

Competentieprofiel Zelfmanagement- educatie bij diabetes

Project Competenties Zelfmanagement-educatie bij diabetes en scholingsaanbod
Juli 2014

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Inleiding	5
1. Zelfmanagement en zelfmanagement-educatie	7
1.1 Definiëring begrippen	7
1.2 Zelfmanagement	8
1.3 Zelfmanagement-educatie	9
1.4 Organisatie van zorg	9
2. Diabetes mellitus en zelfmanagement	11
3. Competenties en het CanMEDSmodel	13
4. Competentieprofiel Zelfmanagement-educatie bij diabetes	15
4.1 Competentiegebied Zelfmanagement-educatie	16
4.2 Competentiegebied Communicatie	19
4.3 Competentiegebied Samenwerking	21
4.4 Competentiegebied Kennis delen en Ontwikkelen	23
4.5 Competentiegebied Maatschappelijke Verantwoordelijkheid	24
4.6 Competentiegebied Organisatie	24
4.7 Competentiegebied Professionaliteit en Kwaliteit	27
Geraadpleegde literatuur / bronnen	28
Referenties competentiegebieden	30
Bijlage 1. Samenstelling projectgroep en betrokken inhoudsdeskundigen	34

Voorwoord

Voor u ligt het competentieprofiel zelfmanagement-educatie bij diabetes.

Binnen het Nationaal Actieprogramma Diabetes (2009-2013) was één van de thema's 'Kwaliteit, organisatie en kennis', waarvan één van de doelen luidde: 'Bij diabetes betrokken zorgprofessionals hebben toegang tot een scholingsaanbod dat hen schoolt in de juiste competenties en kennis om te werken volgens de NDF Zorgstandaard'. In mei 2012 werd besloten om door middel van het vervolgproject 'Competenties zelfmanagement-educatie bij diabetes en scholingsaanbod' de eerder in het 'Raamwerk Zelfmanagement-educatie bij diabetes (NDF)' beschreven competenties verder te concretiseren tot een competentieprofiel. Op basis van dit profiel is vervolgens een 'competentiescan' ontwikkeld.

De gezondheidszorg is in ontwikkeling en er is steeds meer aandacht voor zelfmanagement, eigen regie en verantwoordelijkheid van patiënten. De omslag van zorg en ziekte (zz) naar gedrag en gezondheid (gg)¹ is in volle gang.

Er is het afgelopen decennium veel onderzoek gedaan naar de effecten van zelfmanagement. Maar het is nog altijd lastig om eenduidige conclusies te trekken. De uitgevoerde studies zijn enorm divers en het ontbreekt veelal aan onderzoek op specifieke uitkomsten zoals kosteneffectiviteit.

Met het huidige wetenschappelijk bewijs kunnen de volgende conclusies getrokken worden: zelfmanagement door mensen met chronische ziekten verbetert gezondheidsuitkomsten, de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg².

Zelfmanagement-educatie blijkt steeds belangrijker te worden voor diabetesprofessionals, omdat de diabetespatiënt steeds meer gestimuleerd wordt om zelf verantwoordelijkheid te dragen voor zijn zorgproces en het behalen van de gestelde gezondheidsdoelen.

Zelfmanagement-educatie vraagt echter om een gedragsverandering bij zorgprofessionals, die steeds meer een coachende en faciliterende rol zullen moeten gaan vervullen.

Het is van belang om zorgverleners inzicht te geven in het totale pakket van competenties die behoren bij zelfmanagement-educatie. Met dit document geven we een overzicht van de bij zelfmanagement-educatie behorende competenties. Het competentieprofiel kan op praktijkniveau een hulpmiddel zijn om patiëntgerichte diabetes zelfmanagement-educatie vorm te geven en de kwaliteit ervan te bewaken.

Met de aansluitend op het competentieprofiel ontwikkelde competenciescan kan het diabetesteam of de individuele diabetesprofessional in kaart brengen in hoeverre hij over de competenties beschikt en binnen welke competentiegebieden een leerbehoefte bestaat. Aansluitend op de leerbehoefte wordt aangegeven welke kenmerken van scholing op gebied van kennis en/of vaardigheden wenselijk zijn teneinde deze lacunes weg te nemen.

Beide instrumenten geven een aanzet om zelfmanagement-educatie een plaats te kunnen geven in opleidingen, bij- en nascholingen van diabeteszorgverleners.

De instrumenten werden in samenwerking met de beroepsverenigingen ontwikkeld en zijn door middel van een pilot op praktische bruikbaarheid getest. Het competentieprofiel is zoveel als mogelijk gebaseerd op beschikbare wetenschappelijke evidentie, aangevuld met praktijkervaringen en aanbevelingen van de betrokken experts op het gebied van zelfmanagement(-educatie).

¹ RVZ, *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*, 2010

² CBO, *Ruimte voor Regie*, 2013, *Effecten van zelfmanagement*, M. Rijken en M. Heijmans, blz 303-319

In bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de samenstelling van de projectgroep en de betrokken inhoudsdeskundigen vanuit de beroepsverenigingen en de patiëntenorganisatie.

Omwille van de leesbaarheid worden in dit rapport de termen patiënt en zorgverlener gebruikt, waarbij overal waar patiënt wordt geschreven wordt bedoeld cliënt, zorgvrager, mensen met diabetes en/of mensen met verhoogd risico op diabetes.

Waar in deze tekst 'hij' en 'zijn' gebruikt wordt kan ook 'zij' en 'haar' gelezen worden.

Inleiding

Dit competentieprofiel richt zich op de competenties van zorgverleners op het gebied van zelfmanagement-educatie. Een competentieprofiel is een bundeling van competenties die behoren bij een bepaalde taakopdracht. De NDF Zorgstandaard Diabetes beschrijft zelfmanagement-educatie als essentieel en integraal onderdeel van de diabeteszorg. Het is daarom van belang om zorgverleners middels een competentieprofiel inzicht te geven in het totale pakket van competenties die idealiter behoren bij zelfmanagement-educatie. Het competentieprofiel kan op praktijkniveau een hulpmiddel zijn om patiëntgerichte diabetes zelfmanagement-educatie vorm te geven en de kwaliteit ervan te bewaken.

Onder een competentie verstaan we een 'geïntegreerd geheel van kennis, inzicht, vaardigheden, attitudes en persoonlijke eigenschappen waarmee op adequate wijze resultaten kunnen worden behaald in een beroepssituatie, een leersituatie of een maatschappelijke situatie'.³

Veelal spreekt men van een beroepsprofiel⁴ waarin de competenties voor een bepaald beroep zijn opgenomen. Dit voorliggende profiel is gericht op zelfmanagement-educatie door diabeteszorgverleners.

We beschrijven de competenties functioneel, wat wil zeggen dat competenties beschreven zijn waarvan het wenselijk is dat het multidisciplinaire diabetesteam hierover beschikt. Dit betreft de competenties van zorgverleners om de patiënt met (verhoogd risico op) diabetes te equiperen en te ondersteunen bij het zelfmanagement van zijn diabetes. Het betreft de hele doelgroep mensen met diabetes, zowel jongeren als ouderen, als alle vormen van diabetes.

In het competentieprofiel wordt geen onderscheid gemaakt naar een bepaalde discipline. Het is van belang dat binnen het diabetesteam het totale pakket van competenties beschikbaar is en er onderling afspraken zijn gemaakt over de invulling en organisatie van de zorg.

Bij de begeleiding van patiënten met (verhoogd risico op) diabetes mellitus zijn meerdere disciplines met ieder hun eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid betrokken. In principe zijn alle professionals, evenals de peer educators⁵, betrokken bij zelfmanagement-educatie.

De diabeteszorgverlener die vakinhoudelijke kennis en vaardigheden en een professionele attitude integreert ten behoeve van een optimale en integrale diabeteszorg vormt het uitgangspunt van het competentieprofiel. Daarbij werkt de zorgverlener volgens actueel geldende en landelijke geaccepteerde richtlijnen en standaarden voor de diabeteszorg en de geldende beroepsprofielen van de verschillende disciplines.

De competenties zijn beschreven en ingedeeld aan de hand van het zogenaamde CanMEDS Model dat bestaat uit zeven competentiegebieden (zie hoofdstuk 3). Deze methodiek wordt veel gebruikt bij het beschrijven van beroepsprofielen in de gezondheidszorg.

Elk competentiegebied start met een korte algemene omschrijving, het kader van het betreffende gebied. Daarna volgen de competenties die in dat specifieke competentiegebied vallen. De complete set van alle competentiegebieden beschrijft in samenhang met elkaar welke competenties van belang zijn bij zelfmanagement-educatie.

³ Definitie Thesaurus Zorg en Welzijn <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/competenties.htm>

⁴ Beroepsprofiel: systematische, gestandaardiseerde beschrijvingen van beroepen, veelal bestaande uit een beroepsbeschrijving en een overzicht van de kerntaken, de kernopgaven en de beroepscompetenties die bij dat beroep horen en die gelden voor een vakvolwassen beroepsbeoefenaar; beroepsprofielen vormen de basis voor kwalificatiedossiers en opleidingsprofielen voor het onderwijs. Zie: <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/beroepsprofielen.htm>

⁵ Peer-education: educatie door 'gelijken', bijvoorbeeld ouderen door ouderen of jongeren door jongeren (definitie <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl>). In dit geval educatie aan diabetespatiënten door diabetespatiënten.

Om de praktische bruikbaarheid van het competentieprofiel te vergroten is aansluitend een competentiescan ontwikkeld.

Hiermee kan het diabetesteam of de individuele diabeteszorgverlener (d.m.v. 0 graden feedback of zelfreflectie, 90 of 360 graden feedback) een inschatting maken in hoeverre hij over de competenties beschikt en binnen welke competentiegebieden er nog een leerbehoefte bestaat. Op basis van deze leerbehoefte wordt vervolgens in de scan aangegeven welke kenmerken van scholing op het gebied van kennis en/of vaardigheden wenselijk zijn om bestaande lacunes weg te nemen.

Uitgangspunt van de scan is dat niet elke zorgverlener alle competenties volledig 'moet' beheersen. De competentiescan is geen beoordelingsinstrument. Het is een informatief instrument dat een bijdrage kan leveren aan het in kaart brengen binnen welke competentiegebieden de zorgverlener(s) doorgroeimogelijkheden hebben. Men krijgt inzicht op welk vlak de zorgverlener of het team zich nog verder kan ontwikkelen op het gebied van zelfmanagement-educatie.

De competentiescan is na afronding van het NAD project 'Zelfmanagement-educatie bij diabetes en scholingsaanbod' gedigitaliseerd om de implementatie te ondersteunen. (De scan is te vinden op: <http://www.zorgstandaarddiabetes.nl/extrapage/scans/?q=/scans>)

Als afsluiting van het project is een werkconferentie voor vertegenwoordigers van betrokken beroepsgroepen, opleidingen, het bedrijfsleven, en beleidsmedewerkers van landelijke organisaties georganiseerd en zijn de tools gepresenteerd. Na een intensieve brainstorm zijn aanbevelingen geformuleerd gericht op de implementatie van competentieprofiel en scan. Een aantal aanbevelingen wordt hier uitgelicht om het voorliggende competentieprofiel in de juiste context te kunnen plaatsen.

De verschillende beroepsverenigingen en opleidingsinstituten kunnen het competentieprofiel als basisdocument gebruiken voor het opstellen van opleidingsprogramma's en het uitwerken van de competenties in gedragsindicatoren toegespitst op de eigen discipline.

De competenties in het profiel zijn zo concreet mogelijk beschreven. Het operationaliseren van de competenties tot gedragscompetenties (voorbeelden van specifieke en observeerbare gedragsvormen ofwel zichtbaar gedrag) is een vervolgstap bij het ontwikkelen van scholingsaanbod op het gebied van zelfmanagement-educatie. Ook het nader toespitsen van de methoden en technieken voor specifieke doelgroepen zoals bijvoorbeeld voor kinderen met diabetes is een volgende stap.

Daarnaast geeft de competentiescan advies welke vorm van scholing het beste past bij de leerbehoefte. Voor opleiders en scholingsaanbieders is het van belang aansluiting te zoeken met het scholingsaanbod bij de in de scan genoemde kenmerken van scholingen (trainingsmodellen). Door zorg te dragen voor herkenbare informatie over het scholingsaanbod zijn zorgverleners in staat te beoordelen of de scholing aansluit bij hun leerbehoefte.

De verschillende beroepsverenigingen wordt geadviseerd het beroepsprofiel van de eigen discipline te toetsen aan de competenties voor zelfmanagement-educatie beschreven in het competentieprofiel.

Als de competenties opgenomen zijn in het beroepsprofiel kunnen de opleidingen hun curriculum daarop aanpassen. Daarnaast is het van belang om zelfmanagement-educatie standaard op te nemen in het scholingsaanbod voor huidige zorgverleners zodat zij de kans krijgen de noodzakelijke omslag naar zelfmanagement-educatie te maken. De aanbeveling is gedaan om in de implementatiefase de toespitsing van de in het profiel opgenomen methoden en technieken voor bepaalde doelgroepen (bv kinderen met diabetes) verder op te pakken. Het scholingsaanbod kan hierbij vervolgens aansluiten.

In hoofdstuk 1 wordt aandacht besteed aan de definiëring van de begrippen zelfmanagement en zelfmanagement-educatie en welke aspecten van belang zijn om positieve effecten van zelfmanagement te realiseren.

In hoofdstuk 2 komen de bij diabetes mellitus horende ziektespecifieke aandachtspunten en beïnvloedende factoren in relatie tot zelfmanagement en zelfmanagement-educatie aan de orde.

In hoofdstuk 3 volgt de uitleg over het CanMedsmodel, het model voor het beschrijven van de competenties. In hoofdstuk 4 volgt het daadwerkelijke competentieprofiel zelfmanagement-educatie.

1. Zelfmanagement en zelfmanagement-educatie

Zelfmanagement vormt een integraal onderdeel van de NDF Zorgstandaard. In het model voor de zorgstandaarden⁶ wordt veel waarde gehecht aan het bevorderen van zelfmanagement en het stimuleren dat patiënten met bijvoorbeeld diabetes zelf de regie voeren over hun eigen ziekte en bestaan. De aandacht voor het bevorderen van zelfmanagement geldt voor alle trajecten bij de zorg aan patiënten met (een verhoogd risico op) diabetes mellitus.

De patiënt is met de juiste zelfmanagementvaardigheden (beter) in staat om de ziekte zo mogelijk te voorkomen, gevolgen van de ziekte te beheersen, de ziekte in te passen in het leven en daarmee de ervaren kwaliteit van leven te verhogen.

Van het multidisciplinaire team van zorgverleners wordt gevraagd om met de zorgverlening nauw aansluiting te zoeken bij de leefwereld en motivatie van de patiënt. Dit interactieve proces tussen patiënt en zorgverlener, waarin de zorgverlener zich richt op het bevorderen en ondersteunen van het zelfmanagement van patiënten met (verhoogd risico op) diabetes, de *zelfmanagement-educatie*, stelt eisen aan de competenties van alle betrokken zorgverleners.

1.1 Definiëring begrippen

Zelfmanagement is een veel besproken onderwerp binnen de diabeteszorg, maar is ook landelijk een belangrijk item. In alle beschikbare rapporten en websites worden verschillende termen en definities gehanteerd. Zo wordt gesproken over:

- zelfmanagement,
- zelfmanagementondersteuning,
- bevordering van zelfmanagement,
- diabetes zelfmanagement-educatie

Een alomvattende definitie van zelfmanagement-educatie ontbreekt.

Binnen dit project zijn de verschillende definities voor de begrippen naast elkaar gelegd en wordt de keuze gemaakt voor een onderscheid in de term 'zelfmanagement' en de term 'zelfmanagement-educatie'. Op basis van de onderliggende literatuur⁷ is er voor gekozen de volgende definities te hanteren.

Definitie Zelfmanagement⁸

Zelfmanagement is het individuele vermogen van personen om waar mogelijk gezondheidsproblemen te voorkomen en in het geval dat gezondheidsproblemen optreden: goed om te gaan met symptomen, de behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties van de (chronische) aandoening en de daarbij behorende aanpassingen in leefstijl. Men is in staat om zelf de eigen gezondheidstoestand te monitoren en de cognitieve, gedragsmatige en emotionele reacties te vertonen die bijdragen aan de voor een persoon in zijn unieke omstandigheden best bereikbare (gezondheids)uitkomsten en een bevredigende kwaliteit van leven.

⁶ Coördinatie Platform Zorgstandaarden (2010), <http://www.zorgstandaarden.nl>

⁷ Zie literatuurlijst AADE; Engels Vilans; Funnel; CBO/LAZ, NDF Educatie Raamwerk, Nivel 2011; NHG-NAD deelproject 3:02; VenVN; Model Zorgstandaard

⁸ Op basis van: NDF Educatie Raamwerk (2010), op basis van Nivel definitie 2011 (Ursum e.a.) en VenVN, definitie 2012 Verpleegkundig beroepsprofiel

Definitie Zelfmanagement-educatie⁹

Zelfmanagement-educatie is het interactief doorlopend proces tussen de zorgverlener (integrale zorg biedend vanuit een multidisciplinair team) en de individuele patiënt (inclusief zijn familie, mantelzorgers of sociale contacten). Dit proces faciliteert de patiënt en ondersteunt hem in het verkrijgen en toepassen van kennis, vaardigheden en vertrouwen hetgeen nodig is voor het zelfmanagement van zijn aandoening. Ook ondersteunt het hem in het zodanig inrichten van zijn leven dat de best mogelijke (gezondheids-)uitkomsten en een bevredigende kwaliteit van leven bereikt worden in de voor hem unieke omstandigheden.

1.2 Zelfmanagement

Om zijn rol als zelfmanager succesvol te vervullen worden eisen gesteld aan de competenties van de patiënt. Deze competenties zijn onder andere: probleemoplossend vermogen, de competenties om beslissingen te kunnen nemen, de weg vinden in de beschikbare hulpbronnen, een partnerschap vormen met de professionals en adequate actie ondernemen.^{10 11 12 13}

Zelfmanagement is niet een door de zorgverleners bedachte opdracht. Zelfmanagement is een empirisch gegeven, onlosmakelijk verbonden met het hebben van een chronische ziekte. Het gaat om de inspanningen die een persoon met een chronische ziekte levert om een zo goed mogelijk compromis te vinden tussen de eisen van de ziekte en de eisen van het leven.¹²

Zelfmanagement legt de nadruk op de activiteiten die de patiënt met diabetes in het dagelijks leven moet ontplooiën om het therapeutische regime te realiseren. De patiënt dient te beschikken over kennis en inzicht in het ziektebeeld, kennis en vaardigheden op medisch-technisch gebied en inzicht in de invloed die het eigen gedrag heeft op de chronische aandoening. Hij is in staat risicofactoren en gezondheidsproblemen te herkennen, de eigen gezondheid te evalueren en te bevorderen (aanpassen leefstijl).

Motivatie van de patiënt en vertrouwen in eigen kunnen (self-efficacy) is een belangrijke voorwaarde voor adequaat zelfmanagement. Het stelt hem in staat om effectief om te gaan met de uitdagingen waarvoor de ziekte hem stelt. Zelfmanagement vraagt van de patiënt de bereidheid om zelf verantwoordelijkheid te nemen en te investeren in de omgang met zijn aandoening en te werken aan een goede gezondheid. Van patiënten worden verwacht dat zij de zorgverlener zo goed mogelijk informeren, meedenken, en meebeslissen over de behandeling, instructies en adviezen opvolgen en leefregels in acht nemen.¹⁴

De patiënt zal op het gebied van zelfmanagement alleen datgene doen wat hij aan kan en waarbij hij zich veilig voelt. Dat betekent dat er in de praktijk verschillende niveaus in zelfmanagement zullen zijn afhankelijk van de fase van de ziekte en de mogelijkheden van de patiënt om zelfmanagement in te zetten.

⁹ Op basis van: Eigenmann (2007) , Funnell (AADA = American Association Diabetes Association) en Zorgstandaarden in model, Coördinatieplatform Zorgstandaarden, Den Haag, febr 2010

¹⁰ Engels, J, Arkesteyn, S, Ondersteun zelfmanagement van chronisch zieken, Vilans, mei 2011

¹¹ Lorig, K.R. & Holman, H.,2003. Selfmanagement education: history, definition, outcomes and mechanisme. *Annals of Behavior Medicine*, 26,p.1-7

¹² Grypdonck, M., De kern van zelfmanagement, Ruimte voor Regie, Kluwer 2013, p. 21-32

¹³ CBO 2014, Zorgmodule Zelfmanagement 1.0.

¹⁴ RVZ, Goed patiëntschap, Meer verantwoordelijkheid voor de patiënt, 2007

1.3 Zelfmanagement-educatie

Zelfmanagement-educatie betekent letterlijk opvoeding of vorming, dat wil zeggen het begeleiden van een persoon in dit geval iemand met (verhoogd risico op) diabetes naar zelfstandigheid en het (kunnen) dragen van eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot zijn aandoening. Educatie is, als stimulering van zelfmanagement, van belang om te komen van professional-managed care naar patient-managed care.¹⁵

Zelfmanagement-educatie vraagt om specifieke inzet en competenties van de zorgverleners. De patiënt wordt in staat gesteld om vanuit gelijkwaardig partnerschap en een gezamenlijke verantwoordelijkheid, zijn zelfmanagement te ontwikkelen en in te zetten.

Centraal staat de mens met een chronische aandoening en diens (goede) leven. De zorgverlener richt zich op het ondersteunen en bevorderen van het vermogen van mensen om het leven voorop te stellen, om zelf besluiten te nemen, uit te voeren en het versterken van het vertrouwen in eigen kunnen. Coachen is hierbij een essentiële en vereiste vaardigheid van zorgverleners. De zorgverlener stelt bij zelfmanagement-educatie de persoonlijke doelen van de patiënt centraal. De zorgverlener heeft de rol van 'skilled companion'.^{16 17} Dit houdt in, dat de zorgverlener de patiënt moet kunnen coachen, feedback geven en instrumenten aanreiken die het leerproces van die patiënt het beste ondersteunen.

De zorgverlener dient over competenties te beschikken die gericht zijn op onder meer de overdracht van kennis en vaardigheden, het helpen van de patiënt om de nodige veranderingen doelgericht aan te pakken en te coachen bij het realiseren van de persoonlijk doelen.¹⁷

Vermogen tot kennisoverdracht stelt de zorgverlener in staat vanuit zijn eigen expertise en wetenschappelijke kennis patiënten te voorzien van de informatie, inzichten en vaardigheden die zij nodig hebben voor hun zelfmanagementactiviteiten. Informatie moet voor de patiënt begrijpelijk en toegankelijk zijn en aansluiten bij de individuele vaardigheden om de informatie tot zich te nemen. Patiëntenversies van richtlijnen en zorgstandaarden kunnen hierin faciliteren.

De zorgverlener wijst de patiënt de weg in de wereld van zorg en welzijn en sluit aan bij de voorkeuren, affiniteiten en leefwereld van de patiënt.

De patiënt dient ook vaardigheden en technieken te hebben om zelf actie te ondernemen. De zorgverlener biedt educatie op het gebied van zelfsturing, het versterken van het zelfvertrouwen en (interventie-)methodieken voor het realiseren van zijn persoonlijke doelen.¹⁸

Nadrukkelijk dient hier ook het sociale netwerk van de patiënt (inclusief mantelzorgers) bij betrokken te worden.

1.4 Organisatie van zorg

De centrale zorgverlener

De zorgverlener is goed bereikbaar en beschikbaar voor de patiënt, de patiënt kan altijd terugvallen op de zorgverlener. In de zorg voor mensen met een chronische aandoening wordt steeds meer gesproken over 'de centrale zorgverlener'. De centrale zorgverlener is één van de zorgverleners rond de patiënt aan wie expliciet taken zijn toegewezen op het gebied van continuïteit (de eerste en direct aanspreekbare zorgverlener) en coördinatie (coördinatie van de professionele zorgverlening).¹⁹

¹⁵ Stan Maes in TNO-rapport: Zelfmanagement als Arbeidsbesparende Innovatie in de Zorg, juni 2010

¹⁶ LAZ, Verkennend onderzoek Zelfmanagement 2010 – Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement, februari 2011.

¹⁷ CBO 2014, Zorgmodule Zelfmanagement

¹⁸ NPCF, Zelfmanagement 2.0, Over zelfmanagement van de patiënt en wat eHealth daaraan kan bijdragen, Utrecht, nov 2009

¹⁹ Uit 'De centrale zorgverlener', Verslag van de invitational conference – okt 2011- Coördinatieplatform Zorgstandaarden

Individueel zorgplan met persoonlijke behandeldoelen

Het individueel zorgplan is een hulpmiddel voor de patiënt om de regie te nemen en zelfmanagement van zijn aandoening op te pakken. Het fungeert als een soort draaiboek voor de patiënt als regisseur over zijn leven inclusief ziekte. Uitgangspunt van het individuele zorgplan is de persoonlijke situatie van de patiënt. In het individuele zorgplan is het zorgaanbod altijd afgestemd op de zorgvraag en gaat uit van de (SMART²⁰ geformuleerde) doelen van de patiënt. Alle zorg komt samen in het zorgplan. Het is van belang dat ongeacht bij welke zorgverlener de patiënt komt, altijd gebruik wordt gemaakt van het individuele zorgplan dat als leidraad dient om de zorg af te stemmen op de persoonlijke situatie van de patiënt.

Beschikbaarheid van interventiemethodieken en digitale infrastructuur:

De patiënt en de zorgverlener dienen beiden de beschikking te hebben over instrumenten en interventies om aan (ondersteuning van) zelfmanagement (zoals verandering van leefstijl) te kunnen doen. Met behulp van een digitale infrastructuur kan uitwisseling tussen patiënt en zorgverlener eenvoudiger plaatsvinden en bijdragen aan het bevorderen van het zelfmanagement van de patiënt. Gedacht kan worden aan een persoonlijk elektronisch gezondheidsdossier, een elektronisch individueel zorgplan, interactieve programma's voor en door patiënten over diabetes, voeding, bewegen, beschikbare leefstijlinterventies en interactieve uitwisseling van ervaringen met lotgenoten.

²⁰ SMART: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden

2. Diabetes mellitus en zelfmanagement

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan diabetes mellitus in relatie tot zelfmanagement en zelfmanagement-educatie waarbij verschillende ziektespecifieke aandachtspunten en beïnvloedende factoren aan de orde komen.

De problemen die diabeteszorgverleners bij patiënten met (verhoogd risico op) diabetes tegen komen, betreffen vier gebieden van het menselijk functioneren: het lichamelijke, het psychische, het functionele en het sociale gebied.

Diversiteit binnen de doelgroep

De groep mensen met diabetes is divers samengesteld, diabetespatiënten zijn niet allemaal hetzelfde qua leeftijd, sociaal/culturele achtergrond, gezondheidsvaardigheden en behoeften en ziektebeloop. Verschillen in zorgbehoeften tussen bevolkingsgroepen zijn van groot belang voor zorgaanbieders. Het grote aantal mensen met diabetes van allochtone afkomst vraagt om meer kennis en kunde op het gebied van specifieke zorgbehoeften gerelateerd aan multiculturaliteit. De zorgverlener dient in te spelen op deze multiculturaliteit door het inzetten van bijvoorbeeld hulpmiddelen om de kwaliteit van de communicatie in de zorg te waarborgen.

Er zijn grote verschillen in zorgbehoeften tussen mensen uit een hoge en lage sociaal-economische situatie (sociaal-economische status-SES). Er is een verband tussen opleidingsniveau en het ontwikkelen van diabetes (diabetes komt twee maal zo vaak voor bij laag opgeleiden als bij hoog opgeleiden).²¹ Kennis en kunde van de patiënt spelen ook een belangrijke rol bij het zelfstandig onder controle houden van de ziekte en bij zelfmanagement.

Diabetes in het dagelijks leven

Diabetes onderscheidt zich van veel andere chronische aandoeningen door de relatieve zwaarte van de zelfmanagementvereisten²² en zelfmanagementactiviteiten om de diabetes in het dagelijks leven in goede banen te leiden.

Bij een grote groep mensen met insulineafhankelijke diabetes is zelfregulatie van belang: zelf bloedglucoses controleren, insuline toedienen en zo nodig de dosering van de insuline, voeding en/of beweging zelf aanpassen. Hierbij moet rekening worden gehouden met schommelingen in bloedglucosewaarden, soort en hoeveelheid voeding, met inspanning en stress.

Zelfregulatie is onmisbaar om een goede bloedglucoseregulatie te bereiken. Het is een verplichte dagelijkse handeling die ervaring en discipline vereist.

Het grootste deel van deze zorg vindt plaats in de thuissituatie, wat betekent dat de patiënt voor het grootste deel van de tijd zelf zijn ziekte moet zien te managen. Hoewel zelfregulatie zoals hierboven beschreven niet van toepassing is voor mensen met type 2 diabetes en orale medicatie, is ook voor hen het zelfmanagen van een gezonde leefstijl essentieel.

Zelfmanagement-educatie in verschillende fasen van de ziekte

Diabetes doet steeds weer een beroep op het zelfregulerend vermogen van de patiënt en wordt om die reden wel beschouwd als een van de meest psychisch belastende chronische ziekten.²³

Problemen met het omgaan met de ziekte kunnen in alle fasen van het ziekteproces optreden, maar zijn vooral te verwachten in de periode kort na de diagnose en bij de (dreigende) confrontatie met een chronische complicatie van de diabetes.

In de praktijk kan een grote variatie worden waargenomen in de wijze waarop patiënten reageren op de confrontatie met diabetes en de eisen die de behandeling aan hen stelt. In de eerste periode na de

²¹ Hoeymans, N, Gezondheid en determinanten, Deelrapport van de VTV 2010 Van Gezond naar beter, RIVM, Bilthoven, 2010

²² NVAB, Richtlijnmodule Diabetes en arbeid, sept 2011, blz 45

²³ Snoek, Prof. Dr. F.J. De inzet van de medisch psycholoog bij de behandeling van diabetes mellitus, nov 2004, blz 19

diagnose zal de focus van de zorgverlener gericht zijn op emotionele stabilisatie. Daarna breekt een periode aan waarin zelfmanagement-educatie centraal staat.

Naast het geven van voorlichting en het aanleren van kennis en vaardigheden, informeert de zorgverlener de patiënt zo goed mogelijk en motiveert hij de patiënt bij het inpassen van de diabetes in het dagelijks leven. Zelfmanagement vraagt om een gedragsverandering van de patiënt, waarbij deze steeds meer zelf een leidende rol krijgt bij het reguleren van de eigen diabetes en het voorkomen van complicaties.

Een belangrijke vraag die zich voordoet betreft de geschiktheid van een diabetespatiënt om zelf te managen. Zelfmanagement veronderstelt de aanwezigheid van inzicht, motivatie en vaardigheden die niet iedereen is gegeven. De zorgverlener dient rekening te houden met patiënten die de regierol kunnen en willen oppakken en diegenen die dit niet kunnen of niet willen.

Wat betreft aanwezigheid van motivatie kan er bijvoorbeeld een verschil bestaan tussen patiënten met een hoog risico op het krijgen van diabetes en patiënten met de diagnose diabetes. Het ervaren van de gevolgen van het hebben van een ziekte als diabetes kan een extra (intrinsieke) motivatie zijn om op een verantwoorde manier met deze ziekte om te gaan. Patiënten met een hoog risico op diabetes hebben (nog) geen ziekte. Van een zorgverlener worden mogelijk meer motivatie- en coachingsvaardigheden verwacht dan bij patiënten met diabetes.²⁴

Mensen met complexe zelfmanagementtaken (mensen met multimorbiditeit, kwetsbare ouderen of mensen met meervoudige beperkingen) hebben meer of aanvullende vaardigheden nodig om zelfmanagement toe te passen. Dit geldt ook voor mensen die over weinig hulpbronnen (bijvoorbeeld gezondheidsvaardigheden, taalbeheersing, financiële middelen, sociale contacten) beschikken. Bovendien zijn er mensen die niet gemotiveerd zijn om zelf verantwoordelijkheid voor hun gezondheid te nemen, bijvoorbeeld omdat ze zich onvoldoende bewust zijn van de gezondheidsrisico's die ze nemen of door andere persoonlijke problemen of belemmerende omstandigheden. De aard en complexiteit van zelfmanagement bij mensen met diabetes verschilt, afhankelijk van persoonlijke kenmerken, ziekte-gerelateerde en sociale factoren.²⁵

Zelfmanagement-educatie bij comorbiditeit

Diabetes komt vaak voor in combinatie met hart- en vaatziekten (comorbiditeit). Naast hart- en vaatziekten vormen oogaandoeningen, voetpathologie en nierproblemen de belangrijkste complicaties voor mensen met diabetes. Mensen met co- en multimorbiditeit (meer dan één chronische aandoening) hebben meestal met verschillende zorgverleners te maken. Co- en multimorbiditeit vragen om bijzondere aandacht wanneer het gaat om zelfmanagement-educatie door zorgverleners. Van belang is de onderlinge afstemming tussen de verschillende disciplines en de patiëntgerichte zorg waarbij rekening wordt gehouden met deze meerdere gelijktijdig voorkomende ziekten.

Een ander belangrijk aandachtspunt bij zelfmanagement en diabetes is het voorkomen van depressieve klachten. Mensen met diabetes hebben twee keer zo veel kans op het krijgen van depressieve klachten.²⁶ Mensen met diabetes en depressieve klachten lopen een groter risico op complicaties van diabetes zoals hart- en vaatziekten, nier- en oogziekten. Aangevoerd is dat er een relatie bestaat tussen depressieve klachten en verminderd zelfmanagement.²⁷ De zorgverlener dient alert te zijn op signalen van depressieve klachten en hierbij een passende behandeling of verwijzing adviseren opdat op adequate wijze omgegaan kan worden met diabetes en depressieve klachten.

²⁴ Zelfmanagementeducatie bij hoog risicogroepen voor hart- en vaatziekten of diabetes, NHG/NAD 2011

²⁵ Kaiser Permanente piramide, Nivel. Zorg voor chronisch zieken. Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie. 2011

²⁶ NDF werkgroep Diabetes en depressie (november, 2013). Richtlijn Signalering en monitoring van depressieve klachten bij mensen met diabetes.

²⁷ Meeteren-Schram MT van, CA Baan, Diabetes en depressie, een zorgelijk samenspel. RIVM, Bilthoven 2007

3. Competenties en het CanMEDSmodel

Het diabetesteam en de individuele zorgverleners dienen over bepaalde competenties te beschikken om gezamenlijk kwalitatief goede diabetes zelfmanagement-educatie te kunnen bieden.

Onder een competentie wordt verstaan: 'het getoonde vermogen van de zorgverlener om een gedragsrepertoire uit te voeren dat nodig is om in een beroepspraktijk adequaat te functioneren'.²⁸

Ofwel: een 'geïntegreerd geheel van kennis, inzicht, vaardigheden, attitudes en persoonlijke eigenschappen waarmee op adequate wijze resultaten kunnen worden behaald in een beroepssituatie, een leersituatie of een maatschappelijke situatie'.²⁹

Het begrip competentie wordt in het beroepsveld en de literatuur op verschillende manieren gedefinieerd en geïnterpreteerd. De Onderwijsraad constateerde in 2002 dat een eenduidige definitie van het begrip 'competentie' niet te geven is.^{30 31} Zij komen tot een zestal kenmerken van het begrip waarvan een belangrijk kenmerk is het integratieve karakter.³²

Dit kenmerk komt ook naar voren in de omschrijving van Spencer en Spencer.³³ Zij demonstreren hun competentiebeprijng aan de hand van een ijsbergmodel. Onder het feitelijke gedrag in de beroepssituatie liggen verschillende lagen van een competentie. De zichtbare lagen zijn kennis en vaardigheden, die redelijk goed te meten zijn in gedrag. Onzichtbaar, en veel moeilijker meetbaar, zijn de dieper liggende aspecten als zelfconcept, attitudes, waarden, persoonlijkheidstrekken en motieven. De houding van waaruit de professionals werken kan als het ware gezien worden als het deel van de ijsberg dat onder water ligt is.

Het integratieve karakter van competenties is belangrijk om in het achterhoofd te houden bij het lezen van het competentieprofiel. De competenties in de verschillende competentiegebieden zijn beschreven in samenhang met elkaar en vormen een geïntegreerd geheel. Ze zijn in combinatie met elkaar van belang om zelfmanagement-educatie in de praktijk van de diabeteszorg vorm te kunnen geven.

Model indeling competentiegebieden

Zowel binnen de beroepsverenigingen als binnen de opleidingen in de gezondheidszorg (medische, paramedische en zorgopleidingen) maakt men steeds meer gebruik van het zogenaamde CanMEDS model, een model gebaseerd op de systematiek van de CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists³⁴). Met behulp van het model worden de vereiste competenties voor de zorgverlener ingedeeld in een zevental competentiegebieden. Door gebruik te maken van dit model, wordt het vergelijken van competenties tussen verschillende beroepsgroepen mogelijk. Tevens wordt het mogelijk om taken, rollen en bevoegdheden binnen een competentiegebied goed te kunnen vaststellen. Steeds meer beroepsverenigingen en opleidingen maken gebruik van de CanMEDS indeling (zie o.a. beroepsdeelprofiel Diabetesverpleegkundige van de EADV (2011); beroepsprofielen verpleegkundige van VenVN (2012), Opleidingsplan NIV, KNMG).

28 LEVV, NIVEL (2006). Competentieprofiel diabetesverpleegkundige nieuwe stijl, Utrecht: 2006,

29 Definitie Thesaurus Zorg en Welzijn <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/competenties.htm>

30 Van Meriënboer JGG, van der Klink MR, Hendriks M. Competenties: van complicaties tot compromis. Over schuifjes en begrenzers (2002). een studie in opdracht van de Onderwijsraad. Den Haag.

31 Iestra, J., Remijnse, W., Competentiemanagement: een meerwaarde voor de diëtist? Ned Tijdschrift voor Voeding & diëtetiek, 2010; 65 blz 20-22

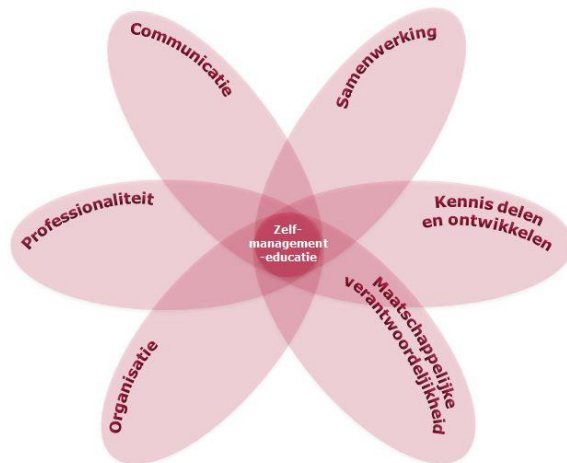
32 Als resultaat van een begripsanalytische studie komt de Onderwijsraad tot zes kenmerken van het begrip, waarvan het belang per situatie kan verschillen. Competenties zijn: Integratief (bestaan uit een ondeelbaar cluster van vaardigheden, kennis, attitudes en inzichten), Handelingsgericht (verbonden met activiteiten en taken), Specifiek (relatief contextgebonden, maar ook vertaalbaar naar vergelijkbare situaties), Leerbaar (kunnen verworven worden door leren en ontwikkelen), Onderling afhankelijk (staan in een bepaalde relatie tot elkaar), Duurzaam (redelijk constante beroepsvereisten in de tijd, door verandering in de praktijk kan van de beroepsbeoefenaar ander gedrag gevraagd worden, maar de achterliggende competentie blijft tamelijk constant.)

33 Spencer, L.M. Jr. & Spencer, S.M. (1993). Competence at work: Models for superior performance. New York: Wiley

34 The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada -2005-

<http://medical-imaging.utoronto.ca/Assets/Medical+Imaging+Digital+Assets/resident/manual/canmeds/summary.pdf>

Voor het beschrijven van de competenties op het gebied van diabetes zelfmanagement-educatie wordt gebruik gemaakt van de CanMEDS ordening in zeven competentiegebieden, zie figuur 1.



Figuur 1

In het CanMeds-model worden zeven competentiegebieden of rollen beschreven. De kern van de bloem kan gezien worden als de kern van zelfmanagement-educatie. De zes andere competentiegebieden maken onderdeel uit van deze 'bloem'. De kern van de 'bloem' kan niet bestaan zonder deze zes omringende bladen met hun gespecificeerde competenties. De rollen overlappen elkaar waarbij de rol van 'zelfmanagement-educator' de centrale integrerende rol vertegenwoordigt. Om zelfmanagement-educatie in de praktijk goed vorm te kunnen geven, is het noodzakelijk, dat binnen het diabetes team alle competenties die in de blaadjes van de bloem benoemd zijn, beheerst worden. Afhankelijk van de beroepssituatie of welke discipline binnen de diabeteszorg het betreft, wordt een competentie meer of minder beheerst of ingezet.

4. Competentieprofiel Zelfmanagement-educatie bij diabetes

De competentiegebieden zijn in dit rapport als volgt uitgewerkt:

1	Zelfmanagement-educatie	de zorgverlener als zelfmanagement-educator
2	Communicatie	de zorgverlener als communicator
3	Samenwerking	de zorgverlener als samenwerkingspartner en coach
4	Kennis delen en ontwikkelen	de zorgverlener als professional die kennis deelt met de patiënt en handelt naar de laatste stand van de wetenschap
5	Maatschappelijke verantwoordelijkheid	de zorgverlener als gezondheidsbevorderaar
6	Organisatie	de zorgverlener als organisator
7	Professionaliteit en kwaliteit	de zorgverlener als reflectieve professional en kwaliteitsbevorderaar

Leeswijzer voor het competentieprofiel

- De competenties zijn functioneel beschreven, wat wil zeggen dat er beschreven staat welke competenties op gebied van zelfmanagement-educatie aanwezig dienen te zijn binnen het multidisciplinaire diabetesteam. Er wordt geen onderscheid gemaakt naar bepaalde disciplines;
- Het profiel is te gebruiken voor het diabetesteam, maar kan ook door de individuele zorgverlener gebruikt worden om zicht te krijgen welke competenties nodig zijn voor zelfmanagement-educatie;
- Elk competentiegebied start met een korte algemene omschrijving. In de linker kolom zijn de competenties beschreven. In de rechter kolom zijn voorbeelden opgenomen van methoden, technieken en beschikbaar materiaal of is een korte toelichting gegeven. Hiermee kan de zorgverlener de competentie op de juiste wijze interpreteren, zich een voorstelling maken van de competentie en hij heeft de mogelijkheid zich verder te verdiepen in de materie;
- De vermelde voorbeelden zijn niet uitputtend en zijn gebaseerd op de voor dit moment beschikbare voorbeelden en ervaringen binnen het gehele ontwikkelingsgebied van het zelfmanagement (juni 2014);
- Er wordt geen keuze of voorkeursvolgorde aangegeven. In de digitale competentiescan zijn de voorbeelden eenvoudig te raadplegen d.m.v. doorklikmogelijkheden naar de betreffende websites;
- Competenties moeten gelezen worden vanuit het specifieke competentiegebied (rol), dat het kader vormt voor de competentie. Op elkaar lijkende competenties komen soms in verschillende competentiegebieden voor. In dat geval zijn die competenties van belang om te benoemen in het kader van dát betreffende competentiegebied. Het weglaten van een competentie zou de betreffende rol tekort doen.

4.1 Competentiegebied Zelfmanagement-educatie

Zelfmanagement-educatie bij mensen met (verhoogd risico op) diabetes maakt integraal deel uit van de zorg. In de zorgpraktijk is het een continu en herkenbaar onderdeel van de diabeteszorg. De diabeteszorgverlener is (waar mogelijk) gericht op het versterken van het zelfmanagement van patiënt in zijn sociale context.

De zorgverlener kijkt naar behoefte en mogelijkheden van de patiënt en de directe naasten. Hij beschikt over de kennis en vaardigheden om de patiënt met diabetes te inspireren tot gezonde leefstijlveranderingen.

De zorgverlener ondersteunt de patiënt met (verhoogd risico op) diabetes bij het managen van de zeven gedragingen die de gezondheidsuitkomsten bepalen. Het gaat hierbij onder andere om (1) gezond eten, (2) lichamelijk actief zijn, (3) monitoren van de bloedglucoseregulatie, (4) medicijnen gebruiken, (5) problemen oplossen, (6) gezonde 'coping' en (7) het reduceren van risico's. De zorgverlener sluit daarbij aan bij de intrinsieke motivatie van de mens met (verhoogd risico op) diabetes mellitus en handelt volgens actueel geldende en landelijke geaccepteerde richtlijnen en standaarden.

Competenties		Methoden en technieken / toelichting
<i>Het diabetesteam en/of de diabetes zorgverlener:</i>		<i>Voorbeelden:</i>
1)	heeft een visie op zelfmanagement en zelfmanagement-educatie.	
2)	heeft kennis van verschillende theoretische modellen en strategieën op het gebied van zelfmanagement(educatie)- en de ontwikkelingen die in dit gedachtegoed optreden.	<ul style="list-style-type: none"> - Chronic Care model^{1, 2} - Piramide Chronische Zorg³ - Guided Care bij multimorbiditeit⁴ - Drie fasen-model Zelfmanagement CBO/LAZ⁵ - 'Vijf A model' als onderdeel van drie fasen model Zelfmanagement, vertaling van het Five A's model of Self-management Support⁶ - Gedeelde besluitvorming / Shared decision making^{7 8/} De participerende patiënt⁹ - Health counseling¹⁰ - Motivational Interviewing / motiverende gespreksvoering¹¹ - Integrated Model for Change: een samenvoeging van o.a. het ASE-model en het Stages of Change model (De Vries et al., 2003; Prochaska en DiClemente (1983)¹²
3)	a. zet in het zorgproces gevalideerde meet- en diagnostische instrumenten in om samen met de patiënt op individueel niveau vaardigheden, kennis en behoeften op het gebied van gezondheid, diabetes mellitus, emotioneel en sociaal functioneren en zelfmanagement in kaart te brengen.	<ul style="list-style-type: none"> - Gezondheidsprofiel: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)¹³ - Vragenlijst 'Samenwerken aan gezondheid (PIH-NL) (CBO/LAZ)¹⁴ - Vragenlijst 'Zorgconsument en zelfmanagement (CBO/Motivaction)¹⁵ - Self-Management Support (SMS): het opsporen van psychosociale problemen en het bieden van door de patiënt gewenste individuele zelfmanagement-ondersteuning¹⁶
	b. interpreteert de instrumenten op de juiste wijze (volgens het protocol van het instrument).	<ul style="list-style-type: none"> - Door NDF/NAD geadviseerde signaleringsmethodes c.q. instrumenten voor depressieve klachten met bewezen geschiktheid voor mensen met type 1 of type 2 diabetes. (WHO-5; CES-D; PHQ-9;) in combinatie met de Problem Areas In Diabetes vragenlijst (PAID).¹⁷ - Summary of diabetes selfcare activities¹⁸ - Vertrouwen in Diabetes Zelfzorg vragenlijst (VDS-CIDS)¹⁹ - Diabetes empowerment schaal²⁰ - Diabetes self-efficacy schaal²¹

Competenties		Methoden en technieken / toelichting
Het diabetesteam en/of de diabetes zorgverlener:		Voorbeelden:
		<ul style="list-style-type: none"> - Het meten van pro-actieve copingvaardigheden: Utrechtse Proactieve Coping Competentie lijst (UPCC)²² - Patient Activation Measure (PAM13)²³ - SeMaS-profiel²⁴
4)	definieert met behulp van geschikte meetinstrumenten het profiel van de patiënt om het niveau van zelfmanagement te bepalen.	<p><u>1. Vanuit CBO/ LAZ²⁵</u> B.v. op basis van de vragenlijst 'Zorgconsument en zelfmanagement' drie patiëntenprofielen²⁶ die als het gaat om zorgbeleving onderscheidend zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profiel A: de minder zelfredzame zorgvrager; - Profiel B: de pragmatische zorgvrager; - Profiel C: de maatschappijkritische zorgvrager. <p><u>2. Vanuit DVN²⁷</u> Bv onderscheiden van vier typen patiënten die als het gaat om het vermogen om de regie te voeren over zijn eigen situatie, onderscheidend zijn: piloot, co-piloot, stewardess en passagier.</p> <p><u>3. Vanuit de Alliantie Gezondheidsvaardigheden^{28, 29}</u> Tips op het gebied van gezondheidsvaardigheden^{28, 29} (gezondheidsvaardigheden zijn vaardigheden om informatie over gezondheid te kunnen lezen, begrijpen en toepassen).</p> <p><u>4. Vanuit Actieprogramma: Op eigen benen³⁰</u> Q-profielen: Het instrument bestaat uit beschrijvingen van vier profielen jongeren met een diabetes mellitus type I. Elk profiel vertegenwoordigt een bepaalde kijk op wat jongeren kunnen en willen in hun zorg en zelfmanagement.</p>
5)	a. kent de psychosociale problematiek bij diabetes in de verschillende levensfasen van de mens.	<p>Bijvoorbeeld DM bij kinderen, adolescenten, ouderen of zwangere diabetespatiënten³¹, patiënten die lijden aan multimorbiditeit en/of comorbiditeit, psychosociale problematiek na life events, doorgemaakte depressie of bij depressieve klachten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes "weet & doe" doelen voor kinderen in verschillende leeftijdsgroepen, Expertisegroep Kinder Diabetesverpleegkundigen³²
	b. past zijn (opgedane) kennis op gebied van motivatietheorieën en copingtheorieën toe in zijn contacten met de patiënt met diabetes en zijn naasten.	
6)	onderbouwt op basis van beschikbare richtlijnen DM de eigen zorgverlening en beoordeelt deze richtlijnen kritisch op uitvoerbaarheid met het oog op zelfmanagement van de patiënt (professioneel perspectief versus perspectief van de patiënt).	<p>Toelichting: Vinden van een evenwicht tussen wat professioneel wenselijk is en welk zelfmanagementniveau vanuit perspectief van de patiënt wenselijk, haalbaar en realistisch is).</p>

Competenties		Methoden en technieken / toelichting
<i>Het diabetesteam en/of de diabetes zorgverlener:</i>		<i>Voorbeelden:</i>
7)	a. kent het aanbod op het gebied van leefstijlinterventies en programma's Diabetes Zelfmanagement.	<ul style="list-style-type: none"> – Leefstijl-interventieoverzicht Diabetes van het RIVM Centrum Gezond Leven³³. Het overzicht laat positief beoordeelde interventies zien voor het verbeteren van de leefstijl bij hoogrisicogroepen en diabetespatiënten. – Overzicht van de zelfmanagement-interventies c.q. tools die het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (LAZ) in kaart heeft gebracht³⁴. – Beyond Good Intentions (2008), (Cursus 'Geen woorden maar daden', gebaseerd op theorie Proactive coping, Aspinwall & Taylor (1997)³⁵
	b. neemt adequaat beslissingen over het effectief inzetten van interventies voor zelfmanagement (groepsgerelateerd en individueel).	

4.2 Competentiegebied Communicatie

Dit competentiegebied omvat alle verbale, non-verbale en schriftelijke communicatie tussen een zorgverlener en de patiënt met diabetes tijdens bijvoorbeeld een (telefonisch) consult, visite of e-mailcontact. Technologische mogelijkheden maken het de zorgverlener mogelijk om niet alleen face-to-face, maar ook op afstand te communiceren met patiënten (o.a. E-Health).

De kern van het competentiegebied communicatie is het initiëren en onderhouden van een constructieve dialoog met de patiënt of diens vertegenwoordiger indien de patiënt hier niet (meer) toe in staat is. Deze is langdurig, omdat de patiënt levenslang zorg en behandeling behoeft. Het omvat het gehele zorgcontinuüm, van de fase waarin de educatie gericht is op gezondheidsbevordering tot educatie aan mensen die zich in de laatste levensfase bevinden. Het betreft effectief overdragen van kennis en vaardigheden ter bevordering van het zelfmanagement van de patiënt.

De zorgverlener stelt bij zelfmanagement- educatie de persoonlijke doelen van de patiënt centraal. De zorgverlener heeft de rol van 'skilled companion'.^{35 36} Dit houdt in, dat de zorgverlener de patiënt moet kunnen coachen, feedback geven en instrumenten aanreiken die het leerproces van die patiënt het beste ondersteunen.

Competenties		Methoden en technieken / toelichting
<i>Het diabetesteam en/of de diabetes zorgverlener:</i>		<i>Voorbeelden:</i>
1)	past de voorwaardelijke gespreksvaardigheden toe om de hulpvraag te exploreren en verkrijgt doelmatig relevante informatie van de patiënt met diabetes.	door actief luisteren, vragen stellen, samenvatten, parafraseren, spiegelen en gevoelsreflexies geven.
2)	a. beheerst individugerichte en groepsgerichte voorlichtings-, gespreks- en begeleidingsmethoden.	<ul style="list-style-type: none"> - Coachingstechnieken - Motivational Interviewing / motiverende gespreksvoering - Minimale interventie Strategie - Socratisch motiveren - Five A's model of Self-management Support³⁶ NL versie: 5A= <i>Achterhalen, adviseren, afspreken, assisteren en arrangeren (LAZ)</i>³⁷ - De Stappenreeks 'Doen en Blijven Doen'³⁸ - Beyond Good Intentions, (cursus 'Geen woorden maar daden', gebaseerd op theorie Proactive coping, Aspinwall & Taylor (1997)³⁹ - Een proactief vijf stappenplan⁴⁰ - PRISMA: PRo-actieve Interdisciplinaire Self Management educatie⁴¹ - Gemeenschappelijk Medisch consult⁴²
	b. helpt de patiënt zijn motieven en belemmeringen tot leefstijlveranderingen te verduidelijken	
	c. biedt ondersteuning bij het realiseren en onderhouden van die veranderingen.	

³⁵ LAZ, Verkennend onderzoek Zelfmanagement 2010 – Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement, februari 2011.

³⁶ 2014 CBO, Zorgmodule Zelfmanagement 1.0

Competenties		Methoden en technieken / toelichting
Het diabetesteam en/of de diabetes zorgverlener:		Voorbeelden:
3)	maakt keuzes in 'sturen', 'coachen' en 'faciliteren' van de patiënt aansluitend bij het 'profiel' van de patiënt ter ondersteuning van zijn zelfmanagement.	<p><u>1. Vanuit CBO/LAZ⁴³</u> B.v. op basis van de vragenlijst 'Zorgconsument en zelfmanagement' drie patiëntenprofielen⁴⁴ die als het gaat om zorgbeleving onderscheidend zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profiel A: de minder zelfredzame zorgvrager; - Profiel B: de pragmatische zorgvrager; - Profiel C: de maatschappijkritische zorgvrager. <p><u>2. Vanuit DVN⁴⁵</u> Bv onderscheiden van vier typen patiënten die als het gaat om het vermogen om de regie te voeren over zijn eigen situatie, onderscheidend zijn: piloot, co-piloot, stewardess en passagier.</p> <p><u>3. Vanuit Actieprogramma: Op eigen benen⁴⁶</u> Q-profielen: Het instrument bestaat uit beschrijvingen van vier profielen jongeren met een diabetes mellitus type I. Elk profiel vertegenwoordigt een bepaalde kijk op wat jongeren kunnen en willen in hun zorg en zelfmanagement.</p>
4)	a. informeert de patiënt met diabetes, familie en zijn naasten,	
	b. adviseert,	
	c. instrueert,	
	d. geeft feedback betreffende zelfmanagement.	
5)	houdt rekening met de ethische, culturele en sociale achtergrond van de patiënt en de kennis, vaardigheden, attitude, psychische factoren en leerstijl evenals de fysieke en emotionele belasting van deze persoon.	<ul style="list-style-type: none"> - NIGZ/CBO: Toolkit op het gebied van gezondheidsvaardigheden^{47, 48} - LHV: Toolkit laaggeletterdheid⁴⁹ - GGD Nederland: handreiking voor de aanpak van laaggeletterdheid⁵⁰
6)	gaat effectief om met verscheidene emotionele uitingvormen van de patiënt met diabetes en zijn naasten.	
7)	a. signaleert bij de patiënt barrières die het proces van zelfmanagement belemmeren.	
	b. maakt deze bespreekbaar.	
	c. past de zelfmanagement-educatie hierop aan.	
8)	a. maakt doelgericht en doeltreffend gebruik van E-health en (toepassingen van) informatie- en communicatietechnologie (ICT) om de zorgvrager in zijn zelfmanagement te ondersteunen.	<p>Toelichting:</p> <ul style="list-style-type: none"> - E-Health- informatie- en communicatietechnologie (ICT) ter ondersteuning of verbetering van de gezondheid⁵¹ zoals: <ul style="list-style-type: none"> o elektronische patiëntendossiers, o digitale/ online individuele zorgplannen, o informatiewebsites, o digitale leeromgeving voor diabetespatiënten, o interactieve digitale educatieprogramma's zoals bv DIEP⁵², o telemonitoring, o sociale media. - Diabeteskenniswijzer (NAD project 2.03)⁵³
	b. is op de hoogte van de mogelijkheden en de grenzen in het gebruik van E-health en sociale media in en voor het zorgproces van de patiënt.	

4.3 Competentiegebied Samenwerking

Dit competentiegebied omvat alle interpersoonlijke contacten zowel met de patiënt, als partner in het zorgproces, als met de zorgverleners binnen een multidisciplinair diabetesteam, patiëntenverenigingen (peer-educators). In het geval van voorkomende comorbiditeit is er samenwerking met disciplines buiten de diabeteszorg. Daarnaast zijn er contacten met uiteenlopende samenwerkingspartners over de grenzen van de gezondheidszorgorganisaties heen, gericht op de leefwereld van de patiënt en diens omgeving. Het gaat hierbij om werkgevers van patiënten, welzijnsinstellingen, wijkcentra, lokale leefstijlaanbieders en andere organisaties buiten de gezondheidszorg.

In het zorgproces is het uitgangspunt dat de patiënt met diabetes en de zorgverlener gelijkwaardige partners zijn, die een samenwerkingsrelatie aangaan en onderhouden. Om zelfmanagement te stimuleren wordt van de zorgverlener een coachende rol gevraagd. In de praktijk zal daarnaast aandacht nodig zijn voor een extra-dimensie, namelijk die van co-creatie, waarbij de zorgverlener als gelijkwaardige partner samen met de patiënt naar oplossingen zoekt voor de ervaren problemen³⁷. De zorgverlener kan adequaat omgaan met diverse doelgroepen ongeacht levensfase, sociale en economische status, opleiding, ethische achtergrond, cultuur, seksuele geaardheid en levensovertuiging en ongeacht de aard, de prognose en het stadium van hun gezondheidsprobleem.

Zorgverlener en patiënt zoeken gezamenlijk naar de balans tussen enerzijds de eisen die de aandoening DM stelt (belasting) en anderzijds de hoeveelheid eigen regie en verantwoordelijkheid die de patiënt wil en kan nemen (belastbaarheid). Het vinden van deze balans is een continue en dynamisch proces dat moet leiden tot een optimale kwaliteit van leven.

Samen met de patiënt zoekt de zorgverlener naar voorzieningen die passen bij de voorkeur, affiniteit en leefwereld van de patiënt. De zorgverlener ziet de patiënt als medebehandelaar en maakt gebruik van de ervaringskennis van de patiënt.

³⁷ CBO, Ruimte voor Regie, 2013

Competenties		Methoden en technieken / toelichting
<i>Het diabetesteam en/of de diabetes zorgverlener:</i>		<i>Voorbeelden:</i>
1)	onderzoekt samen met de patiënt met diabetes welke mogelijkheden hij wil en kan aanpakken in het omgaan en leven met diabetes, welke kennis en vaardigheden daarvoor nodig zijn en hoe deze geleerd en behouden kunnen worden.	<ul style="list-style-type: none"> - Drie fasen-model Zelfmanagement CBO/LAZ)⁵⁴ - 'Vijf A model als onderdeel van drie fasen model Zelfmanagement, vertaling van het Five A's model of Self-management Support'⁵⁵
2)	faciliteert en handelt naar shared decision making (SDM of gedeelde besluitvorming) en/of de 'informed decision making' door de patiënt met diabetes.	<ul style="list-style-type: none"> - Keuzehulpen⁵⁶ (= decision aids) helpen mensen kiezen bij meerdere behandelopties voor een ziekte, klacht of aandoening. Ze zijn er in verscheidene vormen. Deze informatiebronnen bereiden patiënten voor op het nemen van een beslissing passend bij hun wensen en voorkeuren⁵⁷. - Model: Choice talk, option talk, decision talk^{58 59 60}
3)	a. stelt samen met de patiënt een individueel zorgplan op, door gebruik te maken van duidelijk geformuleerde en meetbare persoonlijke doelen die door alle betrokken disciplines als uitgangspunt genomen worden.	<ul style="list-style-type: none"> - Individueel Zorgplan Diabetes (IZP DM) –2012⁶¹
	b. begeleidt en ondersteunt de patiënt bij het uitvoeren daarvan.	
	c. evalueert met de patiënt de in het individueel zorgplan gemaakte afspraken.	
4)	maakt afspraken met de andere betrokken zorgverleners en de patiënt over de verwachte verantwoordelijkheden en hoe deze onderling verdeeld worden (therapeutische alliantie).	
5)	a. kent de input van de verschillende disciplines in de zorgketen.	Toelichting: Het betreft hier inhoudelijke afstemming tussen de verschillende betrokken disciplines bij de diabeteszorg én betrokken disciplines in het geval van comorbiditeit.
	b. voert periodiek multidisciplinair overleg.	
	c. stemt de zelfmanagement-educatie inhoudelijk hierop af waardoor de continuïteit van zorg gegarandeerd wordt.	
6)	a. herkent wanneer de problematiek de eigen competentie/expertise overschrijdt.	
	b. verwijst indien nodig naar instanties en andere zorgverleners.	
7)	werkt samen met aanbieders van leefstijlinterventies en de Diabetesvereniging.	

4.4 Competentiegebied Kennis delen en Ontwikkelen

Dit competentiegebied omvat het verwerven, toepassen en overdragen aan patiënten én zorgverleners van wetenschappelijke kennis (evidence based) en van gemeenschappelijke en gesystematiseerde ervaringskennis (practise based) rondom zelfmanagement. Met betrekking tot het overdragen van kennis aan de patiënt heeft het tot doel dat de patiënt zo optimaal mogelijk is toegerust om zijn rol als zelfmanager succesvol te vervullen.

De zorgverlener streeft naar het toepassen van instrumenten en interventies waarvan de doeltreffendheid en doelmatigheid aannemelijk zijn. De zorgverlener heeft aandacht voor de ervaringskennis van de patiënt en benut deze voor het best mogelijke zorgresultaat. De zorgverlener volgt de ontwikkelingen op het gebied van zelfmanagement en werkt permanent aan de ontwikkeling van zijn deskundigheid op het gebied van zelfmanagement-educatie.

Competenties		Methoden en technieken / toelichting
<i>Het diabetesteam en/of de diabetes zorgverlener:</i>		<i>Voorbeelden:</i>
1)	beschikt over methodieken om de patiënt met verhoogd risico op diabetes zodanig te informeren dat hij/ inzicht krijgt in zijn eigen risicofactoren.	Effectieve risicocommunicatie ⁶² Toelichting: Onder effectieve risicocommunicatie wordt verstaan: het zodanig communiceren van risico-informatie over gezondheid opdat de ontvanger deze begrijpt en kan gebruiken bij beslissingen over gezondheid zoals de beslissing voor verder lichamelijk onderzoek, medicatie en/of aanpassing van leefstijl.
2)	leert de patiënt met diabetes ziektesymptomen en symptomen van complicaties van diabetes, zowel acute als lange termijn, te herkennen op lichamelijk, psychisch en sociaal vlak en leert hem hierop adequaat te reageren.	
3)	a. draagt zijn kennis op gebied van diabetes zelfmanagement in de praktijkvoering over: - volgens didactische principes in zijn contacten met de patiënt en zijn naasten en andere zorgverleners,	Toelichting - Didactische (of onderwijskundige) principes omvatten de kunst van het onderwijzen (aansluiten bij leerstijlen en kennisniveau van mensen, kennis van groepsdynamica, kennis van motivatietheorieën, optimaliseren van leerprocessen); - Voorlichtingsprincipes betreft de kunst van het geven en overdragen van informatie, zowel mondeling als schriftelijk.
	b. volgens voorlichtingsprincipes aan patiënten met diabetes en zijn naasten.	
4)	evalueert en verbetert zijn eigen zorgpraktijk gebruik makend van de ervaringskennis van de patiënten.	Thema patiëntgerichtheid met als voorbeeld 'spiegelbijeenkomsten'
5)	a. onderhoudt en bevordert zijn eigen kennisniveau en vakbekwaamheid door zichzelf voortdurend op de hoogte te houden van de belangrijkste ontwikkelingen m.b.t. zelfmanagement.	
	b. ontwikkelt en onderhoudt daartoe een persoonlijk bij- en nascholingsplan op gebied van zelfmanagement-educatie.	
6)	maakt de patiënt wegwijs in de sociale kaart, het publieke- en zorgaanbod van interventies die zelfmanagement bevorderen.	

4.5 Competentiegebied Maatschappelijke Verantwoordelijkheid

De diabeteszorgverlener is op dit moment werkzaam in een maatschappij en zorgsector, waarin het denken in termen van zorg en ziekte verschuift naar denken in gedrag en gezondheid. De diabeteszorgverlener draagt bij aan het bevorderen van gezondheid van mensen met (verhoogd risico op) diabetes en het stimuleren van maatschappelijke participatie van de chronisch zieke.

Daarbij is aandacht voor de positie van mensen met diabetes om als werknemer volwaardig te kunnen participeren op de arbeidsmarkt en de rechten en plichten te betrachten bij bijvoorbeeld het deelnemen aan het verkeer.

Waar mogelijk betreft de zorgverlener de naasten en/of mantelzorg actief. Hij houdt daarbij rekening met de fysieke (leef)omgeving, sociale relaties, cultuur en leefstijl. Daarnaast richt hij zich op de omgeving van de patiënt, op groepen patiënten en op andere zorgverleners, instanties of gemeenten. Hij beïnvloedt gezond gedrag van burgers en chronisch zieken, in de context waarin hij werkt.

Competenties		Methoden en technieken / toelichting
Het diabetesteam en/of de diabetes zorgverlener:		Voorbeelden:
1)	kent en herkent de factoren die bij het ontstaan van diabetes mellitus van belang zijn.	
2)	analyseert methodisch het gedrag dat ten grondslag ligt aan een risicovolle leefstijl met behulp van gangbare modellen uit de gezondheidsbevordering en preventie.	- Gedragsverklaringsmodellen (Health Belief model; Protectie-Motivatatie Model) en gedragsveranderingsmodellen (de Stages of change) ⁶³
3)	a. kent en herkent knelpunten en belemmeringen die patiënten met diabetes in het arbeidsproces kunnen tegenkomen.	- Ontwikkelde materialen 'Diabetes werkt' ⁶⁴ ; adviezen t.a.v. sollicitatieprocedure, handvatten voor controle over diabetes op het werk. - Patiëntvertaling van de multidisciplinaire richtlijnmodule Diabetes en Arbeid (concept in 2012) - Geschiktheidseisen m.b.t. bijvoorbeeld groot rijbewijs: Diabetes mellitus en het rijbewijs (2010 CBR) ⁶⁵
	b. ondersteunt de patiënt bij het oplossen van werkgerelateerde problemen.	
4)	selecteert geschikte en onderbouwde leefstijlinterventies uit de verschillende databases.	- Leefstijl-interventieoverzicht Diabetes ⁶⁶ van het RIVM Centrum Gezond Leven. Het overzicht laat positief beoordeelde interventies zien voor het verbeteren van de leefstijl bij hoogrisicogroepen en diabetespatiënten. - Overzicht van de zelfmanagement-interventies c.q. tools die het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (LAZ) in kaart heeft gebracht ⁶⁷
5)	a. (h)erkent de overeenkomsten en verschillen in gedrag binnen diverse culturen.	Toelichting: - interculturele communicatie: het proces van uitwisseling van boodschappen tussen personen die vanuit hun eigen culturele achtergrond verschillen in hun waarnemen, denken en handelen (NIGZ) ⁶⁸ - 'Training ABCDiabetes' Cultuursensitieve zorgverlening en leefstijlbegeleiding in de eerstelijns (NAD/Pharos) ⁶⁹
	b. houdt in de dagelijkse praktijkvoering rekening met de (inter)culturele verschillen.	

4.6 Competentiegebied Organisatie

Uitgangspunt voor de organisatie van de zorg is het bieden van efficiënte vraaggestuurde zorg, vanuit het perspectief van de patiënt met diabetes, rekening houdend met de keuzes die hij in het leven wil/kan maken.

Binnen het multidisciplinaire team zijn afspraken gemaakt over de effectieve en efficiënte inzet van de beschikbare mensen en middelen, over individuele educatie en groepseducatie. De zorgpraktijk is ingericht naar de principes van het zelfmanagement model zodat de professional optimaal zelfmanagement-educatie een plaats kan geven binnen de diabeteszorg.

Binnen het multidisciplinaire team is in overleg met de patiënt bepaald wie de centrale zorgverlener is. De behoefte van de patiënt is het vertrekpunt. De centrale zorgverlener draagt zorg voor de verbinding tussen de verschillende betrokken disciplines en heeft hiermee een coördinerende rol rond de betreffende patiënt.

De zorgverlener legt de informatie, die nodig is om de juiste zorg te kunnen geven, schriftelijk of digitaal vast, en houdt een dossier bij. Hij draagt mondeling of schriftelijk over naar collega's van eigen en andere disciplines.

Met betrekking tot meten en evalueren van de kwaliteit van de zelfmanagement-educatie wordt er gewerkt met kwaliteitsindicatoren voor zelfmanagement-educatie (proces- en uitkomstindicatoren).

Competenties		Methoden en technieken / toelichting
<i>Het diabetesteam en/of de diabetes zorgverlener:</i>		<i>Voorbeelden:</i>
1)	<p>a. brengt binnen het multidisciplinaire team in kaart: welke expertise op het gebied van zelfmanagement-educatie aanwezig is;</p> <p>b. welke competenties van zelfmanagement-educatie individuele leden van het team bezitten;</p> <p>c. of de individuele leden voldoen aan de educatie-eisen van hun beroepsgroep.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bij dit profiel ontwikkelde competentiescan⁷⁰ (NAD/NDF - 2014) - Stappenplan zelfmanagement-ondersteuning (Vilans/CBO/LAZ)⁷¹
2)	<p>a. draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg.</p> <p>b. draagt er aan bij dat er duidelijke en bindende inhoudelijke afspraken worden gemaakt binnen het multidisciplinair team aangaande de kwaliteit(zorg) van de zelfmanagement-educatie.</p>	<p>Toelichting:</p> <p>Inhoudelijke afstemming tussen de verschillende betrokken disciplines wie welke informatie geeft en afstemming over de inzet van meetinstrumenten, vragenlijsten en hoe daar mee om te gaan.</p>
3)	<p>a. weet hoe de zorgpraktijk in te richten om zelfmanagement-educatie integraal onderdeel van de geboden zorg te kunnen laten zijn.</p> <p>b. organiseert de eigen werkzaamheden efficiënt in tijd en effectief in resultaat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Drie fasen model Zelfmanagement: drie momenten rondom het bezoek van de patiënt in cyclisch verband weergegeven⁷² - Z-scan: een zelfdiagnose instrument Zelfmanagement-ondersteuning voor zorgverleners, (instrument om te beoordelen in hoeverre de

Competenties		Methoden en technieken / toelichting
<i>Het diabetesteam en/of de diabetes zorgverlener:</i>		<i>Voorbeelden:</i>
c.	registreert en beschrijft de zorg rekening houdend met de context waarin gewerkt wordt.	professional de zelfmanagement-educatie in de praktijk heeft geïmplementeerd) (CBO/LAZ) ⁷³
4)	richt de praktijk zodanig in dat hij de rol van centrale zorgverlener op zich kan nemen binnen het multidisciplinaire team.	
5)	werkt samen binnen het multidisciplinaire team met als uitgangspunt het individueel zorgplan van de patiënt.	
6)	draagt bij aan effectieve en efficiënte transitie van jongeren met diabetes van kinderdiabetesafdeling naar volwassenenzorg.	- Transitie Toolkit Diabetes ⁷⁴
7)	kent onderzoeksmethoden om de eigen kwaliteit van zorg op het gebied van zelfmanagement-educatie te evalueren.	

4.7 Competentiegebied Professionaliteit en Kwaliteit

De zorgverlener handelt ethisch en integer volgens professionele standaarden.

De zorgverlener heeft een reflectieve beroepshouding, dat wil zeggen, dat hij de keuzen die hij maakt en de beslissingen die hij neemt zorgvuldig overdenkt: inhoudelijk, procesmatig en moreel/ethisch. De medische behandelmogelijkheden zijn groot. De professional speelt een grote rol in het vinden van antwoorden op ethische vragen die dit oproept: hoe verhoudt (door-) behandelen zich tot de kwaliteit van leven. Maar evenzo hoe verhoudt zelfmanagement en de keuzes van de patiënt met diabetes zich tot de medische behandel noodzaak en/of preventie van complicaties? Daarbij moet de afweging gemaakt worden tussen professioneel perspectief (professionele normen) en perspectief van de patiënt of diens omgeving.

Competenties		Methoden en technieken / toelichting
<i>Het diabetesteam en/of de diabetes zorgverlener:</i>		<i>Voorbeelden:</i>
1)	a. vertoont adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag: het adequaat kunnen observeren en waarnemen van personen, situaties en relaties;	
	b. het adequaat kunnen toepassen van vaardigheden om eigen doelen te bereiken;	
	c. het flexibel kunnen toepassen van deze vaardigheden in verschillende contexten;	
	d. het adequaat kunnen reflecteren op het eigen gedrag en dat van de ander.	
2)	levert op een eerlijke, betrokken wijze effectieve en ethisch verantwoorde zorg en hooggekwalificeerde zorg op maat met aandacht en respect voor de integriteit van de patiënt met diabetes.	
3)	bereikt evenwicht tussen wat professioneel wenselijk is en wat vanuit het perspectief van de patiënt met diabetes wenselijk, haalbaar en realistisch is, rekening houdend met de ziektefase of levensfase van de patiënt, sociale omgeving en culturele achtergrond.	
4)	kent de grenzen van de eigen competenties op gebied van zelfmanagement-educatie en handelt daarbinnen.	
5)	vraagt feedback aan de patiënt met diabetes, analyseert de samenwerkingsrelatie bespreekt deze en stelt deze indien nodig ter discussie.	

Geraadpleegde literatuur / bronnen

ADEA, National Core Competencies for Credentialed Diabetes Educators, 2008

American Association of Diabetes Educators (AADE), Measurable behavior change is the desired outcome of diabetes education;

<http://www.diabeteseducator.org/ProfessionalResources/AADE7/Background.html>;

Boumans, J; Naar het hart van empowerment, 2012, juni; Movisie; www.movisie.nl

CBO, Concept brief module zelfmanagement CONCEPT-RAPPORT_Verkenning Zorgmodule Zelfmanagement, april 2012

CBO, Ruimte voor regie, Pioniers over zelfmanagement in de zorg, Kluwer 2013

CBO, Zorgmodule Zelfmanagement 1.0.- jan. 2014

Competentieprofiel Gezondheidsbevordering en Preventie v1.0. Dit competentieprofiel is een co-productie van landelijke organisaties en kennisinstituten, opleidingen en het beroepsveld van gezondheidsbevordering en preventie, juni 2012

Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 'De centrale zorgverlener', Verslag van de invitational conference – okt 2011

EADV, EADV Beroepsdeelprofiel diabetesverpleegkundige, september 2011

Engels, J.A., Arkesteyn, S., Ondersteun zelfmanagement van chronisch zieken, Vilans, mei 2011

Idenburg, P.J., Schaik, van, M., Weerdt, de, I.; *Diagnose Diabetes 2025*, Over de toekomst van de Nederlandse Diabeteszorg, 2012

IDF, International Curriculum for Diabetes Health Professional Education, 2008

IDF, Diabetes Education Modules, Module I-1, The role of the diabetes educator, Module 1-4 Psychosocial and behavioural approaches

Funnell, Martha M. et al; National Standards for Diabetes Self-Management Education; Diabetes Care, Volume 31, Supplement 1, January 2008

Heine, R.J., Tack, C.J., Handboek Diabetes Mellitus, Hfdst 32 Educatie en begeleiding, L.G. van Doorn en P. van Crombrugge, de Tijdstroom, 2004

Heine, R.J., Tack, C.J., Handboek Diabetes Mellitus, Hfdst 31 Psychosociale contacten, f.J. Snoek, de Tijdstroom, 2004

Jedeloo, S., Leenders, J., Zorgbasics Zelfmanagement, 2010, Boom Lemma Uitgevers

Klein Ikkink A., Spelberg B., van Balen J., Dijkstra R., Effectiviteit van zelfmanagementeducatie en training van zorgprofessionals in zelfmanagementeducatie; NAD /NHG project 3.02, 2011

LAZ (Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement), Verkennend onderzoek Zelfmanagement; Bevindingen en adviezen vanuit de ziektespecifieke werkgroepen van het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement NPCF-CBO, 2010

LAZ, Rapportage Zelfmanagement Diabetes anno 2010

LAZ, Kort en Krachtig, Generiek model Zelfmanagement; www.zelfmanagement.com, 2012

LAZ, Kort en Krachtig, Informatie Zelfmanagement; www.zelfmanagement.com, 2012

Nederlandse Diabetes Federatie (NDF), Werkgroep Diabetes en depressie (november, 2013).

Richtlijn Signalering en monitoring van depressieve klachten bij mensen met diabetes. Nederlandse Diabetes Federatie, Amersfoort.

- NDF**, Rapportage Werkgroep Zelfmanagement bij Diabetes, invulling van bestaande kennislacunes, 2012
- NDF**, Zelfmanagementeducatie bij diabetes. Een raamwerk voor competenties van zorgprofessionals, 2011
- Nederlands Tijdschrift voor Diabetologie**, Diabetes werkt, versterkt positie van werknemers met diabetes, Jaargang 10, nr 1, april 2012
- NIGZ**, Effectiviteit van diabeteseducatie, Een verkenning, 2005
- NIVEL**, 2011, Zorg voor chronisch zieken. Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie.
- NPCF**, Zelfmanagement 2.0, Over zelfmanagement van de patiënt en wat eHealth daaraan kan bijdragen, Utrecht, nov 2009
- NVAB**, Richtlijnmodule Diabetes en arbeid, sept 2011, blz 45
- NVAB**, Achtergronddocument bij de Richtlijnmodule Diabetes en Arbeid, oktober 2011.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)**, De participerende patiënt, RVZ, 2013
- RVZ, Goed patiëntschap, Meer verantwoordelijkheid voor de patiënt, 2007
- Snoek**, Prof. dr. F.J., De inzet van de medisch psycholoog bij de behandeling van Diabetes Mellitus, nov 2004, blz 19
- Snoek**, Prof.dr. F.J., De richtlijn Diabetes en depressie, EADV-magazine, 27e jaargang, nr 3, blz 36-38 sept 2012
- Spelberg B**, Klein Ikkink A, Dijkstra R; Zelfmanagementeducatie bij hoog risicogroepen voor hart- en vaatziekten of diabetes, NAD/NHG 2011
- TNO-rapport**, KvL/P&Z 2010.017; Zelfmanagement als Arbeidsbesparende Innovatie in de Zorg, juni 2010
- VenVN**; V&V 2020 Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige, 2012
- Coördinatieplatform Zorgstandaarden**, Zorgstandaarden in model, Diseasemanagement chronische ziekten; Den Haag, febr 2010

Referenties competentiegebieden

-
- ¹ [http://rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie - Het Chronic Care Model in Nederland.pdf](http://rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Het_Chronic_Care_Model_in_Nederland.pdf) en <http://www.vitalevaten.nl/over-ons/beleid/achtergrond.html>
- ² Engels, J; W.Kistenmaker; Zelfmanagement helpt zieke vooruit, Medisch contact, dec 2009; 64, nr 50
- ³ <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-zorg-voor-chronisch-zieken.pdf>
- ⁴ http://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/producten/VL_handreiking_casemanagement.pdf
- ⁵ <http://www.zelfmanagement.com/tools/modellen/>
- ⁶ Glasgow, et al, 2002; Whitlock, et al; 5 A's Behavior Change Model, Adapted for Self-Management Support Improvement
- ⁷ <http://www.zelfmanagement.com/thema-s/shared-decision-making/>
- ⁸ Faber dr. M; Harmsen dr.M.; Burg, van der dr. S.; Weijden, van der, Prof. dr. T.; Gezamenlijke besluitvorming & Zelfmanagement; Een literatuuronderzoek naar de effectiviteit en naar voorwaarden voor succes, Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare); januari 2013 en http://www.rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_Gezamenlijkebesluitvorming_en_Zelfmanagement.pdf
- ⁹ RVZ, De participerende patiënt, RVZ, 2013 en http://rvz.net/uploads/docs/De_participerende_patient.pdf
- ¹⁰ Gerards, F, Borger, R, Health Counseling, Nelissen, Baarn, 2006; http://www.diabeteszorgbeter.nl/documenten/234_04.%20Health%20Counseling.pdf
- ¹¹ Miller & Rollnick (2005) Miller WR, Rollnick S: Motivational interviewing: Preparing people for change. New York: Guilford Press; 2002.
- ¹² KNGF-standaard Beweeginterventies, TNO-rapport KvL/B&G 2008.029 en TNO rapport: Evaluatie Scoren voor gezondheid; de Vries, S.I. et al, TNO Kwaliteit van Leven 2007
- ¹³ <http://actieprogrammadiabetes.nl/ondersteuningsaanbod/341-begeleiding-en-behandeling>
- ¹⁴ <http://www.zelfmanagement.com/zorgverleners/tools-voor-de-zorgverlener>
- ¹⁵ <http://www.zelfmanagement.com/zorgverleners/tools-voor-de-zorgverlener/>
- ¹⁶ Eijk, prof. dr. J.Th.M. van; (Universiteit Maastricht) Omgaan met diabetes in het dagelijkse leven: effectiviteit van zelfmanagement ondersteuning (SMS) uitgevoerd door praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk
- ¹⁷ NDF werkgroep Diabetes en depressie (november, 2013). Richtlijn Signalering en monitoring van depressieve klachten bij mensen met diabetes. Nederlandse Diabetes Federatie, Amersfoort. <http://www.zorgstandaarddiabetes.nl/wp-content/uploads/2013/11/Richtlijn-Signalering-en-monitoring-van-depressieve-klachten-DEF-261120131.pdf>
- ¹⁸ Toobert DJ, Glasgow RE: Assessing diabetes self-management: the summary of diabetes self-care activities questionnaire. In Handbook of Psychology and Diabetes. Bradley C, Ed. Chur, Switzerland, Harwood Academic, 1994, p. 351–375
- http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/355_3_N.pdf of http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/355_1_N.pdf

- ¹⁹ Van der Ven NCW et al. The Confidence in Diabetes Self-Care Scale, *Diabetes Care* 2003; 3: 713-718. <http://www.vumc.com/branch/diabetes-psychology/Measures/3849955/>
http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/351_1_N.pdf en
http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/351_3_N.pdf
- ²⁰ Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT, Marrero DG: The diabetes empowerment scale: a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care* 23:739-743, 2000
- ²¹ Bijl, J. van der, Poelgeest-Eeltink, A. van, & Shortridge-Baggett, L.M. (1999). The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with Type 2 diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 352-359.
http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/352_3_N.pdf
- ²² Bode C, Thoolen B, Ridder D de. Het meten van proactieve coping vaardigheden. Psychometrische eigenschappen van de Utrechtse Proactieve Coping Competentie lijst (UPCC). *Psychologie & Gezondheid*, 2008; 36/2.
<http://selfregulationlab.nl/wp-content/uploads/2013/01/UPCC-Bode-Thoolen-De-Ridder-2008-Psychologie-Gezondheid.pdf>
- ²³ Rademakers J., J. Nijman, L. van der Hoek, M. Heijmans and M. Rijken; Measuring patient activation in the Netherlands: translation and validation of the American short form Patient Activation Measure (PAM13), *BMC Public Health*, 2012, 12:577
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/577>
- ²⁴ Klomp, M, N. Eikelenboom, I. Smeele, Zelfmanagement op maat, *Medisch contact*, Nr. 41 - 10 oktober 2013, blz 2074-2075
<http://medischcontact.artsennet.nl/archief-6/tijdschriftartikel/137549/zelfmanagement-op-maat.htm>
- ²⁵ <http://www.zelfmanagement.com/zorgverleners/vragenlijst-zelfmanagement/>
- ²⁶ <http://www.zelfmanagement.com/congres/?p=151#workshop1a>
- ²⁷ DVN, Diabetes zorgmonitor, Ontvangen mensen met diabetes de juiste zorg, 2010
- ²⁸ <http://www.gezondheidsvaardigheden.nl/veelgestelde-vragen/>
- ²⁹ Fransen, Dr.M.P.; Prof Dr. K. Stronks, Dr. M. L. Essink-Bot; Gezondheidsvaardigheden: Stand van zaken; Afdeling Sociale Geneeskunde, AMC, Universiteit van Amsterdam, 2011
- ³⁰ <http://www.opeigenbenen.nu/nl/toolkit/diabetes-toolkit/2-professional/q-zorgprofielen/>
- ³¹ Snoek F.J. & T. Chas Skinner, *Psychology in Diabetes Care*, second edition, Wiley & Sons, Chichester, UK, 2005
- ³² <http://www.eadv.nl/page/Algemeen/Organisatie/Expertisegroepen/EKDV/EKDV-besloten>
- ³³ <http://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/>
- ³⁴ <http://www.zelfmanagement.com>
- ³⁵ Thoolen B, de Ridder D, Bensing J, Gorter K, et al. (2008). Beyond good intentions: The role of proactive coping in achieving sustained behavioural change in the context of diabetes management.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20204991>
- ³⁶ Glasgow, et al, 2002; Whitlock, et al; 5 A's Behavior Change Model, Adapted for Self-Management Support Improvement
- ³⁷ <http://www.zelfmanagement.com/tools/modellen/>
- ³⁸ <http://www.doenenblijvendoen.nl>

- ³⁹ Thoolen B, de Ridder D, Bensing J, Gorter K, et al. (2008). Beyond good intentions: The role of proactive coping in achieving sustained behavioural change in the context of diabetes management.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20204991>
- ⁴⁰ <http://www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl/archief/volledig/id58-van-willen-naar-kunnen-succesvolle-zelfzorg-bij-diabetes.html#eenvoorbeeldvanhet5stappenplan>
- ⁴¹ <http://www.prisma-diabetes.nl>
- ⁴² <http://www.cbo.nl/themas/communiceren-in-de-zorg/projecten/het-gezamenlijk-medisch-consult-gmc->
- ⁴³ <http://www.zelfmanagement.com/zorgverleners/vragenlijst-zelfmanagement/>
- ⁴⁴ <http://www.zelfmanagement.com/congres/?p=151#workshop1a>
- ⁴⁵ DVN, Diabetes zorgmonitor, Ontvangen mensen met diabetes de juiste zorg, 2010
- ⁴⁶ <http://www.opeigenbenen.nu/nl/toolkit/diabetes-toolkit/2-professional/q-zorgprofielen/>
- ⁴⁷ Gezondheidsvaardigheden zijn vaardigheden om informatie over gezondheid te kunnen lezen, begrijpen en toepassen. <http://www.gezondheidsvaardigheden.nl/veelgestelde-vragen/>
- ⁴⁸ Fransen, Dr.M.P.; Prof Dr. K. Stronks, Dr. M. L. Essink-Bot; Gezondheidsvaardigheden: Stand van zaken; Afdeling Sociale Geneeskunde, AMC, Universiteit van Amsterdam, 2011
- ⁴⁹ http://actieprogrammadiabetes.nl/images/stories/downloads/ondersteuningsaanbod/LHV_toolkit-laaggeletterdheid.pdf
- ⁵⁰ <http://actieprogrammadiabetes.nl/images/stories/downloads/ondersteuningsaanbod/GGD-handreiking-laaggeletterdheid.pdf>
- ⁵¹ Definitie: <http://knmg.artsennet.nl/Dossiers-9/Themadossier-ICT-in-de-zorg/eHealth.htm>
- ⁵² <http://www.diep.info/index.php>
- ⁵³ <https://www.mijnzorgpagina.nl/diabetes>
- ⁵⁴ <http://www.zelfmanagement.com/tools/modellen/>
- ⁵⁵ Glasgow, et al, 2002; Whitlock, et al; 5 A's Behavior Change Model, Adapted for Self-Management Support Improvement
- ⁵⁶ <http://www.med-decs.org/nl/diabetes>
- ⁵⁷ <http://www.zelfmanagement.com/thema-s/gedeelde-besluitvorming/>
- ⁵⁸ Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A, Barry M, Shared decision making: a model for clinical practice, J Gen Intern Med. 2012 Oct;27(10):1361-7. // zie ook volgende 'noot'
- ⁵⁹ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445676/>
- ⁶⁰ Zorgmodule Zelfmanagement 1.0 CBO 2014
- ⁶¹ <http://www.zorgstandaarddiabetes.nl/wp-content/uploads/2013/12/Individueel-Zorgplan-2013-print-DEF.pdf>
- ⁶² De Gezondheids Check en Risicocommunicatie, september 2010 / <http://www.lekkerlanglevens.nl/library/download/PreventieConsultRisicocommunicatieDEFseptember2010.pdf>
- ⁶³ Brug, J; P. van Assema, L. Lechner; Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak. Uitgeverij van Gorcum, ISBN 9789023243366
- ⁶⁴ http://www.dvn.nl/files/site/40959h_dvn_diabeteswerkt.pdf

⁶⁵ <http://www.cbr.nl/brochure.pp?id=15>

⁶⁶ RIVM Centrum Gezond Leven. <http://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/>

⁶⁷ <http://www.zelfmanagement.com/toolbox>

⁶⁸ <https://www.yumpu.com/nl/document/view/19725664/hulpmiddel-voor-interculturele-communicatie-bij-zorg-en-nigz>

⁶⁹ <http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/algemeen/training-en-advies/trainingen-op-maat>

⁷⁰ <http://www.zorgstandaarddiabetes.nl/extrapage/scans/?q=/scans>

⁷¹ http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/Stappenplan_zelfmanagementondersteuning.pdf

⁷² <http://www.zelfmanagement.com/toolbox/modellen/>

⁷³ <http://www.zelfmanagement.com>

⁷⁴ <http://www.opeigenbenen.nu/nl/toolkit/diabetes-toolkit/>

Bijlage 1. Samenstelling projectgroep en betrokken inhoudsdeskundigen

Het projectteam van de Nederlands Diabetes Federatie bestond uit:

- Mw. B. L.W.M. van der Poel, projectleider (Verpleegkundig Beleid en Advies)
- Mw. drs. C. Brinkman, teamleider zorg NDF
- Mw. R. Broeren, beleidsmedewerker NDF
- Mw. S. ter Hennepe, programmasecretaris NAD
- Mw. drs. B. Visser, onderwijskundig adviseur

De betrokken inhoudsdeskundigen vanuit de verschillende beroepsverenigingen en patiëntenorganisatie:

DiHAG	- Diabetes Huisartsen Adviesgroep	- Prof. dr.G.E.H.M. Rutten
DVN	- Diabetesvereniging Nederland	- Mw. E.S.E. Barents
EADV	- De beroepsorganisatie voor diabeteszorgverleners	- Mw. M. Bunschoten en - Mw. S. Groen
KNGF	- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie	- Mw. drs. P.Z.A. den Heijer, MSc
NIV	- Nederlandse Internisten Vereniging	- Mw. dr. L.T Dijkhorst-Oei
NVD	- Nederlandse Vereniging van Diëtisten	- Mw. drs. A.J. Leibbrandt
NVK	- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde	- Mw. dr. A.A.E.M. van Alfen-van der Velden
NVvPO	- Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners	- Mw. I. Kuilder en - Mw. M. van Mierlo

NDF Commissie Voorlichting en Educatie:

Inhoudsdeskundigen:

- Mw. E.R.G. Kuipers (DNO)
- Mw. C.H.C. Lubach (EADV)
- Mw. L.M. Faber (EADV)

Beoordeling concepten:

- Mw. dr. B. Sol-de Rijk, voorzitter van de NDF adviescommissie Educatie en voorlichting
- Hr. dr. R.P.J. Michels, lid NDF adviescommissie

Het competentieprofiel Zelfmanagement-educatie bij diabetes is opgesteld door Beatrijs van der Poel in samenwerking met Berber Visser (onderwijskundige). De verschillende concepten zijn in een commentaarronde voorgelegd aan de projectgroepleden, de inhoudsdeskundigen vanuit de beroepsverenigingen en DVN, de NDF commissie Voorlichting en Educatie en de NAD Themacommissie 'Kwaliteit, organisatie en kennis'.

In juli 2014 is het competentieprofiel geautoriseerd door alle NDF-lidorganisaties zodat het kan worden opgenomen in de NDF Zorgstandaard. Vanaf augustus 2014 is de digitale competentiescan beschikbaar via de website van de Zorgstandaard Diabetes:

<http://www.zorgstandaarddiabetes.nl/extrapage/scans/?q=/scans>

