

Zelfmanagement

Jeanny Engels & Monique Heijmans

Bijblijven

ISSN 0168-9428

Bijblijven

DOI 10.1007/s12414-015-0075-4



 Springer

Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Bohn Stafleu van Loghum. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".



Zelfmanagement

Jeanny Engels · Monique Heijmans

Samenvatting

Zelfmanagement is een belangrijke pijler van persoonsgerichte zorg. Zorgverleners kunnen patiënten en hun netwerk op drie manieren ondersteunen in hun zelfmanagement: 1) door in hun werk zoveel mogelijk aan te sluiten bij de zorgvraag van een patiënt, 2) door patiënten te helpen persoonlijke doelen te formuleren en hen te begeleiden om deze te behalen, en 3) door te streven naar een gelijkwaardig partnerschap wanneer men met zelfmanagement aan de slag gaat. Zelfmanagement vraagt om buiten de eigen professionele kaders te denken. Omdat zelfmanagement heel diverse soorten zorgvragen oproept, is nauwe samenwerking met andere disciplines noodzakelijk.

Wat is zelfmanagement?

In de zorg voor mensen met een chronische ziekte of beperking is zelfmanagement een sleutelwoord en zelfmanagementondersteuning een van de belangrijkste pijlers van persoonsgerichte zorg. Op alle niveaus wordt over zelfmanagement gesproken. Of het nu gaat om beleidsmakers, huisartsen, verpleegkundigen, mantelzorgers, zorgverzekeraars of patiënten zelf. Toch is er ook veel verwarring over de term zelfmanagement. Waar gaat zelfmanagement eigenlijk over? Wat de patiënt betreft gaat het in ieder geval om veel meer dan het omgaan met de medische behandeling en leefregels. Zelfmanagement heeft in de ogen van de patiënt betrekking op

J. Engels (✉)
Vilans, Utrecht, Nederland
e-mail: j.engels@vilans.nl

M. Heijmans
NIVEL, Utrecht, Nederland
e-mail: m.heijmans@nivel.nl

Bijblijven, DOI: 10.1007/s12414-015-0075-4
© Bohn Stafleu van Loghum 2015

1

het inpassen van een chronische ziekte in het leven als geheel en alles wat daarbij komt kijken. Daaronder vallen uiteraard het omgaan met de medische aspecten van ziekte en aanpassingen in leefstijl, maar ook het omgaan met de gevolgen van een chronische ziekte op lange termijn en de omgang met zorgverleners en zorgverlenende instanties. Eigenlijk gaat het om regie voeren over het leven als geheel [1]. De definitie van zelfmanagement uit de zorgmodule *Zelfmanagement* van het CBO [2] sluit hier mooi bij aan: 'Zelfmanagement is het zodanig omgaan met de ziekte of beperking (symptomen, behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven. Zelfmanagement betekent dat chronisch zieken zelf kunnen kiezen in hoeverre men de regie over het leven in eigen hand wil houden en mede richting wil geven aan hoe beschikbare zorg wordt ingezet, om een optimale kwaliteit van leven te bereiken of te behouden.' Wil zelfmanagement kans van slagen hebben, dan is het belangrijk als zorgverlener aan te sluiten bij deze brede opvatting van zelfmanagement. Alleen dan kan werkelijk tegemoetgekomen worden aan de zorgvraag van een patiënt.

Ondersteuning van zelfmanagement

Van huisartsen en andere zorgverleners, maar ook van zorgverzekeraars, wordt verwacht dat zij zelfmanagement optimaal ondersteunen. In het Whitepaper 'Hoe maak ik een succes van persoonsgerichte zorg?' [3] wordt zelfmanagementondersteuning gedefinieerd als: 'de ondersteuning die zorgverleners bieden aan mensen met een ziekte of beperking en hun netwerk, zodat zij in het dagelijks leven met hun ziekte of beperking kunnen omgaan en zo gezond mogelijk leven'. Zelfmanagementondersteuning gaat uit van het principe dat mensen zoveel mogelijk voor zichzelf zorgen met als uitgangspunt de 'kracht' in plaats van de 'klacht'. Daarnaast moet er wel aandacht zijn voor het zelfvertrouwen en de kwetsbaarheden van de patiënt en zijn naasten [2]. Wat dat betreft sluit zelfmanagementondersteuning aan bij het nieuwe concept van gezondheid zoals beschreven door Machteld Huber [4] (zie ook het hoofdstuk 'Persoonsgerichte zorg is gebaat bij kennis van ziekte én van gezondheid' van Machteld Huber en Hans Peter Jung in deze *Bijblijven*). Zij stelt dat vermogens als veerkracht en het kunnen voeren van eigen regie te veel ontbreken in ons huidige denken over gezondheid, terwijl dit voor chronisch zieke patiënten juist zeer essentiële aspecten van gezondheid zijn. Door meer nadruk te leggen op positieve aspecten van gezondheid, leren zorgverleners, beleidsmakers en politici anders te denken over invulling van preventie en zorg. Dat is hard nodig in een maatschappij waarin we de zorg op een hoog en betaalbaar peil willen houden. Het vernieuwende in de conceptualisering van gezondheid volgens Huber is dat gezondheid niet meer als iets statisch wordt opgevat 'je bent gezond of niet', maar als het dynamische vermogen van mensen zich aan te passen en zelf regie te voeren over hun leven. Huber: 'Als je een slechte diagnose krijgt, ga je eerst onderuit en heb je zorg nodig. Maar wordt de aandoening chronisch, dan krabbel je vaak weer op. De vraag is dan: ga je je invalide voelen, of pas je je aan en laat je de ziekte niet overheersen? Dan

blijkt er naast die ziekte nog een enorm potentieel aan gezondheid te zijn. Dat kun je versterken, waardoor je steeds minder last van die ziekte hebt' [5].

Binnen de zorg voor chronisch zieken is de zorgverlener behandelaar én coach, de patiënt is medebehandelaar én regisseur. Het ondersteunen van zelfmanagement is essentieel voor goede zorgverlening: het komt niet bovenop de huidige zorg maar is er onderdeel van.

Ondersteuning op welke manier?

Zorgverleners kunnen patiënten en hun netwerk op drie manieren ondersteunen in hun zelfmanagement:

1. door in hun werk zoveel mogelijk aan te sluiten bij de zorgvraag van een patiënt;
2. door patiënten te helpen persoonlijke doelen te formuleren en hen te begeleiden om deze te behalen; en
3. door te streven naar gelijkwaardig partnerschap wanneer men met zelfmanagement aan de slag gaat.

Zorgvraag patiënt centraal

Het leven met een chronische ziekte brengt voor een patiënt tal van opgaven en uitdagingen met zich mee [6]. Niet alleen op lichamelijk vlak maar ook op psychisch en sociaal vlak. Het omgaan met deze uitdagingen gaat niet iedere patiënt even gemakkelijk af en sommigen zullen daar ondersteuning bij nodig hebben. Waarbij men precies ondersteuning wil, kan per patiënt verschillen en hoeft niet altijd te maken te hebben met hulp bij fysieke ongemakken, medicijngebruik of leefregels. Het kan bijvoorbeeld ook gaan om hulp of advies bij het behoud van werk, hulp bij het organiseren van zorg in de thuissituatie of ondersteuning van de partner. Het als zorgverlener erkennen van een diversiteit in zorgvraag betekent tevens het recht van mensen met een chronische ziekte erkennen om gezondheid niet (altijd) op de eerste plaats te laten komen. Het betekent ook dat men als zorgverlener soms buiten de eigen vertrouwde kaders moet kijken en moet samenwerken als men de expertise niet zelf heeft om aan een zorgvraag te kunnen voldoen. Of zoals een huisarts het formuleerde: 'Zelfmanagement moet de spreekkamer uit. Vragen en dilemma's ontstaan thuis, in de vertrouwde omgeving. Daar nemen patiënten de meeste besluiten.'

Het meegaan in de zorgvraag van de patiënt is niet altijd gemakkelijk en soms zal de keuze van een patiënt een andere zijn dan die van de zorgverlener. Zorgverleners kiezen wellicht eerder voor wat juist is vanuit medisch of professioneel oogpunt. Patiënten maken echter soms andere afwegingen, geleid door emoties, persoonlijke motieven of gewoonten. Op zo'n moment is het heel belangrijk dat de zorgverlener betrouwbare en onafhankelijke informatie geeft. Informeer de patiënt en zijn naasten en geef patiënten de ruimte om met hun naasten te overleggen en na te denken over hun keuze. Alleen dan kunnen zij de voor- en nadelen goed tegen elkaar afwegen en een 'geïnformeerde keuze' maken. Patiënten zelf geven aan dat

in hun plaats vaak keuzes worden gemaakt die voor hen niet duidelijk zijn. Ook is informatie voor hen nogal eens tegenstrijdig. Ze willen graag meer inzicht in het behandeltraject en uitleg over de taken van de verschillende zorgverleners en hebben behoefte aan afbakening van de rollen van hen als patiënt en die van hun zorgverlener. Ook willen patiënten graag inspraak in de behandeling en meer aandacht voor 'de patiënt als expert'. Hun unieke ervaringskennis over het omgaan met zorgverleners, medicijnen en hulpmiddelen willen zij meegewogen zien in de keuze van een uiteindelijke behandeling [1]. Door als zorgverlener ook rekening te houden met ervaringen van patiënten zelf, naast de eigen professionele expertise, worden niet alleen de eigen regie en het zelfvertrouwen van patiënten vergroot, maar wordt ook een goede basis gelegd voor commitment en een heldere verdeling van taken en verantwoordelijkheden van patiënt en zorgverlener. Aansluiten bij de zorgvraag van een patiënt om persoonsgerichte zorg te realiseren is een gezamenlijk proces van besluitvorming: samen de agenda bepalen en samen doelen stellen en deze samen evalueren (fig. 1). Dit verloopt via een aantal stappen zoals weergegeven in kader 1.

Kader 1 Samen doelen bepalen

In het proces van persoonsgerichte zorg stellen patiënt en zorgverlener dus samen de agenda en doelen op en gaan hiermee aan de slag, waarbij ze voorde-ningen regelmatig evalueren.

Doelen stellen stimuleert de patiënt om bewuster en actiever te werken aan gezondheid. Overigens is dat voor patiënten niet altijd even gemakkelijk. Het vergt een bepaald abstractievermogen en veronderstelt dat de patiënt van mening is dat deze zelf invloed heeft op zijn of haar gezondheid. En dus niet dat de zorgverlener zijn of haar probleem oplost. Het lijkt goed te werken om bij het formuleren van persoonlijke doelen de gezondheidsdoelen in perspectief plaatsen, door ze te koppelen aan levensdoelen. Een hartpatiënt stelde: 'Ik wil graag met mijn kleinzoon maandelijks naar de dierentuin blijven gaan. Daarvoor houd ik graag mijn risico's en streefwaarden onder controle.' In de praktijk wordt nog volop onderzocht op welke wijze 'doelen stellen' kan worden toegepast. Voor diverse doelgroepen zijn er verschillende mogelijkheden. De een spreekt het aan om zelf met een individueel zorgplan aan de slag te gaan, terwijl de ander liever in een groep met medepatiënten oplossingen bespreekt. Het is in ieder geval belangrijk dat doelen worden gesteld op een manier die bij de patiënt past en aansluit bij wat de patiënt belangrijk vindt.

Zelfmanagementvaardigheden

Naast het opstellen van doelen en een plan om de doelen te behalen, vraagt zelfmanagement nog andere vaardigheden van patiënten [10]:

Figuur 1 ‘Drie stappen naar persoonsgerichte zorg’ (uit: Whitepaper ‘Hoe maak je een succes van persoonsgerichte zorg?’) [3].



- Problemen kunnen oplossen door situaties goed in te schatten en oplossingen hiervoor te vinden.
- Monitoren van het verloop van de ziekte en tijdig maatregelen kunnen nemen.
- In staat zijn om de juiste beslissingen op het juiste moment in de juiste volgorde te nemen.
- Hulpbronnen weten te gebruiken: tijdig zoeken, vinden en gebruiken van de juiste informatie, en tijdig mensen uit het eigen netwerk en zorgverleners erbij weten te betrekken.
- In staat zijn een goede relatie met de zorgverlener op te bouwen en te onderhouden. Dat betekent: een actieve partner zijn in het zorgproces, veranderingen in de gezondheidstoestand rapporteren en bespreken met de zorgverlener, in staat zijn om onderbouwde beslissingen te nemen en deze te bespreken met de zorgverlener.

Voor zorgverleners ligt hier een taak om patiënten te ondersteunen in het ontwikkelen van deze voor patiënten vaak nieuwe vaardigheden. De mate waarin deze vaardigheden kunnen worden ontwikkeld, zal voor elke patiënt anders zijn. Niet iedereen lukt het om op alle fronten een succesvol zelfmanager te zijn.

Streven naar gelijkwaardig partnerschap

Werken aan zelfmanagement doe je samen. Dit vraagt om een actieve rol van zowel patiënt als zorgverlener. Er zijn echter grote verschillen in de mate waarin patiënten

deze actieve rol kunnen en willen aannemen [1]. Sommige patiënten zijn van mening dat hun ziekte vooral iets is voor de zorgverlener en niet voor henzelf, terwijl anderen wel graag zelf met hun ziekte aan de slag gaan, maar niet goed weten hoe.

Begeleiding op maat is dan ook van belang. Bij de ene patiënt zal een zorgverlener meer moeite moeten doen, voordat er sprake is van gelijkwaardig partnerschap, dan bij de andere. De mate waarin mensen zelf bezig willen en kunnen zijn met het inpassen van hun ziekte in het dagelijks leven hangt niet alleen af van de aard, ernst of complexiteit van de ziekte maar ook van persoonskenmerken zoals leeftijd, opleidingsniveau, woonsituatie, financiële situatie en de beschikbare hulp van mensen uit de sociale omgeving. Daarnaast lukt zelfmanagement ook beter als mensen over de juiste vaardigheden beschikken [11]. Dit worden ook wel gezondheidsvaardigheden genoemd. Het gaat om vaardigheden om informatie over gezondheid en ziekte te vinden, te lezen, te begrijpen en toe te passen. Denk daarbij aan:

- lezen, zoals bijsluiters en etiketten op voedingsmiddelen;
- schrijven, zoals afspraken noteren of vragenlijsten invullen;
- rekenen, zoals op tijd medicijnen innemen of calorieën tellen;
- gespreksvaardigheden, zoals telefonisch een afspraak maken, luisteren en klachten formuleren;
- sociale vaardigheden, zoals vragen durven stellen, informatie vergelijken en beslissingen nemen;
- digitale vaardigheden, zoals informatie opzoeken op internet of online een herhaalrecept aanvragen.

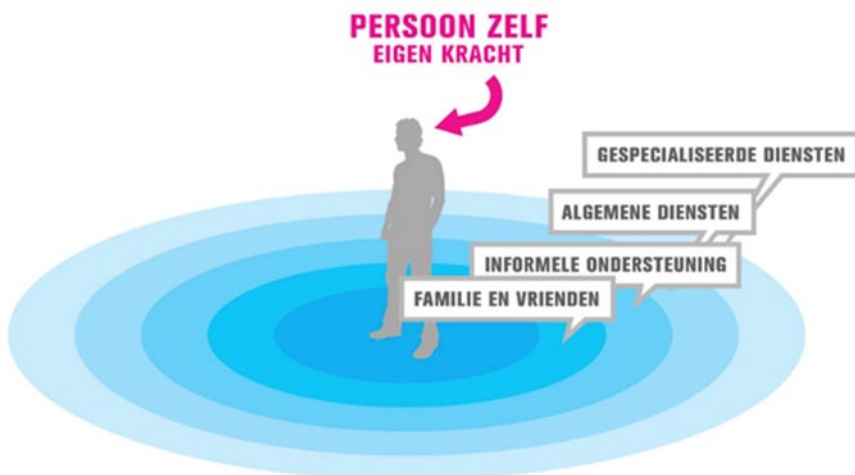
Onderzoek laat zien dat drie op de tien Nederlanders (28,7%) problemen hebben met het vinden, begrijpen, beoordelen en/of toepassen van gezondheidsinformatie [12]. Bovendien heeft 50% van de Nederlanders moeite om zelf de regie te voeren over gezondheid, ziekte en zorg. Lage gezondheidsvaardigheden leiden tot slechtere gezondheidsuitkomsten en hogere zorgkosten [13].

Hoe kunnen we het best omgaan met deze verschillen? Het gesprek tussen de zorgverlener en de patiënt zou het karakter van een dialoog moeten hebben. Dit houdt in dat de hulpverlener en de patiënt overleggen over of en zo ja, welk onderzoek of behandeling zou moeten plaatsvinden, waarbij de alternatieven en voor- en nadelen daarvan aan bod komen. De zorgverlener is daarbij deskundig op medisch en gezondheidsgebied en weet wat bij de meeste mensen helpt. De patiënt heeft zijn eigen voorkeuren, kent zijn eigen lichaam en weet wat wel en wat niet bij hem past. Daarmee is samen beslissen echt maatwerk, waarbij het cruciaal is dat de zorgverlener in het gesprek aansluit bij de belevingswereld, het bevattingvermogen (waaronder lees- en schrijfvaardigheden), de gezondheidsvaardigheden, culturele achtergrond en de behoefte en situatie van de individuele patiënt. Door samen te beslissen komt men tot patiëntgerichte zorg 'op maat'. Uit onderzoek weten we dat de communicatie in de spreekkamer vaak niet op die manier verloopt. Zeker bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden verloopt de communicatie tussen patiënten en zorgverleners vaak moeizaam [12]. De problemen doen zich met name voor op de terreinen communicatie, informatie en samen beslissen, die door deze

patiënten als te veel of te ingewikkeld ervaren worden. In een recent Nederlands onderzoek naar de communicatie tussen chronische patiënten en zorgverleners bleek, dat lage gezondheidsvaardigheden de belangrijkste belemmerende factor waren voor participatie van patiënten aan het consult [14]: patiënten gaven aan dat zij niet lastig wilden zijn, dat ze het gevoel hadden dat er te weinig tijd was en dat ze pas na afloop van het consult bedachten wat ze hadden willen vragen. Een van de conclusies in dit onderzoek is, dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden zich niet alleen anders gedragen (minder deelnemen aan het consult), maar ook dat zij zich anders voelen: zij zijn minder zelfverzekerd en zien meer barrières om aan het gesprek deel te nemen. Veel zorgverleners hebben niet in de gaten dat mensen lage gezondheidsvaardigheden hebben of ze overschatten het niveau van de patiënt. Het is belangrijk dat zorgverleners mensen met lage gezondheidsvaardigheden in de praktijk herkennen, zodat zij beter zorg op maat kunnen leveren. Er is nog weinig bekend over welke competenties en maatregelen hiervoor nodig zijn en welke methodieken en hulpmiddelen kunnen worden gebruikt. Het NIVEL doet hier momenteel onderzoek naar.

Een logische stap zou zijn om interventies te ontwikkelen die gezondheidsvaardigheden van mensen kunnen verhogen. Er zullen echter altijd mensen blijven voor wie het moeilijk is om over de juiste informatie en vaardigheden te beschikken en deze te gebruiken om de zorg te vinden die zij nodig hebben.

Als het verbeterpotentieel niet bij de patiënt zelf zit, is het zinvol om in zijn omgeving te zoeken. Daar zijn vaak hulpbronnen te vinden. Deze netwerkbenadering maakt steeds meer opgang. Huisartsen en andere zorgverleners kunnen patiënten vragen iemand uit hun omgeving uit te nodigen voor het consult of het huisbezoek. In fig. 2 geven we deze hulpbronnen weer.



Figuur 2 'Hulpbronnen in de ondersteuning' (bron: <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl>).

Hulpmiddelen ter ondersteuning van zelfmanagement

Om zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning in de praktijk vorm te geven, is een aantal hulpmiddelen beschikbaar. Het bekendste hulpmiddel is wellicht het individueel zorgplan (IZP). Het IZP is een dynamische set van afspraken tussen de patiënt en de zorgverlener(s) over zorg én zelfmanagement [15]. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van de patiënt en vormen de kern van individuele zorgplanning. Het IZP is in feite een draaiboek waarin staat wat de patiënt doet, wat zijn naasten doen en wat de zorgverlener doet om de doelen van de patiënt te bereiken.

In zijn rapport *De participerende patiënt* benadrukt de Raad voor Volksgezondheid en Zorg het belang van de rol van de patiënt in besluitvorming en uitvoering van zijn behandeling en het vastleggen van afspraken tussen patiënt en zorgverlener in een IZP [16].

De implementatie van het IZP verloopt in de praktijk echter nog wat moeizaam. Zorgverleners en patiënten hebben vaak verschillende beelden van wat een IZP is en hoe het gebruik dient te worden [17].

In een onderzoek onder huisartspraktijken van zorggroep RCH Midden-Brabant gaf 92% van de zorgverleners aan dat het IZP schriftelijk of digitaal beschikbaar is. Tegelijkertijd zegt 66% van de zorgverleners dat de patiënt geen toegang heeft tot zijn IZP. In aanmerking genomen dat een IZP vooral bedoeld is voor patiënten om zelfmanagement in de thuissituatie te ondersteunen, is dit een laag percentage [18]. Ook de patiënt zelf ziet zich vaak niet als eigenaar van het zorgplan. Onderzoek van het NIVEL [19] liet zien dat slechts 14% van de mensen met astma en COPD een IZP heeft en dat 75% van de chronisch zieken met een IZP, het IZP vooral als iets van de zorgverlener ziet en niet van hemzelf.

Patiënten kiezen voor een passieve rol, omdat ze niet weten hoe het anders kan, zorgverleners dringen niet aan om dat te veranderen. Een 'scharnierconsult' kan dan activerend werken [20]. In zo'n consult 'opent' de huisarts de deur voor de patiënt, voor zichzelf en voor andere zorgverleners om zelfmanagement op te pakken en te ondersteunen. De huisarts:

- geeft duidelijk aan dat het om een chronische aandoening gaat;
- vertelt wat het leven met deze aandoening inhoudt, welke actieve rol hij verwacht van de patiënt en waarom dat nodig is;
- legt uit welke zorg de patiënt kan verwachten van het team en hoe deze aansluit op zijn behoeften.

Naast het IZP zijn er nog tal van hulpmiddelen die ingezet kunnen worden om het zelfmanagement van patiënten te ondersteunen. Zij kunnen ingezet worden bij het bepalen van de agenda, voor het stellen van doelen of de evaluatie daarvan. Een aantal van deze meetinstrumenten is opgenomen in kader 2 [21]. Meer informatie over deze en andere meetinstrumenten is te vinden op <http://www.kennispleinchronischezorg.nl>.

Kader 2 Vier meetinstrumenten om zelfmanagement bij patiënten vast te stellen

- *Samenwerken aan gezondheid (PiH-NL)*. Een vragenlijst die zorgverleners en patiënten ondersteunt bij het in gang zetten en uitvoeren van zelfmanagement met twaalf onderwerpen, die (domeinen van) zelfmanagement meten en inzichtelijk maken welke onderdelen voor patiënten moeilijk zijn.
- *Patient Activation Measure (PAM)*. De PAM meet kennis, vaardigheden en vertrouwen van patiënten in het managen van de eigen gezondheid of ziekte. Op basis van deze vragenlijst kunnen patiënten in niveaus van zelfmanagement worden ingedeeld. Bij ieder niveau hoort een passend aanbod aan ondersteuning.
- *Self Management Screeninginstrument (SeMaS)*. Deze (digitale) vragenlijst bestaat uit 26 vragen over de ernst van de ziekte, opleiding, functionele status, pc-vaardigheden, vaardigheden in groepen, vaardigheden bij zelfzorg, locus of control (legt iemand de controle bij zichzelf of buiten zichzelf), eigeneffectiviteit, sociale steun, coping, angst en depressie. De patiënt vult deze vragenlijst in.
- *Het Nijmegen Clinical Screening Instrument (NCSI)/de Patiënten profielkaart*. Een korte vragenlijst over vier domeinen (lichamelijk functioneren, symptomen, lichamelijke beperkingen en kwaliteit van leven) voor COPD-patiënten. De patiënt vult de vragenlijst samen met de zorgverlener in. Het instrument maakt duidelijk welke problemen en zorgvragen de patiënt ervaart en hoe ernstig deze problemen zijn.

Literatuur

1. Heijmans M, Waverijn G, Houtum van L. Zelfmanagement, wat betekent het voor de patiënt? Utrecht: NIVEL; 2014.
2. CBO. Zorgmodule Zelfmanagement 1.0 CBO. Utrecht: CBO; 2014.
3. Boshuizen B, Engels J, Versleijen M, Vlek H, Rebel H, Driessen S. White paper 'hoe maak je een succes van persoonsgerichte zorg?' Utrecht: Vilans; 2014.
4. <http://www.louisbolck.org>. Geraadpleegd op 9 mei 2015.
5. Visser J. Het vermogen om zelf regie te voeren. Een interview met Machteld Huber over de vraag wat gezondheid eigenlijk is. *Medisch Contact* 2014;6:246–8.
6. Brink R van den, Timmermans H, Havers J, Veenendaal H van. Ruimte voor regie. Pioniers over zelfmanagement in de zorg. Utrecht/ Deventer: Kluwer en CBO; 2013.
7. Staveren R van. Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk. *Patiëntgerichte gespreksvaardigheden*. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2011;155:A3777.
8. Timmermans D. Wat beweegt de kiezer? Den Haag: ZonMw; 2013.
9. Heijmans MJWM, Rijken PM, Schellevis FG, Bos GAM van den. Meer dan een ziekte. De gevolgen van multimorbiditeit vanuit het perspectief van chronisch zieken en gehandicapten. Utrecht: NIVEL; 2003.

10. Trappenburg JCA, Jonkman NH, Jaarsma T, Os-Medendorp H van, Kort HSM, Wit N de, et al. Zelfmanagement bij chronische ziekten. *Huisarts Wet.* 2014;57(3):120–4.
11. Engels J, Wijenberg E, Schepers B. Zelfmanagement en beperkte gezondheidsvaardigheden. Handreiking voor huisartsen, praktijkondersteuners, diëtisten en fysiotherapeuten. Utrecht: Vilans; 2015.
12. Rademakers J. Kennissynthese: gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht: NIVEL; 2014.
13. Hendriks M, Plass AM, Heijmans M, Rademakers J. Minder zelfmanagementvaardigheden, dus meer zorggebruik? De relatie tussen patiëntactivatie van mensen met diabetes en hun zorggebruik, zorgkosten, ervaringen met de zorg en diabetes-gerelateerde klachten. Utrecht: NIVEL; 2013.
14. Henselmans I, Heijmans M, Rademakers J, Dulmen S van. Participation of chronic patients in medical consultations: patients' perceived efficacy, barriers and interest in support. *Health Expect.* 2014. doi: 10.1111/hex.12206 (Epub ahead of print).
15. NHG, NPCF en Vilans. Factsheet Referentiemodel Individueel Zorgplan. Utrecht: NHG, NPCF en Vilans; 2013.
16. RVZ. De participerende patiënt. Den Haag: RVZ; 2013.
17. Heijmans M, Puffelen A van. Aan de slag met zelfmanagement met een individueel zorgplan. Evaluatie onder patiënten en zorgverleners van Zorggroep RCH Midden-Brabant. Utrecht: NIVEL; 2015.
18. Boshuizen D, Spitsbaard-Velmans J, Brinkers M, Leemrijse C. Individueel zorgplan: de lastige praktijk. *Medisch Contact* 2015;6:234–5.
19. Heijmans M, Baan D. Zelfmanagement bij astma/COPD blijft wennen. Utrecht: NIVEL; 2012.
20. Engels J, Arkesteyn S. Ondersteun zelfmanagement van chronisch zieken. In tien stappen zet uw team zelfmanagement blijvend centraal. Utrecht: Vilans; 2011.
21. Vilans. Instrumenten voor patiëntprofielen. Utrecht: Vilans; 2014. (<http://www.kennisplein-chronischezorg.nl>).