerste consult?

- Stel samen met de patiënt en zijn naasten een afspraken-schema op. U weet dan zeker dat alle te bespreken en op te lossen punten aan bod komen. Desgewenst plant u vervolgconsulten in.
- Zorg dat het hele team betrokken is bij de ondersteuning van de patiënt. Wees enthousiast bij introducties en leg de functies van de teamleden uit aan de patiënt.
- Leg uit dat het team het belangrijk vindt dat de patiënt goed weet hoe hij zelf zo goed mogelijk met zijn ziekte omgaat.
- Vraag naar de doelen die uw patiënt (en zijn naasten) hebben gesteld. Ondersteun uw patiënt indien nodig om leef(stijl)doelen te formuleren. Help uw patiënt bij het maken van actieplannen, zodat zijn zelfvertrouwen groeit.
- Gebruik 'vraag – vertel – vraag methode' (bijlage 3) om de juiste informatie op het juiste tijdstip te kunnen geven. Verzekert uzelf ervan dat uw patiënt weet hoe hij de informatie moet gebruiken.
- Werk aan de hand van een individueel zorgplan, waarin de doelen en acties zijn opgenomen. Geef het zorgplan aan de patiënt mee. Zo weten patiënt en familie wat zij kunnen doen. Ook weten zij wie hen kan helpen.
- Gebruik lotgenoten- en voorlichtingsbijeenkomsten om uw patiënt de kans te geven zijn ervaringen uit te wisselen. Mensen met een chronische ziekte kunnen elkaar steunen.

Uitvoeren en volhouden

Als duidelijk is hoe het individueel zorgplan van uw patiënt eruitziet, komt het aan op een goede uitvoering. Als zorgprofessional let u erop of dat lukt. Bekijk samen met uw patiënt het verloop van het plan van aanpak. Het stellen van onderstaande vragen helpt daarbij.

- Welke resultaten heeft uw patiënt bereikt?
- Welke problemen komt uw patiënt tegen?
- Hoe kan hij met deze problemen omgaan?
- Zijn er wijzigingen in de aanpak nodig die dit ondersteunen?

Bij het uitvoeren van het plan van aanpak gaat het vooral om volhouden. Daarom is het raadzaam dat u vooraf mogelijke problemen signaleert. Zo kunt u samen met uw patiënt nadenken over oplossingen die wél haalbaar zijn. Stel samen vast wat het plan de patiënt en zijn naasten oplevert. Beleeft uw patiënt plezier aan het uitvoeren van zijn plan? Kunt u samen een beloning bedenken voor een behaald resultaat? Het op afgesproken tijdstippen meten wat het resultaat werkt vaak motiverend.

Blijf in gesprek

Als zelfmanagement onvoldoende van de grond komt, dan ligt dat niet altijd aan een gebrek aan kennis of motivatie van uw patiënt. Het onvermogen van de patiënt om goede voornemens in daden om te zetten en die vol te houden, speelt vaak een grotere rol. Soms ook staan, praktische belemmeringen in de weg, zoals geen vrij van het werk kunnen krijgen, geen oppas vinden voor de kinderen of de lange reistijd naar een cursuslocatie. Blijf daarom met elkaar in gesprek. Bespreek samen hoe het uitvoeren van het plan van aanpak gaat. Gaat het naar wens? Is uw patiënt bang dat hem iets niet lukt? Het kost tijd om aan veranderingen te wennen. Hierover kunnen nieuwe afspraken gemaakt worden met elkaar. Hoe vaak iemand om controle komt, hangt af van de ernst van de risico's die een aandoening met zich meebrengt en van de eigen wensen. Ook als er weinig verandert, kunt u bijvoorbeeld één maal per jaar een afspraak maken.

Tip:

Naast een team van professionals kan een familielid, vriend of buurvrouw heel waardevol zijn om uw patiënt te ondersteunen en te adviseren bij het uitvoeren en volhouden van de persoonlijke leef(stijl)doelen (van het individueel zorgplan).

Hoe ondersteunt u zelfmanagement tijdens vervolgsconsulten?

- Geef informatie over de onderwerpen die de patiënt op dat moment graag wil bespreken. Doe dit zo, dat uw patiënt tot zelfmanagement komt. Het geven van informatie alleen is niet genoeg. Check of deze informatie duidelijk is. Schat ook in of uw patiënt bereid én in staat is om een zelfmanager te zijn.
- Vraag naar de doelen van uw patiënt. Bespreek of ze haalbaar zijn. Stel samen prioriteiten.
- Stel samen met uw patiënt (en naasten) een schema op met daarin de contacten met verschillende teamleden. Stem deze zo goed mogelijk op elkaar af (rol centrale zorgverlener). Plan indien nodig en mogelijk de vervolgsbezoeken.
- Betrek het hele team bij de consulten van de patiënt en leg waar nodig de functie en taken van ieder teamlid goed uit.
- Help uw patiënt bij het opstellen van een plan om zijn doelen te bereiken.
- Leg doelen, aanpak en resultaten goed vast in het individueel zorgplan.
- Maak een print van het individueel zorgplan en geef deze mee aan uw patiënt.
- Informeer alle betrokken teamleden van de (nieuwe) afspraken in het zorgplan.
- Check regelmatig of de patiënt nog gemotiveerd en enthousiast is. Betrek hier eventueel naasten bij.
- Gebruik lotgenoten- en voorlichtingsbijeenkomsten en maak indien mogelijk groepsafspraken om patiënten de kans te geven hun ervaringen uit te wisselen en elkaar te steunen.
- Maak zo nodig gebruik van voorlichtingsmateriaal.
- Plan een tijdstip om een vervolg te geven aan het consult. U kunt vragen: 'Ik zou graag tussentijds contact met u willen hebben om te zien hoe het gaat met uw plan van aanpak. Vindt u dat goed? Welke manier van contact vindt u prettig (bellen, e-mailen of nieuw consult)?'
- Informeer uw patiënt over passende activiteiten in de regio waaraan hij kan deelnemen. Bijvoorbeeld een beweeggroep, stoppen met roken-cursus of lotgenotencontact.

Vragen stellen

Weet u wat het leven met een chronische ziekte betekent voor uw patiënt en zijn naasten? Pas als u dat écht weet kunt u zelfmanagement centraal stellen in het consult. Vervolgens verkent u als professional wat de patiënt (en zijn naasten) van u en uw team verwacht. U zult merken dat u veel vragen stelt. Meer nog dan voorheen. Dat is ook de bedoeling. Zo komt u als professional meer los van het 'informatie en advies geven' over de aandoening. U neemt steeds meer een coachende rol aan.

Er zijn verschillende technieken beschikbaar die u en uw team ondersteunen bij het stellen van coachende vragen. Hieronder leest u enkele voorbeeldvragen. Door het stellen van deze vragen ondersteunt u uw patiënt bij zelfmanagement. De vraagtechnieken zijn onderverdeeld in drie groepen. De bij deze groepen behorende vraagmethoden vindt u in bijlage 3 van dit stappenplan.

1. Vragen gericht op het delen van informatie
Deel klinische informatie met patiënt, bijvoorbeeld van laboratoriumonderzoek, en vertaal deze informatie voor de patiënt zodat hij begrijpt hoe gezond gedrag klinische indicatoren kan beïnvloeden.
2. Vragen gericht op het samen formuleren van doelen
Met het stellen van deze vragen helpt u uw patiënt om voor hemzelf scherp te krijgen wat hij wil veranderen en waarom dat lastig kan zijn.
3. Vragen gericht op het stellen van doelen en het maken van plannen
Hiermee gaat u effectief aan de slag om met uw patiënt een individueel zorgplan op te stellen.

Tip:

Formuleer eens een gezondheidsdoel voor uzelf. Probeer of het u lukt om dit doel te realiseren. U ervaart hoe moeilijk dit kan zijn. Soms vragen professionals het gemakkelijk aan de patiënt. Probeer het eerst eens voor uzelf. Doorloop ook de volgende stappen:

- Formuleer SMART-doelen (zie pagina 24)
- Formuleer doelen positief
- Verdeel doelen in subdoelen
- Focus op de lange termijn en verdeel onder in korte termijn

Tip:

Er zijn cursussen ontwikkeld die mensen met een chronische aandoening ondersteunen in het stellen van gezondheidsdoelen. Deze vindt u in de 'interventiebox' op www.zelfmanagement.com

Stap 8: Na het consult

Met uw team hebt u zelfmanagementondersteuning op het niveau van de patiënt opgetuigd. Uw team en vooral ook uw patiënt weten waar ze aan toe zijn en wat hen te doen staat. Na het doorlopen van deze stap weet u hoe u met uw team vervolg geeft aan een consult waarin zelfmanagement centraal staat. Samen bepaalt u hoe u gemaakte afspraken in uw team communiceert.

Voor een blijvend effect van zelfmanagementondersteuning, is het volgen van gemaakte afspraken noodzakelijk. De centrale zorgverlener heeft hierin een coördinerende taak. Hij is hét aanspreekpunt voor het gehele behandelteam, inclusief de patiënt. Hij ziet erop toe dat de afspraken aansluiten op de behoeften en wensen van de patiënt, dat ze zijn afgestemd op elkaar en hoe ze worden nageleefd.

Wat is er tussentijds afgesproken met een patiënt? Waren de gestelde doelen haalbaar? Is het plan bijgesteld? Waarom? Zijn alle teamleden hiervan op de hoogte?

Stel per patiënt een afsprakenschema op voor de follow-up. Houd hierbij rekening met het risicoprofiel, andere aandoeningen en vooral: de persoonlijke wensen en behoeften van de patiënt.

Tip:

Blijf in gesprek! Het onvermogen van de patiënt om goede voornemens in daden om te zetten en die vol te houden, speelt vaak een grote rol...

Geef voortdurend follow-up

Zelfs de beste individuele zorgplannen hebben regelmatig bijsturing nodig om effectief te blijven. Medicijnen kunnen bijvoorbeeld bijwerkingen hebben of niet tot het gewenste resultaat leiden. Regelmatig contact met de patiënt na een bezoek of verandering in de behandeling is daarom essentieel.

Wat te doen na het consult?

- Stel het individueel zorgplan van de patiënt waar nodig bij.
- Houd regelmatig contact met de patiënt om de doelen en het plan van aanpak – zoals opgenomen in het individueel zorgplan – actueel en haalbaar te houden (volgens het eerder opgestelde afsprakenschema).
- Plan een tijdstip dat zowel voor patiënt als professional goed uitkomt.
- Organiseer follow-up ondersteuning om patiënten te helpen bij het volhouden van hun gezonde levenswijze.

- Breid de zorg uit binnen de leefomgeving van uw patiënt. Verken hoe bijvoorbeeld naasten of cursussen in de omgeving van de patiënt, bijdragen aan zelfmanagement.
- Verdeel de verantwoordelijkheid van de behandeling en begeleiding onder alle teamleden.
- Stel reguliere, korte teambesprekingen in om patiëntenafspraken door te nemen en de zorg eventueel bij te stellen. Zo vergroot u de doorstroming van patiënten.
- Traceer of start een lotgenoten- of voorlichtingsgroep in uw praktijk of gemeente.

Tip:

Zelfs de beste individuele zorgplannen hebben regelmatig bijsturing nodig om effectief te blijven.

Afronding deel 2: Stel een individueel zorgplan op

Met uw team hebt u de drie stappen in dit tweede deel doorlopen. Samen kunt u nu met uw patiënt een individueel zorgplan opstellen waarin zelfmanagement centraal staat. Zelfmanagement kan nu echt plaatsvinden. Voor ieder teamlid is duidelijk op welke wijze zelfmanagement vóór, tijdens en na het consult ingevuld moet worden. Ook bent u onderling op de hoogte van elkaars activiteiten op het gebied van zelfmanagement en vindt hierover regelmatig afstemming plaats. De centrale zorgverlener is ervoor verantwoordelijk dat deze afstemming daadwerkelijk tot stand komt.

Tip:

Stel aan de patiënt voor dat hij steun kan krijgen bij het realiseren van zijn doelen in het individuele zorgplan. De zorgverlener met het betreffende expertisegebied is hiervoor de aangewezen persoon. Als uw patiënt graag verder wil kunnen lopen of weer wil gaan fietsen, is de fysiotherapeut wellicht het meest geschikt. Laat de uiteindelijke keuze voor de steun wel aan de patiënt.



Deel 3: Evaluatie en bijstelling

Met uw team ondersteunt u zelfmanagement van mensen met chronische ziekten. Zodat zij zelf meer regie voeren over hun leven met een chronische aandoening en u samen zorg op maat biedt. U bent hierin al een aardig eind op weg. Na zo'n zes maanden is het raadzaam om bij elkaar te komen om kritisch te kijken hoe het gaat. In het laatste deel van dit stappenplan kijkt u of alle teamleden inderdaad zelfmanagement van patiënten bevorderen. Dat is immers het doel waarmee u dit stappenplan bent ingegaan. Door samen kritisch te kijken ziet u verbeterkansen en kunt u gericht benoemen hoe u die samen aanpakt.

Door het stellen van onderstaande vragen helpen we u en uw team om scherp te krijgen of u inderdaad datgene doet wat u beoogt. Desgewenst helpen we u samen te bepalen waar het beter kan.

1. Zijn u, uw team van professionals en uw patiënten geïnspireerd en gemotiveerd om in multidisciplinair teamverband aan de slag te gaan met zelfmanagement?
2. Heeft uw team van professionals en hebben uw patiënten inzicht in de voorwaarden en de te nemen stappen om te komen tot zelfmanagement?
3. Heeft uw team van professionals op basis van dit stappenplan een implementatiestrategie bepaald en dit opgenomen in het teamplan van aanpak?
4. Heeft uw team dit teamplan van aanpak geëvalueerd met professionals en patiënten en is het waar nodig bijgesteld?

In de negende stap van het stappenplan evalueren we het stappenplan. In de laatste stap bekijken we of het wenselijk is om het teamplan van aanpak bij te stellen.

Stap 9: Evalueer zelfmanagementondersteuning

Met uw team ondersteunt u uw patiënten al een aantal maanden in zelfmanagement. Daarom is het goed om even stil te staan bij hoe het gaat door te evalueren. In deze eerste stap kijkt u als team kritisch naar uzelf en elkaar. Ondersteunen alle teamleden zelfmanagement van patiënten? Onderstaande vragen helpen u om deze vraag met elkaar te beantwoorden. Voordat u met uw team de vragen beantwoordt, is het raadzaam om één aanspreekpunt aan te wijzen. Hij bereidt de antwoorden op deze vragen voor. Dit kost tijd, maar het is waardevol om dat zorgvuldig te doen.

Aanpak

Onderstaande vragen zijn onderverdeeld in thema's die bij het ondersteunen van zelfmanagement centraal staan. Vragen 1 t/m 3 zijn te achterhalen via de dossiervoering rondom patiënten. De overige kunt u het best in teamverband bespreken. De evaluatie komt het best tot zijn recht in een apart overleg. Dan is er alle tijd en ruimte om hier gezamenlijk bij stil te staan. Als vervolgstappen wenselijk zijn, kunt u die meteen samen benoemen.

Contact met de patiënt

1. Hoeveel patiënten met een chronische aandoening zijn er in uw praktijk? Bij hoeveel patiënten hanteert u als team een individueel zorgplan?
2. Hoeveel patiënten met een individueel zorgplan ontvangen bij elk consult een print hiervan?
3. Bij hoeveel patiënten zijn persoonlijke streefdoelen afgesproken, geëvalueerd en bijgesteld?
4. Hoe ervaren patiënten het werken met een individueel zorgplan?

Samenwerking in het team

5. Hoe vaak is zelfmanagement onderwerp van het teamoverleg?
6. Zijn u en uw team tevreden over de wijze waarop we zelfmanagementondersteuning bespreken? Waar en hoe kan het beter?
7. Is elk teamlid voldoende op de hoogte omtrent de zelfmanagementafspraken met de patiënt? Waar en hoe kan het beter?

Gebruik van succesvolle methoden voor zelfmanagement

8. Is uw team voldoende bekend met de succesvolle methoden die voor zelfmanagement beschikbaar zijn? Welke succesvolle methoden voor het bevorderen van zelfmanagement gebruikt u? Hoe tevreden bent u hierover? En uw patiënten?
9. Is er behoefte aan andere succesvolle methoden voor het bevorderen van zelfmanagement?
10. Wilt u met uw team nieuwe succesvolle methoden gebruiken?

Teamplan van aanpak voor zelfmanagementondersteuning

11. In hoeverre is het teamplan van aanpak gerealiseerd? Welke punten zijn (nog) niet gerealiseerd? Wat is de oorzaak hiervan? En wie neemt deze punten onder zijn hoede?
12. Welke nieuwe knelpunten zijn mogelijk ontstaan in de loop der tijd? Wie neemt deze punten onder zijn hoede?
13. Waar zijn aanpassingen of aanvullingen van het teamplan van aanpak nodig?



Stap 10: Stel het teamplan van aanpak waar nodig bij

Op basis van de evaluatie stelt u met uw team vast waar de teamleden al goed werken aan zelfmanagement en wat verbeterpunten zijn. Met dit helder voor ogen kunt u het teamplan van aanpak bijstellen.

1. Welke punten zijn gerealiseerd en kunnen eruit?
2. Welke punten vragen nog aandacht?
3. Welke nieuwe punten worden toegevoegd?

Ga er samen mee aan de slag! Maak iemand verantwoordelijk voor dit plan. En spreek af wanneer u de status van het plan in uw team opnieuw bespreekt. Laat u ook bij het bijstellen van het teamplan niet afremmen en weerhouden. Zoek vooral naar de mogelijkheden: wat kan wel?!

Tip:

Houd de vaart erin en maak nieuwe afspraken bij voorkeur niet op een te lange termijn vooruit.

Afronding deel 3: Bepaal vervolgstappen

Op basis van de evaluatie en de bijstelling, bepaalt u met uw team de vervolgstappen. Het is wenselijk dat alle teamleden hier kritisch naar kijken. Probeer met elkaar te verduidelijken hoe zelfmanagement een nog prominentere plaats krijgt - én ook behoudt - in de zorg voor mensen met een chronisch ziekte.

Tip:

Bedenk dat het ondersteunen van zelfmanagement een continu en cyclisch proces is (PDSA).

1. met uw team maakt u een plan (plan)
2. samen voert u dat plan uit (do)
3. u controleert met uw team of het werkt (study)
4. waar nodig stelt u het plan bij (act)

Dan begint u weer opnieuw.

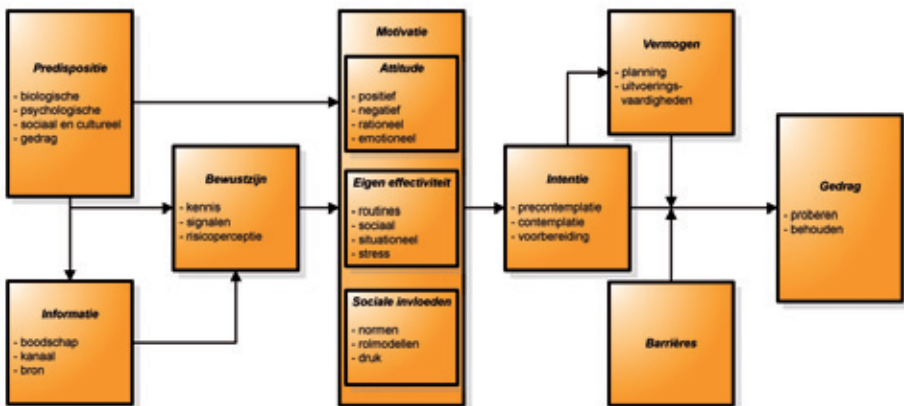
Bijlage 1:

Verdieping in zelfmanagement in de zorg voor chronisch zieken

In deze bijlage leest u meer over zelfmanagement in de zorg voor chronische ziekten. We starten met een theoretisch kader over gedragsverandering. Dan kijken we naar de organisatie van de zorg voor chronisch zieken. We sluiten deze bijlage af met een cyclisch verband van de momenten rondom een consult.

Gedragsverandering

Zelfmanagement heeft alles te maken met gedragsverandering. Indien iemand een chronische aandoening krijgt, komt de vraag hoe deze aandoening een plek te geven in iemands leven. Kennis over de algemene principes van gedragsverandering kan hierbij helpen. De Vries et al. (2003) ontwikkelden het I-Change model. I-Change staat voor Integrated Model for Change (zie volgende pagina). Dit model kan inzicht bieden in de werkzame principes achter zelfmanagement interventies.



Het I-Change model (De Vries et al. 2003)

Het I-Change model integreert de volgende theorieën:

- de theorie voor Planned Behavior (Ajzen, 1991; Fishbein & Ajzen, 1975);
- de sociale leer theorie (Bandura, 1986; Bandura et al. 1977);

- het Health Belief Model (Janz & Becker, 1984);
- het Precaution Adoption Model (Weinstein, 1988), en;
- het Stages of Change model (Prochaska et al. 1992)

Een korte toelichting van de diverse begrippen binnen het model is als volgt:

- **Predispositie** – bestaande factoren die van invloed zijn op het bewustzijn voor het ongezonde gedrag², de perceptie van informatie over het onderwerp en de motivatie om wel of niet iets aan het ongezonde gedrag te veranderen;
- **Informatie** – kwaliteitskenmerken van de informatieoverdracht die het bewustzijn voor de ongezonde leefstijl beïnvloeden;
- **Bewustzijn** – ontstaan door kennis over de ongezonde leefstijl, het kunnen herkennen van signalen en de subjectieve inschatting van het risico op gezondheidsverlies;
- **Motivatie** – samengesteld vanuit drie hoofddeterminanten: de intrinsieke attitude ten aanzien van het onderwerp; de inschatting van de eigen effectiviteit om gedrag te veranderen (ook wel self-efficacy of vertrouwen in eigen kunnen genoemd); sociale invloeden vanuit de (directe) omgeving. Ze bepalen tezamen de mate van intentie tot gedragsverandering;
- **Intentie** – een aanpassing van het ongezonde gedrag nog niet overwegen (precontemplatie), wel overwegen (contemplatie) of voorbereidingen treffen om het gedrag te veranderen
- **Vermogen** – mate waarin (plannings)vaardigheden ontwikkeld zijn om het voorgenomen gedrag te kunnen realiseren;
- **Barrières** – factoren die het realiseren van het gewenste gedrag belemmeren;
- **Gedrag** – het uiteindelijk gerealiseerde gedrag.

Bovenstaande kennis kan bijdragen aan meer inzicht in hoe zelfmanagement concreet vorm te geven in de zorg aan chronisch zieken. Professionals zoeken naar wegen in hoe ze zelfmanagement in hun praktijk met andere disciplines vorm kunnen geven. Om zelfmanagement te bevorderen, is het van belang dat professionals een balans brengen tussen het medisch handelen en werken aan zelfmanagement.

Chronic Care Model

Het tot nu toe gehanteerde model voor gezondheidszorg lijkt sterk te zijn ingegeven door de traditionele nadruk op genezen en het overwinnen van ziekte. Het succes van deze aanpak heeft echter geleid tot veel meer ziekteoverleving, maar met

² Met 'on gezond gedrag' bedoelen we die handelingen die een negatieve invloed hebben op (de verschijnselen van) de aandoening en het persoonlijk functioneren. Met 'gezond gedrag' of 'gezonde leefstijl' bedoelen we dat het handelen op een aantal punten een aanpassing nodig heeft om tegemoet te komen aan de eisen die de aandoening stelt en om de aandoening zo goed mogelijk in te passen in het leven.

restverschijnselen. Het op genezing gerichte model voor de zorg voldoet dus slechts ten dele. Omvorming is nodig om tegemoet te komen aan de eisen van langdurige behandeling en begeleiding van een of meer chronische aandoeningen. Wagner et al. beschrijven een conceptuele oplossing in de vorm van het Chronic Care Model (*zie onderstaande afbeelding*), waarin zelfmanagement door patiënten en de ondersteuning daarvan door zorgverleners een centrale plaats inneemt (Wagner e.a., 1996).

Binnen het Chronic Care Model (CCM), dat een geïntegreerde aanpak van de zorg voor chronisch zieken beschrijft, is *ondersteuning van zelfmanagement* een belangrijk element. Het CCM beoogt medische en gedragsgerichte zorg te integreren. Voor gedragsveranderingen dienen professionals hele andere interventies uit de kast halen dan voor medische interventies. Dit vraagt van professionals dat zij investeren in het gedrag van de patiënt zelf. Het CCM is gebouwd op het inzicht dat gedragsverandering niet lukt zonder de patiënt hierbij zelf de leidende rol te geven (Wagner e.a., 1996). Deze versterkte en nadrukkelijke rol van de patiënt noemen we ook wel empowerment (uit: afscheidsrede Cor Spreeuwenberg, 2008).



In het CCM staat de interactie tussen de patiënt en een team van zorgverleners centraal. Het team reageert proactief en werkt gezamenlijk aan zelfmanagement van de geïnformeerde en geactiveerde patiënt. De professional werkt minder vanuit een bepaald behandelprotocol, maar weet waar hij verantwoord van dit protocol kan afwijken als dat voor de patiënt minder kwaliteit van leven oplevert.

Zelfmanagement is niet statisch. Het kent een dynamisch verloop: de ene keer is de patiënt er beter toe in staat dan de andere keer. Van belang is dat in de interactie tussen professional en patiënt duidelijk wordt hoe zelfmanagement op dat moment voor de individuele patiënt realiseerbaar en haalbaar is. Daarbij is niet elke patiënt vanzelfsprekend een goede zelfmanager. In het gesprek met de patiënt vraagt dit voortdurende aandacht van de professional.

Driehoek chronische zorg

Iedere chronisch zieke werkt op een eigen manier aan zelfmanagement. Niet iedereen wil bijvoorbeeld deelnemen aan een cursus of digitaal programma. Of mogelijk vraagt het gezondheidsprobleem van de patiënt een specifieke aanpak van de professional. Om meer inzicht te krijgen in de soorten chronische aandoeningen en de wijze van aanpak heeft de organisatie Kaiser Permanente in de Verenigde Staten een model ontwikkeld. Kaiser Permanente is een Health Maintenance Organisation (HMO) die zowel gezondheidszorg verleent als verzekeraar is (www.kaiserpermanente.org). Deze organisatie hanteert de volgende driehoek van chronische zorg:



Level 1: General Care

Dit deel bestaat uit routinezorg in de eerste lijn, zelfmanagementeducatie, ondersteuning, training in het gebruik van gezondheidszorg, etc. Hierbij leidt 5% toename van zelfzorg tot 25% minder behoefte aan professionele zorg.

Level 2: Assisted Care or Care Management

In dit deel gaat het om zorg middels zorgprogramma's en het vergroten van zelfzorgvaardigheden. Verpleegkundigen en artsen werken samen in evidence based zorgprogramma's. Bij Kaiser Permanente doen verpleegkundigen samen met de apotheker de standaardcontroles en bespreken dit met de arts. De mensen komen minimaal een keer per jaar bij de arts (huisarts, internist, cardioloog of andere arts, al naar gelang het programma).

Level 3: Intensive Casemanagement

Dit deel bestaat uit intensieve zorg en begeleiding door een multidisciplinair team gericht op complexe patiënten met multiple medische, functionele en/of psychosociale problemen. Ook patiënten die zich onttrekken aan zorg vallen hieronder. Zij worden actief opgespoord en benaderd.

De drie delen overlappen elkaar deels en patiënten kunnen tijdelijk van het ene naar het andere niveau overgaan. Hierbij gaat men uit van het volgende: een patiënt is altijd een zelfmanager, tenzij... Over de invulling van dit 'tenzij' overlegt het team professionals met de patiënt en ondersteunt hem hierin waar mogelijk.

Onder een Nederlandse populatie van diabetespatiënten in een gezondheidscentrum zijn vergelijkbare percentages geconstateerd (Schiltra e.a., 2007): 70% van deze patiënten geeft aan meer verantwoordelijkheid te willen ten aanzien van de aandoening, 30% wil dit niet. Hierbij heeft de helft geen beperkingen, de andere helft ervaart wel beperkingen door de aandoening. Kortom: 15% voelt zich beperkt door de aandoening en ervaart weinig zelfcontrole op de aandoening. Een risicovolle groep waar mogelijk winst te behalen is.

Drie elementen rondom consult in cyclisch verband

Vanuit het Zelfmanagement Programma NPCF-CBO hebben het CBO en de NPCF in onderstaande figuur³ de drie momenten rondom een consult in cyclisch verband weergegeven. Zij spreken niet van een 'consult' maar van een 'bezoek'. Elk afzonderlijk moment in deze cyclus werken we in dit deel van het stappenplan nader uit.



3 Dit model is afgeleid van het Amerikaanse IHI model (www.improvingchroniccare.org). Meer informatie: www.zelfmanagement.com.

Op dit moment vindt veel onderzoek plaats naar de effecten van zelfmanagement bij patiënten. Newman e.a. (2004) beschrijven zeven categorieën waar mogelijk resultaten te verwachten zijn:

1. Klinische uitkomsten en laboratoriumwaarden;
2. Symptomen zoals ervaren door patiënt;
3. Functioneren zoals ervaren door patiënt;
4. Psychologisch welzijn;
5. Kwaliteit van leven;
6. Gedrag van de patiënt zoals bewegen, voeding, preventieve maatregelen;
7. Zorggebruik zoals ziekenhuisopnames, (para)medische consulten, medicatie.

Bijlage 2:

Competenties in uw team

Hieronder vindt u het overzicht van competenties die uw team nodig heeft om zelfmanagement van mensen met chronische ziekte(n) te ondersteunen. Dit overzicht is afkomstig uit het document Zelfmanagementeducatie (DZME) van de Nederlandse Diabetes Federatie en gemaakt binnen het Nationaal Actieprogramma Diabetes (1 juni 2010).

Attitude en visie

1. Een professionele en open beroepshouding hebben.
2. DZME zien als integraal, continu en herkenbaar onderdeel van de zorg.
3. Affiniteit met en interesse/nieuwsgierigheid voor de doelgroep hebben.
4. Zorg op maat leveren (mens met diabetes centraal).
 - Het opbouwen van een goede therapeutische relatie met de patiënt.
 - DZME aan de persoon (en diens levensfase) kunnen aanpassen.
 - DZME aan de ziektefase kunnen aanpassen.
 - Respect hebben voor de geïnformeerde keuzes van de mens met diabetes.
 - Een evenwicht vinden tussen wat professioneel wenselijk is en welk zelfmanagementniveau vanuit patiëntperspectief wenselijk, haalbaar en realistisch is.
 - Rekening houden met de sociale omgeving en culturele achtergrond van de mens met diabetes.
5. Eigen professionele beeld van gezondheidsgedrag niet opdringen.
 - Onvoorwaardelijke acceptatie van en respect voor de mens met diabetes.
 - Agendasetting vanuit de mens met diabetes.

Kennis

1. Eigen kennisniveau op peil hebben en houden (medische kennis en kennis m.b.t. zelfmanagement en het diabetesveld).
2. Kennis niet alleen bezitten maar ook kunnen overbrengen.
3. Kennis hebben met betrekking tot de te bedienen doelgroep (allochtonen, kinderen, ziektefase, enzovoort).

Communicatie

1. Voor DZME noodzakelijke gespreksvaardigheden bezitten, zoals bijvoorbeeld exploreren en op output sturen (vraaggestuurd werken) en *motivational interviewing* (volgen, gidsen en richting geven) en tussen communicatie stijlen kunnen switchen per persoon / situatie.
2. Effectief kunnen omgaan met verscheidene emotionele uitingsvormen van patiënten en naasten (zoals: in zichzelf gekeerdheid, veeleisendheid, angstigheid en/of onzekerheid).
2. Naast kunnen adviseren en instructie en informatie kunnen geven, ook in staat zijn te begeleiden, te coachen, blokkades weg te nemen en empathie te tonen.
3. Enthousiasmerend en inspirerend zijn.
4. Verstand hebben van groepsdynamica, om zowel individuele educatie als groepseducatie te kunnen verzorgen.
5. Kennis en vaardigheden hebben om gezond gedrag te bevorderen.
6. Kennis en vaardigheden hebben om psychosociale ondersteuning te bieden, bijvoorbeeld bij coping of depressie.

Eigen functioneren

1. In staat zijn het eigen functioneren in het kader van DZME te analyseren en ter discussie te stellen, bijvoorbeeld door self assessment, spiegelgesprekken en interview.
2. Eigen grenzen kunnen aangeven en kunnen reflecteren op eigen handelen.

Effectmeting

1. Zorgt ervoor dat de eigen activiteiten op het gebied van DZME op een eenduidige manier worden geregistreerd en beschreven.

Multidisciplinair handelen

1. Bespreekt met andere betrokken zorgverleners en de mens met diabetes de verwachte verantwoordelijkheden en spreekt af hoe deze onderling verdeeld worden (therapeutische alliantie).
2. Is in staat om in nauwe samenwerking met de mens met diabetes een multidisciplinair educatieplan op te stellen (met door de patiënt opgestelde, duidelijk geformuleerde en meetbare persoonlijke doelen die door alle betrokken disciplines als uitgangspunt genomen worden).
3. Is op de hoogte van de input van de verschillende disciplines in de zorgketen, voert regelmatig multidisciplinair overleg en stemt de eigen activiteiten hierop af, waardoor de continuïteit van zorg gegarandeerd wordt.
4. Kan doorverwijzen naar andere disciplines als de problematiek de eigen competentie/expertise overschrijdt, bijvoorbeeld bij psychosociale problematiek zoals depressie.

5. Zorgt ervoor dat er duidelijke en bindende afspraken over de specifieke taakverdeling binnen de zorggroep worden gemaakt, dit betreft afspraken m.b.t:
- Wie ervoor zorg draagt dat de groepseducatie die wordt aangeboden evidence-based is.
 - Wie ervoor zorg draagt dat het effect van de door de zorggroep uitgevoerde DZME wordt gemeten en jaarlijks wordt vastgelegd (proces en uitkomstindicatoren).
 - Wie ervoor zorg draagt dat de educatoren binnen de zorggroep adequaat geschoold zijn in DZME.
 - Wie ervoor zorg draagt dat de verleende DZME getoetst wordt.
 - Wie ervoor zorg draagt dat de educatoren binnen de zorggroep geschoold, getoetst en geaccrediteerd zijn.

Bijlage 3:

Vraagmethoden

In dit deel nemen we enkele voorbeeldvragen op die kunnen helpen om zelfmanagement concreet vorm te geven in het gesprek met de patiënt. Deze vragen zich gericht op het verkennen van hoe de patiënt naar zijn aandoening kijkt en wat hij hierbij van de professional verwacht. Hiermee komt de professional minder in de 'verleiding' om informatie en advies te geven over de aandoening. Om zelfmanagement centraal te plaatsen in het consult is het essentieel dat eerst duidelijk is wat het hebben van de aandoening voor de patiënt en zijn naasten betekent. Vervolgens verkent de professional wat de patiënt en zijn naasten van de professional verwacht. Onderstaande vragen kunnen hierbij helpen.

Delen van informatie

Deel klinische informatie met patiënt, bijvoorbeeld van laboratoriumonderzoek, en vertaal deze informatie voor de patiënt zodat hij begrijpt hoe gezond gedrag klinische indicatoren kan beïnvloeden.

U zou kunnen zeggen:

- Wat denkt u dat er aan de hand is?
- Hoe kijkt u tegen deze situatie aan (omstandigheden, problemen)?
- Wat wilt u zelf graag (weer) gaan doen?
- Waar maakt u zich het meeste zorgen over?
- Zijn er nog andere zaken waar u zich zorgen over maakt?
- Wat weet u over de wijze van behandeling en over zelfmanagement?

Gebruik de 'vraag – vertel – vraag' techniek om vast te stellen aan welke informatie de patiënt behoefte heeft en verstrek precieze, eenvoudige, bruikbare informatie. Vraag eerst om toestemming. U zou kunnen zeggen:

- Vindt u het goed dat ik wat vertel over het belang van lichaamsbeweging?
- Ik wil u graag laten zien hoe u uw voeten kunt controleren op tekenen van diabetes. Is dit een goed moment?
- Graag wil ik u wat vertellen over uw nieuwe medicatie. Kan dat?

Verstrek vervolgens informatie en houd daarbij de volgende tips in acht:

- Benoem verschillen in het begrijpen.
- Vermijd vakjargon, spreek de taal van de patiënt.
- Geef niet te veel informatie in één keer maar stapsgewijs, gericht op welke zaken de patiënt zelf aandraagt.

- Maak bij de uitleg gebruik van grafieken en overzichten om een en ander inzichtelijker te maken.
- Gebruik handvatten indien van toepassing.
- Houd in de gaten of de patiënt non-verbaal communiceert.
- Moedig betrokkenheid van naasten aan.

Vraag of de patiënt heeft begrepen wat u heeft verteld:

- Welke vragen heeft u op dit moment?
- Wilt u me vertellen wat u begrijpt van uw chronische aandoening en hoe u denkt dat u deze onder controle kunt krijgen?
- Als u straks thuis bent, wat vertelt u uw naasten over wat we vandaag met elkaar hebben besproken en wat u nu gaat doen?

Gebruik de 'sluit de lus' techniek om er zeker van te zijn dat de patiënt de gegeven informatie in zich heeft opgenomen en ook begrijpt, zodat hij weet wat te doen met de aanbevelingen voor behandeling:

- Wilt u in uw eigen woorden vertellen wat u met deze nieuwe formatie gaat doen?
- Pas als de patiënt dit begrijpt, stapt u over naar het volgende onderwerp en geeft u dit aan de patiënt aan.

Samen formuleren van persoonlijke doelstelling(en) van patiënt

Voor het succesvol werken met een individueel zorgplan is van belang dat de prioriteiten van de patiënt over de te stellen doelen doorslaggevend zijn voor de doelen die daadwerkelijk bereikt gaan worden. Bedenk dat een klein succes, gerelateerd aan een doel dat de patiënt belangrijk vindt, zijn zelfvertrouwen enorm stimuleert. Het geeft de patiënt het gevoel de ziekte te kunnen controleren. Dit maakt de weg vrij voor het bereiken van doelen op andere gebieden. Help de patiënt om voor hemzelf duidelijk te krijgen wat hij wil veranderen en waarom dit lastig voor hem kan zijn.

U zou kunnen zeggen:

- Bent u ervan overtuigd dat het u gaat lukken om de gestelde doelen te halen? Daarbij uitgaande van een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 helemaal geen vertrouwen en 10 alle vertrouwen dat u hebt aangeeft.

Afhankelijk van het antwoord van de patiënt kunt u zeggen:

- Waarom geeft u een 3 aan?
- Waarom 3 en niet 0?
- Wat moet er gebeuren om 4 of 5 te bereiken?
- Wat moet er gebeuren om uw vertrouwen in eigen kunnen nog meer te vergroten?

Bijlage 4:

Literatuur

- Ajzen I. (1991) *The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Anderson, RM & Funnell MM. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education Counseling* 2005;57(2):153-7.
- Bandura A. (1986) *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Erlbaum.
- Bandura A, Adams, NE & Beyer J. (1977) *Cognitive processes mediating behavioral change*. *J Pers Soc Psychol*, 35, 125-139.
- Coördinatieplatform Zorgstandaarden. (2009) *Standaard voor zorgstandaarden: een tussentijds rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten*. Den Haag: ZonMw.
- Dorn T, Heijmans M. & Leeuw RD. (2007) *Zelfmanagement bij adolescenten en jonge volwassenen met een chronische aandoening*. Utrecht: NIVEL.
- Engels, J. & Kistemaker, W. (2009) *Zelfmanagement helpt zieke vooruit. Medisch Contact* 64;50:2094-2097.
- Fishbein M. & Ajzen I. (1975) *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Glasgow RE, Emont S & Miller DC. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centred counselling. *Health Prom Int* 2006; 21(3):245-55.
- Grypdonck M, de Jonge R, Bijl J, Kappen M. van der, Duijnste M & van Vliet M. (2003). *Zelfmanagement van adolescenten met een chronische ziekte. Een kritische analyse van de literatuur*. In: Jongerden, I. & Heynen-Kaales, Y. (eds.) *State-of-the-Art Studie Verpleging en Verzorging*. Utrecht: LEVV.
- Janz NK & Becker MH (1984) *The Health Belief Model: a decade later*. *Health Educ Q*, 11, 1-47.
- Kistemaker W, Timmermans H, Blok H & Havers J. (2009) *Concept Generiek Model Programma Zelfmanagement NPCF-CBO*. CBO.
- Lorig KR, Ritter PL, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW, Bandura A, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman DR (2001). *Chronic disease self-management program: 2 year health status and health care utilization outcomes*. *Medical Care*. 39 (11),1217-1233.
- Meade M.A., Creer T.L., Mahan J.D. (2003). *A self-management program for adolescents and children with renal transplantation*. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 10 (3):165-171.

- Moos RH & Holahan CJ, 2007. *Adaptive tasks and methods of coping with illness and disability*. In: Martz E. & Livneh H. Coping with chronic disease and disability : theoretical, empirical, and clinical aspects. New York : Springer.
- Nationaal Actieprogramma Diabetes, NAD verslag Werkconferentie competenties voor zelfmanagementeducatie. Amersfoort. Juli 2009.
- Newman S, Steed L, Mulligan K. (2004) *Self-management interventions for chronic illness*. Lancet 364:1523-37.
- Platform Vitale Vaten. Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement Deel 2 (voor patiënten). Den Haag. Juli 2008.
- Ploeg MJ. Brief aan Vaste Kamercommissie voor VWS. Betreft: functionele bekostiging programmatische aanpak chronische aandoeningen. Ons kenmerk 2009-1193/MP/JW. Bilthoven. 16 september 2009.
- Prochaska JO, DiClemente CC & Norcross JC (1992). *In search of how people change. Applications to addictive behaviors*. Am Psychol, 47, 1102-1114.
- Schiltra DP, Linschosten CP van & Moorer P (2007). *Vernieuwing diabeteszorg. Diabetespatiënten van gezondheidscentrum De Roerdomp in Nieuwegein in beeld*. ARGO Rijksuniversiteit Groningen BV.
- Spreeuwenberg C. www.mychronicdisease.org. Naar de patiënt activerende en ondersteunende chronische zorg. Afscheidsrede hoogleraarschap Transmurale Zorg. Universiteit Maastricht. 13 juni 2008.
- Vries H de, Mudde A, Leijts I, Charlton A, Vartiainen E, Buijs G et al. (2003). *The European Smoking Prevention Framework Approach (EFSA): an example of integral prevention*. Health Educ Res, 18(5), 611-626.
- Wagner EH, Austin BT & Von Korff M. *Organizing care for patients with chronic illness*. Milbank Quarterly 74 (1996): 511 - 544.
- Weinstein ND. (1988). *The precaution adoption process*. Health Psychol, 7, 355-386
- WHO-FIC Collaborating Centre in the Netherlands. De ICF. RIVM/cVTV. Bilthoven. 2002.
- Zon/Mw. Disasemanagement Chronische Ziekten. Programmatekst periode 2008-2011. Den Haag. Zon/Mw.

Meer informatie

Websites

www.vilans.nl/zelfmanagement
www.chcf.org
www.copdutrecht.nl
www.improvingchroniccare.org
www.kaiserpermanente.org
www.rivm.nl/who-fic/icf.htm
www.zelfmanagement.com

Publicaties

Individueel Zorgplan

Het individueel zorgplan is voor u als zorgverlener een hulpmiddel om te werken volgens de Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement (2009). Het Zorgplan Vitale Vaten sluit aan bij de patiëntenversie van deze zorgstandaard. Vilans en De Hart&Vaatgroep ontwikkelden dit product in opdracht van de Nederlandse Hartstichting.

Zelfmanagement

Het Zorgplan Vitale draagt bij aan zelfmanagement van patiënten met (hoog risico op) hart- en vaatziekten. Patiënten geven zelf aan welke risicofactoren zij willen veranderen en van wie zij hierbij ondersteuning nodig hebben. Zo zullen zij zich meer verantwoordelijk voelen voor hun gezondheid en leefstijl.

Download het individueel zorgplan gratis op www.vilans.nl/zelfmanagement of bestel het via de Hart&Vaatgroep www.hartenvaatgroep.nl.

Handreiking Individueel Zorgplan

Hoe kunt u aan de slag met het Individueel Zorgplan? Welke voorbereidingen vraagt het werken met een het Individueel Zorgplan van uw team? Hoe bereid u zich voor met uw patiënt? Wat betekent dat voor het eerste consult? Hoe gaat het tijdens de uitvoering en het monitoren van het proces?

Op deze en andere vragen krijgt u antwoord in de Handreiking Individueel Zorgplan.

Overzichtskaart Individueel Zorgplan

Met uw team en uw patiënt werkt u met het Individueel Zorgplan Vitale Vaten. De Handreiking hebt u doorgelezen, maar het werken met het Individueel Zorgplan is voor u nog vrij nieuw. Met deze overzichtskaart hebt u in één oogopslag in beeld welke stappen u kunt zetten om met het Individueel Zorgplan Vitale Vaten aan de slag te gaan. Op de eerste zijde ziet u in één oogopslag. Ook bieden we u voorbeeldvragen die u helpen om met uw patiënt leefstijldoelen op te stellen.

Handreiking patiëntenparticipatie

Gebruikt u collectieve mening van uw patiënten bij het verbeteren van zorg? Vraagt u zich af hoe u dit organiseert? Of hoe u dit beter of meer structureel aanpakt? De handreiking patiëntenparticipatie helpt u op weg. U leest wat u moet organiseren om patiëntenparticipatie op een goede manier te kunnen organiseren. Vervolgens leest u hoe u in 5 stappen met patiëntenparticipatie aan de slag gaat en welke methoden u kunt toepassen.

Wegwijs in zelfmanagement & technologie

Welke rol speelt zelfmanagement in de zorg voor chronisch zieken? Staat de patiënt centraal of eigenlijk zijn zorgvraag? Welke interventies zijn er zoal die zelfmanagement van uw patiënten ondersteunen? U leest het allemaal in deze publicatie. Wegwijs in zelfmanagement & technologie biedt u een overzicht van zelfmanagement technologieën en helpt u te kiezen met een keuzewijzer. Dit maakt het voor u makkelijker om uw patiënten een zelfmanagementinterventie te adviseren.

Al deze publicaties download u gratis op www.vilans.n/zelfmanagement

Vilans, kenniscentrum langdurende zorg

Vilans is hét onafhankelijke kenniscentrum voor werkers en organisaties die langdurende zorg bieden. Wij ontwikkelen met hen vernieuwende praktijkgerichte kennis, zodat we samen de kwaliteit van leven verbeteren voor mensen die langdurig zorg nodig hebben.

Vilans richt zich met haar kennis en handelen primair op werkers en organisaties. Het verbeteren van de kwaliteit van leven voor cliënten die langdurende zorg nodig hebben is onze inspiratiebron.

Onze inzet is dat mensen die langdurig zorg nodig hebben zelf hun leven richting en inhoud kunnen geven wat betreft gezondheid, relaties, werk en onderwijs, materiële omstandigheden - zoals inkomen, wonen - en zingeving. Daarbij is het belangrijk dat de samenleving en het gevoerde beleid de eigen regie ondersteunen.

Vilans is er voor de zorg voor chronisch zieken, ouderenzorg, thuiszorg en gehandicaptenzorg.

De meerwaarde voor de praktijk is de maatstaf voor de toegevoegde waarde van Vilans. Wij vervullen een maatschappelijke functie en kiezen daarom nadrukkelijk een onafhankelijke positie. Onze kenniscollecties en relatienetwerken zijn openbaar en algemeen toegankelijk.

Kijk voor meer informatie op www.vilans.nl