

Zelfmanagement en Zelfmanagementondersteuning als integraal onderdeel van de diabeteszorg

*Zorgen waar het moet, ontzorgen waar
het kan.*

Definiëring begrippen
Specifieke aandachtspunten

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Inleiding	5
Leeswijzer	8
Deel 1: Verkenning	
Hoofdstuk 1. Zelfmanagement en verwante begrippen	10
Hoofdstuk 2. Chronische zorg en zelfmanagement	13
Hoofdstuk 3. Diabetes en zelfmanagement	17
Deel 2: In de praktijk	
Hoofdstuk 4. Implementatie: visie en plan van aanpak.....	19
Hoofdstuk 5. ZMO en de competente zorgprofessional.....	22
Hoofdstuk 6. ZMO in de relatie met de patiënt	25
Hoofdstuk 7. ZM(O) en de goed geïnformeerde, vaardige patiënt	29
Hoofdstuk 8. ZM(O) en de faciliterende organisatie	35
Hoofdstuk 9. ZM(O) en een faciliterende omgeving	40
Literatuurlijst	42

Bijlage 1 Totstandkoming

Samenvatting

Implementatie van zelfmanagement(-ondersteuning) in de dagelijkse zorgpraktijk

Zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning zijn niet nieuw in de zorg. Ze staan wel steeds meer centraal in onze persoonsgerichte diabeteszorg. Daardoor verschuift het accent in de rol van de zorgverlener: het ondersteunen en coachen van de patiënt wordt steeds belangrijker.

De zorg voor mensen met een chronische aandoening is in Nederland georganiseerd in multidisciplinaire ketens. De inhoud en de organisatie van deze ketenzorg worden beschreven in zorgstandaarden, zoals de NDF Zorgstandaard diabetes. De beschrijving van de zorg in zorgstandaarden, gaat uit van het Chronic Care Model. In dit model draait het om geïntegreerde persoonsgerichte zorg met zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning (ZM en ZMO) als belangrijke componenten.

Zelfmanagement is dan ook van meet af aan een centraal thema in de NDF Zorgstandaard. Aangespoord door actuele ontwikkelingen, die in de inleiding kort besproken worden, heeft de Nederlandse Diabetes Federatie het thema opnieuw tegen het licht gehouden. Dit document is daarvan het resultaat. Het doel ervan is om zorgverleners en zorgorganisaties behulpzaam te zijn bij de implementatie van ZM en ZMO in hun dagelijkse zorgpraktijk. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de kennis, ervaring en onderzoeksresultaten die de afgelopen jaren beschikbaar zijn gekomen.

Een belangrijke meerwaarde van dit document is dat het, als resultaat van een consensus-traject met de leden van de federatie, de kaders op orde brengt. Zoals het begrippenkader. Veel gebruikte termen als zelfmanagement, zelfzorg, gedeelde besluitvorming, gezondheidsvaardigheden, et cetera, worden van een unanieme beschrijving. Ook wordt een theoretisch kader geschetst. Dat is niet alleen van belang als onderbouwing van het document maar het verschaft professionals en organisaties ook inzichten voor de ontwikkeling van de eigen visie, die nodig is om met zelfmanagement aan de slag te gaan.

Het document benadrukt het belang van visie-vorming en van de betrokkenheid van de patiënt daarbij! Vervolgens wordt ingegaan op de stap van visie naar plan van aanpak. Serieus werk maken van zelfmanagement(-ondersteuning) betekent werk maken van de organisatie, van de zorgprofessionals, van de relatie professional – patiënt en van de patiënt. Er wordt gekeken naar de rol van de individuele zorgverlener en het diabetesteam. Welke competenties (kennis, inzicht, vaardigheden en attitudes) moet men in huis hebben om mensen met diabetes te ondersteunen bij hun zelfmanagement. Ook wordt aandacht besteed aan de gezondheidsvaardigheden van de patiënt die sterk bepalend zijn voor de mogelijkheden tot zelfmanagement en de mate en wijze van ondersteuning.

Uiteindelijk is zelfmanagementondersteuning een dynamisch proces waarin de patiënt en de zorgverlener gelijkwaardige partners zijn en samen vaststellen hoe een gezondheidsprobleem wordt opgepakt in een proces van gezamenlijke besluitvorming. Maar het is niet alleen een zaak

van de spreekkamer. Het document vestigt nadrukkelijk de aandacht op relevante 'omgevingsfactoren' zoals:

- De belangrijke rol die de patiëntenvereniging kan spelen wat betreft het delen van ervaringsdeskundigheid, patiënten-educatie en in het algemeen de ontwikkeling van de patiënt tot vaardige gesprekspartner
- Het belang van een faciliterende organisatie, die door participatie, educatie en innovatie de eigen professionals en patiënten in staat stelt doelen op het gebied van ZMO te halen
- Het belang van een faciliterende omgeving, van zorgverzekeraars die ZMO inkopen, de beschikbaarheid van relevante scholingen tot en met beroepsverenigingen die ZM hoog op de beleidsagenda hebben staan

De aanbevelingen in het document worden steeds ondersteund met suggesties, tips en externe links. Vaak wordt verwezen naar de door de NDF ontwikkelde Instrumentenkieser Zelfmanagementondersteuning.

Inleiding

Steeds meer mensen met een chronische aandoening

Volgens de laatste officiële cijfers hebben 5,3 miljoen Nederlanders minstens één chronische aandoening. Dat is een derde van de bevolking. Dat percentage zal de komende jaren blijven groeien. Oorzaken daarvoor zijn eerdere diagnostisering, verbeterde behandeling, onze leefstijl en de vergrijzing van Nederland die in ieder geval tot 2040 zal voortduren. Het zorggebruik zal hierdoor in de komende 20 jaar enorm gaan toenemen^{1,2}.

1 miljoen mensen met diabetes

Van de 5,3 hebben 1 miljoen mensen diabetes. En velen van hen hebben nog een andere chronische aandoening. Diabetes heeft een enorme impact op het leven van mensen en hun omgeving. Het is een hele klus de ziekte en de daarmee gepaard gaande zelfzorg een plaats te geven in het dagelijks leven. 365 dagen per jaar, 24 uur per dag. De momenten dat een zorgverlener daarbij ondersteuning kan bieden zijn beperkt

Diabetes en zelfmanagement

Het streven naar een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven voor een toenemend aantal mensen met diabetes gaat samen met de behoefte die zorg ook betaalbaar en beheersbaar te houden. Dit tegen een achtergrond van complexer wordende zorg door een toename in multimorbiditeit en door de vergrijzing veroorzaakte toekomstige personeelstekorten. De laatste jaren heeft dit geleid tot een heroriëntatie op de zorg. Eigen regie en zelfmanagement krijgen steeds meer nadruk. Het accent in de rol van de zorgverlener verschuift; het ondersteunen en coachen van de patiënt wordt steeds belangrijker.

De aandacht voor zelfmanagement wordt versterkt door een aantal ontwikkelingen. Hoewel veel van deze ontwikkelingen en de implementatie van het bijbehorende gedachtengoed nog in de kinderschoenen staan dragen ze wel bij aan de ingezette omwenteling naar persoonsgerichte zorg met een focus op zelfmanagement

- *Positieve gezondheid.* In de maatschappij en in de zorg is er een verschuiving van focus gaande, van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Nadruk ligt steeds meer op de kracht van mensen, op veerkracht, functioneren, zelfregie en participatie in plaats van afwezigheid van ziekte of beperkingen^{3,4,5}. We willen participerende burgers die zelf regie hebben en houden over hun leven, met alle uitdagingen die daarbij horen.
- *Zorg op maat.* In de diabeteszorg hebben we steeds meer oog voor verschillen tussen mensen. Zeker op het gebied van zelfmanagement, dat zo bepalend is voor iemands kwaliteit van leven, zijn die verschillen groot. Zorg op maat betekent dat we daarop (kunnen) inspelen met passende ondersteuning.
- *E-Health.* Moderne technologie biedt mensen met diabetes steeds meer mogelijkheden om zichzelf te monitoren en te managen en de relatie met zorgverleners op maat (en indien mogelijk ook op afstand) vorm te geven.
- *Duurzame zorg.* De toename van het aantal mensen met diabetes gaat vanzelfsprekend gepaard met toenemende zorgkosten. Verwacht wordt dat een goede inbedding van zelfmanagement in de zorg een bijdrage kan leveren aan het beheersbaar houden van die

kosten. Onderzoek heeft in dit kader al laten zien dat bij mensen met een goede glykemische instelling en goede zelfmanagementvaardigheden de controlefrequentie in overleg met de patiënt omlaag kan. Dit kan leiden tot vermindering van zorggebruik, verlaging van de werkbelasting van personeel in de zorg, verlichting van de last voor mensen met diabetes en besparing van kosten^{6,7}.

Zelfmanagement(-ondersteuning) als integraal onderdeel van goede diabeteszorg

Hoe kunnen zorgverleners en zorgorganisaties al deze ontwikkelingen een plek geven in de dagelijkse praktijk van de diabeteszorg? De leden van de NDF hebben daar samen over nagedacht. Een intensief traject dat heeft geresulteerd in dit document. Het beschrijft Zelfmanagement en Zelfmanagementondersteuning als integraal onderdeel van goede diabeteszorg. Daarbij stellen we niet diabetes als gezondheidsprobleem centraal, maar de manier waarop iemand met diabetes in het leven staat en zelf met het probleem omgaat.

Het document maakt duidelijk dat implementatie van Zelfmanagement en Zelfmanagementondersteuning een ingewikkeld, complex traject is. Dit kan alleen succesvol zijn als er aan een aantal kritische randvoorwaarden is voldaan. Het is belangrijk dat:

- 1) Er een door zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars gedeelde visie is op persoonsgerichte zorg en de daarbij behorende zorgaanpak;
- 2) Voldoende aandacht wordt gegeven aan de scholing van zorgverleners, met name in coachende vaardigheden;
- 3) Voldoende aandacht wordt gegeven aan het vergroten van gezondheidsvaardigheden van patiënten.
- 4) Er voldoende tijd is om één en ander stap voor stap te implementeren en;
- 5) Dat er parallel lopend aan de implementatie aanvullend onderzoek gedaan wordt naar effectieve ondersteuning op maat (wat werkt voor wie) en kosteneffectiviteit.

Het document is ontwikkeld voor alle betrokkenen bij de zorg aan volwassenen met diabetes, inclusief de patiënten. Om toegepast te kunnen worden in de zorg voor kinderen met diabetes heeft het document nog doorontwikkeling. Om het document echt toegankelijk te maken voor patiënten is nog een vertaalslag naar een patiëntenversie nodig.

Het document biedt een theoretisch kader maar wil vooral behulpzaam zijn om zelfmanagement(-ondersteuning) een plaats te geven in de dagelijkse praktijk van uw diabeteszorg. Daarvoor bouwen we voort op de kennis, ervaring en onderzoeksresultaten die de afgelopen jaren door de NDF en een heel aantal belangrijke stakeholders als ZonMw, NIVEL, (voormalig) CBO, Vilans en NHG beschikbaar zijn gekomen.

We adviseren om bij het lezen in gedachten te houden dat de ziekte diabetes slechts één fysieke factor is. Wat iemands mogelijkheden en behoeften zijn wat betreft zelfmanagement, wordt mede bepaald door andere fysieke factoren en emotionele en sociale uitdagingen.

Zelfmanagement en Zelfmanagementondersteuning zijn niet nieuw in de zorg. Nieuw is dat we het nu zien als kernactiviteit van onze persoonsgerichte diabeteszorg. Dat vraagt om een cultuuromslag en gedragsverandering. In plaats van handelen op basis van Ziekte en Zorg, naar handelen vanuit een visie op Gezondheid en Gedrag. En verandering kost tijd! Dat is voor professionals niet anders dan voor patiënten!



Leeswijzer

Hoofdstuk 1. Zelfmanagement is een breed onderwerp dat raakt aan allerlei begrippen. Om te beginnen zetten we de belangrijkste begrippen op een rijtje, met een omschrijving wat we eronder verstaan.

Hoofdstuk 2. Vervolgens kijken we naar de positie van zelfmanagement binnen de chronische zorg. Hoe belangrijk is het, welke bijdrage levert het? Hoe ziet het er op hoofdlijnen uit? Vragen die we beantwoorden aan de hand van een paar gangbare zorgmodellen. Aan de orde komen het Chronic Care Model, het Huis van de Persoonsgerichte Zorg en het Generiek Model Zelfmanagement

Hoofdstuk 3. In dit hoofdstuk zoomen we in op zelfmanagement(-ondersteuning) bij diabetes, dat wordt beschouwd als één van de meest (psychisch) belastende chronische ziekten.

Vanaf **hoofdstuk 4** gaan we echt aan de slag. Implementatie van zelfmanagement(-ondersteuning) in uw praktijk begint met Visie en draagvlak. Wat komt daarbij kijken? Hoe komen we van visie naar praktijk? Over samenhang, samenspraak en samenwerking.

In **hoofdstuk 5** kijken we naar de rol van de individuele zorgverlener en het diabetesteam. Welke competenties (kennis, inzicht, vaardigheden en attitudes) moet men in huis hebben om mensen met diabetes te ondersteunen bij hun zelfmanagement?

Hoofdstuk 6. Om als zorgverlener zelfmanagementondersteuning op een goede manier in de praktijk te kunnen brengen is het behulpzaam 5 stappen te doorlopen. In dit hoofdstuk kijken we naar die stappen aan de hand van het 5A model.

Hoofdstuk 7. Zelfmanagement hangt in hoge mate samen met de vaardigheden van de patiënt. Dit hoofdstuk vertelt wat gezondheidsvaardigheden zijn; welke soorten er zijn en hoe ze kunnen worden ingezet, en welke mogelijkheden tot ondersteuning er zijn.

In **hoofdstuk 8.** Zoals de professional competent en de patiënt vaardig moet zijn, zo moet de organisatie faciliterend zijn. Kortom, in dit hoofdstuk gaat het over de vraag: wat moet een organisatie in huis hebben om professionals en patiënten in staat te stellen doelen op het gebied van zelfmanagement(-ondersteuning) te realiseren.

In **hoofdstuk 9.** In voorgaande hoofdstukken hebben we gekeken naar zelfmanagement(-ondersteuning) als interne aangelegenheid. Maar de wereld is groter. In dit hoofdstuk staan we kort stil bij enkele systeem-aspecten. Bijvoorbeeld de omgeving en het netwerk van de organisatie. Maar ook de relatie met de zorgverzekeraar die zelfmanagement(-ondersteuning) inkoop.

Tenslotte wijzen we u erop dat :

- De in de tekst opgenomen links op het moment van schrijven actueel waren. Echter door het snel veranderende landschap rond Zelfmanagement en Zelfmanagementondersteuning zijn daar voor de toekomst geen garanties voor te geven.
- In het kader van de leesbaarheid de begrippen Zelfmanagement en Zelfmanagementondersteuning vaak zullen worden afgekort als ZM (= Zelfmanagement) en ZMO (= Zelfmanagementondersteuning).
- In de laatste paragraaf van veel hoofdstukken vindt u onder het kopje instrumenten verwijzingen naar relevante instrumenten. Hierbij vindt u vaak een link naar de Instrumentenkieser Zelfmanagementondersteuning. De Instrumentenkieser is een door de NDF op verzoek van ZO! en in afstemming met Vilans en (voormalig) CBO ontwikkelde digitaal portaal met een overzichtelijk aanbod van beschikbare instrumenten op het gebied van zelfmanagementondersteuning. Het portaal is maart 2016 beschikbaar gekomen.

1. Zelfmanagement en verwante begrippen

Intro

Zelfmanagement is een populair begrip dat veel beleving oproept en tal van interpretaties kent. Bovendien is het een begrip dat automatisch associeert met andere begrippen, zoals gezondheid en eigen regie. Om elkaar goed te begrijpen zetten we in dit hoofdstuk enkele begrippen die we in dit document hanteren op een rijtje, met een omschrijving van wat we eronder verstaan.

Gezondheid

is het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Huber, 2012).

Deze definitie van gezondheid is gericht op het vermogen van mensen zich aan te passen en de eigen regie te voeren. Het behelst een positieve insteek en is daarmee fundamenteel anders dan de oude 'negatieve' definitie van gezondheid van de WHO. Deze richt op compleet welbevinden en de afwezigheid van ziekte; een mooi ideaal, maar niet realistisch en stimulerend. Hoewel er een enorme vooruitgang is geboekt in de bestrijding van ziekten bereiken nog steeds weinig mensen langdurig 'een toestand van compleet lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden'. Niet ziekte, gebreken of afwijkingen bepalen hoe ziek of gezond we zijn, maar veerkracht en het vermogen de regie over ons leven te blijven voeren. De essentie is om mensen in hun kracht te houden of te krijgen en eigenaar te laten zijn van hun proces. Dit geldt zowel voor zieken als gezonden. Ook is er aandacht voor sociale en fysieke factoren die bevorderen dat iemand het vermogen ('ability') heeft die kracht te ontwikkelen. Er wordt ook wel gesproken over positieve gezondheid^{4,8}.

Eigen regie

Het vermogen van een persoon om zelf te bepalen op welke wijze hij het eigen leven inricht (wonen, werken, sociale contacten) en hoe de zorg en/of begeleiding bij eventuele ziekte daarbij wordt ingevuld.

Zelfzorg en zelfmanagement

Zelfzorg en zelfmanagement worden op verschillende manieren en vaak ook door elkaar gebruikt, zowel in de literatuur als in de praktijk. Om tot verheldering te komen wordt in onderstaande tabel een onderscheid gemaakt tussen deze begrippen op het activiteitsniveau van het individu^{9,10,11}.

	Zelfzorg	Zelfmanagement
Afbakening	Bij (het voorkomen van) incidentele gezondheidsproblemen	Bij (het voorkomen van) chronische gezondheidsproblemen
Activiteiten individu	Gezonde leefstijl (zoals rust nemen, hygiëne, gezonde voeding, beweging)	Gezonde leefstijl (zoals rust nemen, hygiëne, gezonde voeding, beweging)
	Zelfzorg met huismiddelen, niet industrieel gemaakt (zoals spoelen met zoutoplossing)	Eigen aandeel in de zorg (medisch management, zoals zelfmonitoring, zelfbehandeling, zelfmedicatie met medicatie op recept)
	Zelfzorg met industriële middelen, zonder recept (zoals voedingssupplementen, bandages en desinfecterende middelen)	Omgaan met (de gevolgen van) de chronische aandoening (emotie en rol management; psychosociaal)
	Zelfzorg met medicatie met een bewezen effect, te verkrijgen zonder recept (zoals paracetamol).	Communicatie en omgaan met zorgprofessionals, waaronder gezamenlijke besluitvorming
	Zelfzorg met medicatie met een bewezen effect, te verkrijgen met recept.	

Tabel 1 Zelfzorg en zelfmanagement

Zelfzorg

De activiteiten van individuen om met incidentele gezondheidsproblemen om te gaan. Het betreft omgaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en psychosociale consequenties en/of de omgang met risicofactoren en aanpassing in leefstijl¹³⁻¹⁷.

Ondersteunde zelfzorg

De ondersteuning bij zelfzorg door zorgprofessionals, de inzet van ICT, e-health, hulpmiddelen, mantelzorgers, lotgenoten en door hun omgeving.

Zelfmanagement

De activiteiten van individuen om met chronische gezondheidsproblemen om te gaan. Het betreft omgaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en psychosociale consequenties en/of de omgang met risicofactoren en aanpassing in leefstijl^{17,18,19}.

Zelfmanagementondersteuning

De ondersteuning bij zelfmanagement door zorgprofessionals, de inzet van ICT, e-health, hulpmiddelen, mantelzorgers, lotgenoten en door hun omgeving.

Persoonsgerichte zorg

Een manier om zorg op maat te bieden aan mensen met een gezondheidsprobleem. Kern van persoonsgerichte zorg is dat je als zorgverlener iemand niet als patiënt maar als mens benadert. Bij de behandeling staat niet het gezondheidsprobleem centraal, maar de manier waarop de patiënt in het leven staat en zelf met het probleem omgaat. De zorgverlener focust zich op empowerment van de patiënt. Bij het uitstippelen van het behandelplan wordt gekeken naar de persoonlijke situatie van de patiënt, zijn dagelijks leven en sociale omgeving. Vervolgens wordt in samenspraak vastgesteld welk(e) gezondheidsprobleme(n) hoe worden opgepakt en welke ondersteuning door de zorgverlener daarbij passend is ²⁰⁻²⁵.

Gezondheidsvaardigheden

Zijn vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, en te gebruiken bij het nemen van gezondheid gerelateerde beslissingen ^{19,26}.

Gezamenlijke besluitvorming

Het individu en de zorgverlener beslissen gezamenlijk over hoe een gezondheidsprobleem wordt opgepakt. Ze bespreken samen de verschillende opties, de voor- en nadelen van de opties en welke overwegingen belangrijk zijn voor het individu ^{10,27}.

Individueel Zorgplan

Een dynamische set van afspraken van het individu en de zorgverlener(s) over zorg én zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van het individu. Zij komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand. Dit vormt de kern van het proces van individuele zorgplanning ^{28,29}.

Samenvattend

Om positieve gezondheid en persoonsgerichte zorg inhoud te geven voor mensen (met een chronische aandoening) zijn drie begrippen in ieder geval van belang: gezondheidsvaardigheden, zelfmanagement en gezamenlijke besluitvorming.

Het hebben van kennis en vaardigheden om gezondheidsgerelateerde beslissingen te kunnen nemen is de basis voor het kunnen voeren van de eigen regie. Zelfmanagement richt zich op het inpassen van de ziekte in het leven door middel van: medisch management (zelfbehandeling), aanpassing van leefstijl en het psychosociaal omgaan met (de gevolgen van) de chronische aandoening in het dagelijks leven. Het individu en zorgverlener zijn daarbij gelijkwaardige partners en stellen samen vast hoe een gezondheidsprobleem wordt opgepakt in een proces van gezamenlijke besluitvorming.

Het resultaat wordt zichtbaar in een Individueel Zorg Plan (IZP). Onderscheid kan worden gemaakt naar het proces (individuele zorgplanning) en het 'product', de weergave van de feitelijke afspraken tussen het individu en de zorgprofessional(s) ^{17,18,30}.

2. Chronische zorg en zelfmanagement

Intro

De zorg voor mensen met een chronische aandoening is in Nederland veelal in multidisciplinaire 'ketens' georganiseerd. De inhoud en de organisatie van de zorg in deze ketens zijn gebaseerd op onderliggende Zorgstandaarden. De beschrijving van de zorg in de Zorgstandaarden gaat uit van het Chronic Care Model (CCM). Zo ook de NDF Zorgstandaard Diabetes. In dit model draait het om geïntegreerde persoonsgerichte zorg met zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning als belangrijke componenten. Het Generieke Model Zelfmanagement en het Huis van de Persoonsgerichte Zorg zijn praktische uitwerkingen van dit model. In dit hoofdstuk zetten we de belangrijkste elementen van het CCM, het Generieke Model Zelfmanagement en het Huis van de Persoonsgerichte Zorg op een rij. In de praktijk zijn de randvoorwaarden voor het werken volgens deze modellen veelal nog onvoldoende ingevuld.

Het Chronic Care Model

Binnen het Chronic Care Model (CCM) is de patiënt de manager van zijn eigen gezondheid. De patiënt krijgt naast de regie over zijn leven ook een centrale rol bij de behandeling en participeert zelf in het zorgproces. Hij beslist mee over behandeldoelen en kiest zelf uit het (educatie)aanbod. Zelfmanagement is een integraal onderdeel van het model³¹.

Wat betekent het CCM voor organisaties, professionals en patiënten in de diabeteszorgketen die werk willen maken van zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning?

CCM vraagt aandacht voor zes samenhangende aspecten^{32,33}:

- **Zelfmanagementondersteuning**
Binnen het CCM is zelfmanagement een belangrijke verantwoordelijkheid van het individu met een chronische aandoening. Het is een belangrijke taak van zorgverleners om de patiënt hierin te begeleiden, waarbij wordt ingezet op het vergroten van de zelfredzaamheid van de patiënt.
- **Organisatie van het zorgproces**
Bij de zorg voor mensen met chronische aandoeningen is er een veelheid aan taken. De complexiteit van het zorgproces neemt alleen maar toe naarmate mensen meer gezondheidsproblemen of beperkingen ervaren. Samenwerking tussen professionals en coördinatie van het zorgproces zijn dus belangrijke voorwaarden voor continuïteit en kwaliteit in de zorg. Hierbij wordt gedacht aan multidisciplinaire praktijken, interdisciplinaire samenwerking tussen professionals en heterogeen samengestelde teams.
- **Beslissingsondersteuning**
Om besluitvorming over ZM, ZMO en inhoud van zorg in het zorgproces te ondersteunen wordt zoveel als mogelijk gebruik gemaakt van wetenschappelijk onderbouwde protocollen, richtlijnen en standaarden. Het is belangrijk dat deze beschikbaar zijn.

- **Informatie-uitwisseling**
Het organiseren en bieden van zorg en ondersteuning conform het CCM staat of valt met de aanwezigheid en het gebruik van digitale informatiesystemen.
- **De organisatie van de gezondheidszorg**
De organisatie van de gezondheidszorg moet het werken volgens het CCM faciliteren.
- **De maatschappelijke omgeving**
Het kader waarbinnen patiënt en gezondheidszorg door wet, regelgeving en financiering in de samenleving moeten opereren, bepaalt mede of de patiënt daadwerkelijk kan participeren in het zorgproces.

Evidentie:

Er is toenemende evidentie dat het Chronic Care Model als integraal raamwerk voor de organisatie van de zorg aan chronisch zieken leidt tot betere patiëntenzorg en betere gezondheidsuitkomsten^{34,35}. In relatie tot de zorg aan patiënten met DM 2 vinden echter niet alle studies die de effecten van de implementatie van verschillende elementen van het Chronic Care Model evalueerden, verbeterde klinische uitkomsten³⁶. Mogelijk wordt dit veroorzaakt doordat niet alle elementen van het Chronic Care Model in hun onderlinge samenhang geïmplementeerd werden. Op het terrein van kosteneffectiviteit is aanvullend onderzoek nodig.

Een in 2015 uitgevoerde kennissynthese naar Zelfmanagement en Zelfmanagementondersteuning³⁷ onderschrijft de eerder benoemde conclusies over de (kosten) effectiviteit van het Chronic Care Model voor wat betreft de specifieke component Zelfmanagementondersteuning. Uit de kennissynthese blijkt het ondersteunen van zelfmanagement bij mensen met een chronische ziekte tot een betere gezondheid en een kleine daling van de zorgconsumptie te leiden. Teneinde het potentieel van zelfmanagement ten volle te benutten wordt tegelijkertijd geconstateerd dat ondersteuning en interventies meer op maat aangeboden moeten worden en dat het belangrijk is dat enthousiaste zorgverleners 'afvinklijstjes' kunnen loslaten. In dit kader is het belangrijk dat zorgverzekeraars hun beloningssysteem aanpassen aan de uitgangspunten van persoonsgerichte zorg. Aanvullend onderzoek is nog nodig naar effectieve ondersteuning op maat (wat werkt voor wie) en kosteneffectiviteit alvorens Zelfmanagement en Zelfmanagementondersteuning structureel te kunnen inbedden in de zorg.

Het Generieke Model Zelfmanagement

Zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning zijn conform CCM essentiële componenten van persoonsgerichte chronische zorg. Ze worden nader uitgewerkt in de door CBO samen met het veld ontwikkelde generieke Zorgmodule Zelfmanagement¹⁷, waarin ook het vanuit het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement ontwikkelde Generieke Model Zelfmanagement is opgenomen.

Zelfmanagement

De Zorgmodule Zelfmanagement verstaat onder zelfmanagement de activiteiten van individuen gericht op het omgaan met chronische gezondheidsproblemen. Het betreft omgaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en psychosociale consequenties en/of de omgang met risicofactoren en aanpassing in leefstijl. Zelfmanagement richt zich op het inpassen van de ziekte in het leven door middel van: medisch management (zelfbehandeling), aanpassing van leefstijl en het psychosociaal omgaan met (de gevolgen van) de chronische aandoening in het dagelijks leven. Het individu en zorgverlener zijn daarbij gelijkwaardige partners en stellen samen vast hoe een gezondheidsprobleem wordt opgepakt in een proces van gezamenlijke besluitvorming^{17,18,19}.

Zelfmanagementondersteuning

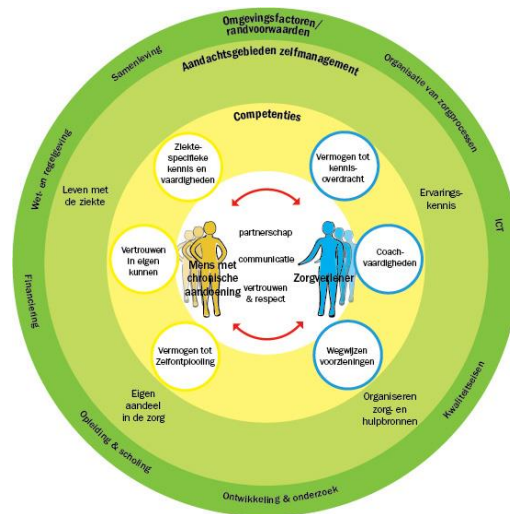
Gebaseerd op het CCM verdeelt de Zorgmodule Zelfmanagement Zelfmanagementondersteuning in 5 essentiële elementen. Voor de uitwerking wordt het 5A model^{38,39} gebruikt. Op systematische wijze ondersteunt de zorgverlener zelfmanagement door te Achterhalen, Adviseren, Afspreken, Assisteren en Arrangeren. Dit betekent dat de zorgverlener de patiënt vraagt naar zijn ervaringen, die spiegelt aan de eigen beoordeling van het verloop van de ziekte en samen met de patiënt afweegt wat de beste aanpak is en afspraken maakt over wie wat gaat doen, welke assistentie daarbij geboden kan worden en door wie. Tenslotte regelt de zorgverlener continuïteit in de ondersteuning tot het volgende contact. We staan uitgebreid stil bij het 5A model in hoofdstuk 6.

Het is belangrijk dat zorgverleners zijn uitgerust met de competenties die nodig zijn om het zelfmanagement van de patiënt op een goede manier te ondersteunen. In hoofdstuk 5 besteden we daar aandacht aan.

Het Generieke Model Zelfmanagement

Het Generieke Model Zelfmanagement¹⁷ maakt in één oogopslag zichtbaar wat de essenties van zelfmanagement zijn en welke onderdelen aandacht behoeven bij het werken aan zelfmanagement in de praktijk. Kern van het model is de interactie tussen de mens met een chronische aandoening en zijn zorgverlener. In de ringen daaromheen staan respectievelijk:

- De competenties die een belangrijke rol spelen bij zelfmanagement. Het betreft enerzijds competenties die chronisch zieken nodig hebben voor het inpassen van de ziekte in hun leven en anderzijds competenties die zorgverleners nodig hebben om zelfmanagement bij hun patiënten te ondersteunen;
- De verschillende aandachtsgebieden waarbinnen de patiënt in het kader van optimaal zelfmanagement de regie kan (her)nemen en;
- De omgevingsfactoren en randvoorwaarden die invloed uitoefenen op de invulling en mate van zelfmanagement.



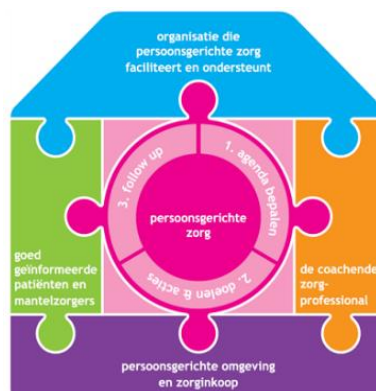
Het Huis van Persoonsgerichte Zorg

Het Huis van Persoonsgerichte Zorg is een op CCM gebaseerde aanpak waarmee patiënten, zorgverleners en zorgmanagers persoonsgerichte zorg in de eigen praktijk van chronische zorg kunnen implementeren.

De bouwstenen van Het Huis van Persoonsgerichte Zorg betreffen:

- De coachende Zorgprofessional
- Goed geïnformeerde patiënten en mantelzorgers
- Een organisatie die persoonsgerichte zorg faciliteert en ondersteunt
- Een persoonsgerichte omgeving en zorginkoop

Om persoonsgerichte zorg binnen een organisatie vorm te geven en te laten evolueren moeten alle bouwstenen elk afzonderlijk én in samenhang geadresseerd worden, in een cyclisch proces van agenderen, communicatie en uitvoering, evaluatie en optimalisatie²⁴.



3. Diabetes en Zelfmanagement

Intro

Diabetes onderscheidt zich van veel andere chronische aandoeningen door de relatieve zwaarte van de zelfmanagementvereisten⁴⁰ en zelfmanagementactiviteiten om de diabetes in het dagelijks leven in goede banen te leiden. Het wordt daarom ook wel beschouwd als één van de meest psychisch belastende chronische ziekten⁴¹. Het leven met de ziekte, het eigen aandeel in de zorg (onderdelen van de zorg die de patiënt voor zijn rekening wil en kan nemen) en het organiseren van zorg- en hulpbronnen trekt een zware wissel op mensen met diabetes¹⁷. De patiënt zelf maakt in een continue afweging vanuit zijn eigen prioriteiten en in relatie tot te verwachten (positieve) gezondheidsuitkomsten keuzes betreffende leefstijl en medicatie. Uitgangspunt is dat de zorgverlener de keuzes van de patiënt respecteert ook als die vanuit professioneel oogpunt suboptimaal zijn.

Medisch management

Bij een grote groep mensen met insulineafhankelijke diabetes speelt medisch management een grote rol bij het bereiken van een goede bloedglucoseregulatie. Het gaat hierbij om het zelf controleren van bloedglucosewaarden, het toedienen van insuline en zo nodig aanpassen van de dosering en het aanpassen van voeding en/of beweging. Bij dit alles dient rekening te worden gehouden met schommelingen in bloedglucosewaarden; soort en hoeveelheid voeding, inspanning en stress. Dagelijks terugkerende handelingen die ervaring en discipline vereisen en die zich buiten een medische setting en veelal in de thuissituatie afspelen. De patiënt moet hierbij voor het grootste deel van de tijd zelf zijn ziekte zien te managen.

Leefstijl

Hoewel zelfregulatie zoals hierboven beschreven niet van toepassing is voor mensen met type 2 diabetes die alleen orale medicatie gebruiken, hebben ook zij een groot eigen aandeel in hun zorg. Zo is het belangrijk dat zij zich net als patiënten met insulineafhankelijke diabetes inspannen voor een gezonde leefstijl. Ter voorkoming van complicaties en om zo lang mogelijk het gebruik van insuline kunnen uitstellen.

Momenten en fasen

In alle fasen van het ziekteproces kunnen zich problemen voordoen die te maken hebben met het omgaan met de ziekte, maar deze zijn vooral te verwachten in de periode kort na de diagnose en bij de (dreigende) confrontatie met een chronische complicatie van de diabetes. Echter ook door andere invloedrijke gebeurtenissen kunnen er problemen ontstaan. Hierbij kan gedacht worden aan de puberteit en stress verhogende periodes (bijvoorbeeld veroorzaakt door belangrijke levensgebeurtenissen als scheiding, het verlies van dierbaren, traumatische ervaringen), het gebruik van drugs en of alcohol en financiële problemen. Ook co-morbiditeit (denk bijvoorbeeld aan depressie) kan veranderingen in het zelfmanagement tot gevolg hebben. Bij kwetsbare ouderen richt de behandeling van de diabetes zich vaak op andere aandachtspunten⁴². Het is goed daar rekening mee te houden. Zeker bij deze groep patiënten is het betrekken van familie en

mantelzorgers of thuiszorg belangrijk. 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 stelt⁴³. De aard en complexiteit van zelfmanagement bij mensen met diabetes is daarbij afhankelijk van persoonlijke kenmerken, ziekte-gerelateerde en sociale en culturele factoren, zorgbehoefte en gezondheidsvaardigheden⁴³.

4. Implementatie: visie en plan van aanpak

Intro

In hoofdstuk 2 hebben we kort gekeken naar het Chronic Care Model, het Generieke Model Zelfmanagement en het Huis van de Persoonsgerichte Zorg. Het mag duidelijk zijn dat de implementatie van zelfmanagement(ondersteuning) in de zorgpraktijk, geen op zichzelf staande actie kan zijn. Het gaat om een fundamentele innovatie waarbij verschillende aspecten in samenhang aandacht moeten krijgen. Succesvolle implementatie van zelfmanagement(ondersteuning) begint daarom met de ontwikkeling van een eigen visie op persoonsgerichte (diabetes)zorg. Zo'n visie maakt duidelijk waarom persoonsgerichte zorg belangrijk is en wat er met de implementatie wordt nagestreefd en wordt bij voorkeur door zorgverleners en patiënten gezamenlijk ontwikkeld. Draagvlak bij alle betrokkenen is belangrijk voor de acceptatie van aan de visie verbonden praktische consequenties. Het zorgt er bovendien voor dat allen toewerken naar dezelfde stip op de horizon. De ontwikkelde visie kan vervolgens worden uitgewerkt in een plan van aanpak.

Een goed begin is het halve werk

In de voorbereiding op de implementatie van zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning is het nodig dat zorgverleners en patiënten samen een visie ontwikkelen (zie ook hoofdstuk 8 voor een beschrijving van manieren waarop dit samen met patiënten kan worden opgepakt). Alle pijlers van het Huis van de Persoonsgerichte Zorg en de wijze waarop deze met elkaar samenhangen krijgen daarin aandacht. Luisteren naar en respecteren van elkaars opvattingen, normen, waarden en belevingswereld is daarbij het vertrekpunt.

Bij de ontwikkeling van een visie is het belangrijk te blijven teruggaan naar de 'basisvragen' : Waarom doen we dit? Wat willen we gezamenlijk bereiken? Wanneer zijn we uiteindelijk succesvol?^{44,45} Hoe ziet de patiënt zijn leven met een chronische aandoening? Hoe wil hij daar invulling aan geven en welke rol wil/kan hij daar zelf bij spelen? Hoe moet de zorgverlening er in de toekomst dan uit gaan zien? Hoe kunnen zorgverleners de patiënt het best ondersteunen bij het nemen van regie? Welke rollen zijn daarbij belangrijk voor zorgverleners? Welke informatie, kennis en vaardigheden heeft de patiënt nodig? Welke competenties hebben zorgverleners nodig? Welke rol kan de omgeving van de patiënt spelen en hoe betrekken we deze? Hoe stemmen we rollen, taken en verantwoordelijkheden op een goede manier op elkaar af? Op welke wijze kan de organisatie persoonsgerichte zorg faciliteren en ondersteunen?

Het te bereiken "punt op de horizon" zal voor zowel patiënten als zorgverleners uitdagend en de moeite waard moeten zijn. Een visie moet inspireren!

Tips ten behoeve van visieontwikkeling⁴⁶:

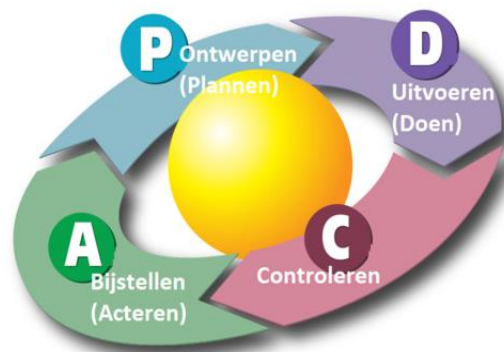
Aandachtspunten:

- Blijf niet hangen in casuïstiek
- Blijf niet hangen in abstractie en verzand niet in uitgebreide theoretische beschrijvingen. Formuleer wel een duidelijk statement: Hier doen we het voor/ dit willen we gerealiseerd zien. Spiegel vervolgens gedurende het traject regelmatig acties, ontwikkelingen en resultaten aan dit statement. Zijn we (nog) op de goede weg?
- Koppel de visie niet te snel aan concrete, korte termijn resultaten. Werken volgens een visie kost tijd.
- Het is belangrijk dat betrokkenen het waarom achter de visie snappen en 'voelen'. Anders mist het draagvlak om te (blijven) werken volgens de opgestelde visie.
- Zorg voor een stimulerende omgeving en commitment vanuit de organisatie.
- Zorg voor inspirerende en motiverende kartrekkers.
- Maak gebruik van inspirerende voorbeelden.
- Neem de tijd.

Van visie naar plan van aanpak

Als de visie helder is kan worden vastgesteld wat de gevolgen zijn voor beleid en organisatie van zorg, taken en verantwoordelijkheden van patiënten en zorgverleners en voor benodigde randvoorwaarden^{17,47}. Op basis daarvan kan een plan van aanpak ontwikkeld worden. Hoe nu als team samen met de patiënt daadwerkelijk aan de slag te gaan met zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning.

Ten behoeve van het plan van aanpak wordt gebruik gemaakt van de Plan-Do-Check-Act kwaliteitscirkel (Deming).



Volgens de principes van Plan-Do-Check-Act wordt eerst de huidige situatie in kaart gebracht waarna wordt bepaald waar de komende periode mee aan de slag te gaan. De implementatie van ZM/ZMO is veelomvattend; er moet rekening worden gehouden met alle pijlers van het Huis van Persoonsgerichte Zorg en hun onderlinge samenhang. Het is daarom belangrijk te prioriteren en niet alles tegelijkertijd te willen adresseren. Een plan van aanpak heeft alleen kans van slagen wanneer het is afgestemd met betrokken ketenpartners en patiënten.

Vragen die kunnen helpen bij planontwikkeling⁴⁸

- Welke kortere termijn doelen kunnen geïdentificeerd worden op weg naar de stip op de horizon? Kunnen deze SMART gedefinieerd worden?
- Wat wordt er op dit moment al gedaan aan zelfmanagement/ zelfmanagementondersteuning? Wordt er bv al gewerkt met individuele zorgplanning?
- Wat is aanvullend nodig om gestelde (kortere termijn) doelen te bereiken?
- Is er zicht op factoren die de realisatie van gestelde doelen belemmeren, dan wel bevorderen?
- Welke consequenties heeft de realisatie van gestelde doelen voor het ontwerp van het zorgproces? Voor taken en verantwoordelijkheden van zorgverleners (alle betrokken ketenpartners) en patiënten?
- Welke consequenties heeft de realisatie van gestelde doelen voor randvoorwaarden zoals bv ICT, benodigde competenties bij zorgverleners en patiënten?
- Hoe kunnen patiënten structureel worden betrokken?
- Welke investering in tijd en middelen is nodig om de gestelde doelen te bereiken?
- Hoe kan de voortgang en continuïteit van het proces gemonitord worden?
- Hoe wordt ook op langere termijn draagvlak gecreëerd en behouden?
- Hoe wordt geborgd dat de ervaringen en uitkomsten rond het traject worden gedeeld en indien nodig tijdig leiden tot bijstelling van geplande activiteiten?
- Hoe faseren we het proces om het beheersbaar te houden?
- Is duidelijk met welke patiënten(groepen) gestart gaat worden?^{a 49}
- Is duidelijk met welke praktijken, zorgverleners er gestart gaat worden?
- Hoe is de samenwerking met partners buiten de keten? Is de sociale kaart in beeld? Vraagt dit om actie? Op welk moment van het traject?
- Welke instrumenten gaan we gebruiken; passen deze bij de setting; de interventies die er al lopen en de mogelijkheden die er zijn voor de ICT omgeving?
- Hoe gaan we e-health inzetten?

Instrumenten

Instrumenten die helpen bij visieontwikkeling zijn te vinden via:

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/bibliotheek/>

Instrumenten die helpen bij planontwikkeling zijn te vinden via:

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/handreikingen-implementatie/>

^a Tijdens het project individueel Zorg Plan Diabetes is gebleken dat er groepen patiënten geïdentificeerd kunnen worden die meer dan anderen openstaan voor onderdelen van persoonsgerichte zorg zoals andere vormen van consultvoering, gebruik van een IZP. Het betrof hier mensen met een recent geconstateerde diabetes en mensen die op het punt staan met insuline te beginnen. Wellicht goede patiëntengroepen om mee te beginnen.

5. ZMO en de competente zorgprofessional

Intro

Hoe kunnen zorgverleners mensen met diabetes ondersteunen bij hun zelfmanagement? Hoe kunnen ze het vermogen van de patiënt het leven voorop te stellen, zelf besluiten te nemen en uit te voeren ondersteunen en bevorderen? Hoe het vertrouwen in eigen kunnen bij de patiënt te versterken? Om mensen met diabetes zoveel mogelijk voor zichzelf te laten zorgen zal de professional zich niet langer moeten focussen op de 'klacht' maar op de 'kracht' van de patiënt. Naast behandelaar is de zorgverlener vooral ook coach. Coachen is daarmee dan ook een essentiële en vereiste vaardigheid, maar zeker niet de enige. De professional fungeert als de 'skilled companion' die coacht, feedback geeft en instrumenten aanreikt die het leerproces van de patiënt het beste ondersteunen. Daarbij wordt aangesloten bij de leefwereld, motivatie en mogelijkheden van de patiënt.

Het ondersteunen van zelfmanagement is essentieel voor goede zorgverlening, komt niet bovenop de huidige zorg maar is er onderdeel van. De competenties (kennis, inzicht, vaardigheden en attitudes) die de zorgverlener nodig heeft om zelfmanagement goed te kunnen ondersteunen worden in dit hoofdstuk beschreven.

Zeven Competentiegebieden

De competenties die aanwezig moeten zijn in een multidisciplinair team van zorgverleners dat zich bezighoudt met zelfmanagementondersteuning zijn volgens het CANMED model onder te brengen in zeven competentiegebieden met als kerncompetentiegebied Zelfmanagementondersteuning. Binnen deze competentiegebieden zijn competenties verder geconcretiseerd naar specifieke kennis, inzichten, vaardigheden en attitudes⁴³. In het kader een overzicht, daarna een korte uitwerking.

Zeven competentiegebieden ZM ondersteuning⁴³

- **Zelfmanagementondersteuning**; de zorgverlener als zelfmanagement-ondersteuner
- **Communicatie**; de zorgverlener als communicator
- **Samenwerking**; de zorgverlener als samenwerkingspartner en coach
- **Kennis delen en ontwikkelen**; de zorgverlener als professional die kennis deelt met de patiënt en handelt naar de laatste stand van de wetenschap
- **Maatschappelijk verantwoordelijkheid**; de zorgverlener als gezondheidsbevorderaar
- **Organisatie**; de zorgverlener als organisator
- **Professionaliteit en kwaliteit**; de zorgverlener als reflectieve professional en kwaliteitsbevorderaar

Zelfmanagementondersteuning

Het team heeft een visie op zelfmanagement(ondersteuning), heeft kennis van relevante theoretische modellen en ontwikkelingen en maakt op een adequate wijze gebruik van gevalideerd instrumentarium teneinde aan te sluiten bij behoeften en mogelijkheden van de patiënt en zijn directe naasten. Het team beschikt over de kennis en vaardigheden om gezonde leefstijlveranderingen bij de patiënt met diabetes te bewerkstelligen, waarbij wordt aangesloten bij de intrinsieke motivatie van de patiënt.

Communicatie

Het team is gericht op het effectief overdragen van kennis en vaardigheden ter bevordering van zelfmanagement. Het team kan afhankelijk van de patiënt en het moment kiezen tussen sturen, coachen en faciliteren. Het team maakt gebruik van instrumenten die het leerproces van die specifieke patiënt het beste ondersteunen en signaleert barrières die het proces van zelfmanagement belemmeren. Het team beheerst de individugerichte en groepsgerichte voorlichtings-, gespreks- en begeleidingsmethodieken en weet adequaat gebruik te maken van eHealth toepassingen en sociale media. Er wordt in de communicatie rekening gehouden 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.

Samenwerking

Het team en individuele zorgverleners zijn in staat een gelijkwaardige samenwerkingsrelatie met de patiënt aan te gaan en te onderhouden, waarbij men de ervaringskennis van de patiënt weet te gebruiken. Middels gezamenlijke besluitvorming wordt gezocht naar de beste optie om het gezondheidsprobleem van de patiënt te adresseren. Het gebruik van een individueel zorgplan kan hierbij behulpzaam zijn. Zorgverleners binnen een multidisciplinair team dragen zorg voor inhoudelijke afstemming ten behoeve van de continuïteit van zorg.

Kennis delen en ontwikkelen

Het team en individuele zorgverleners zijn in staat hun kennis zo over te dragen aan de patiënt dat deze optimaal is toegerust om weloverwogen keuzes te maken en zijn rol als zelfmanager succesvol te vervullen. De ervaringskennis van de patiënt wordt daarbij benut voor het best mogelijke zorgresultaat. Ontwikkelingen op het gebied van zelfmanagement worden gevolgd en er wordt permanent gewerkt aan de ontwikkeling van zelfmanagement gerelateerde deskundigheid.

Maatschappelijke verantwoordelijkheid

Basis voor het professionele handelen is het bevorderen van gezondheid en maatschappelijke participatie van de patiënt. Waar mogelijk weet het team/de zorgverlener de naasten en/of mantelzorgers van de patiënt actief te betrekken, waarbij rekening wordt gehouden met de fysieke (leef)omgeving, sociale relaties, cultuur en leefstijl.

Organisatie

Binnen het multidisciplinaire team zijn in relatie tot persoonsgerichte zorg afspraken gemaakt over effectieve en efficiënte inzet van beschikbare mensen en middelen, over individuele educatie en groepseducatie. De zorgpraktijk faciliteert zelfmanagementondersteuning binnen de diabeteszorg.

Professionaliteit en kwaliteit

Zorgverleners handelen ethisch en integer volgens professionele standaarden en hebben een reflectieve beroepshouding. De keuzes die worden gemaakt en de beslissingen die worden genomen, worden zorgvuldig overdacht; inhoudelijk, procesmatig en moreel/ethisch. Zorgverleners gaan zorgvuldig om met de ethische vraagstukken gerelateerd aan verschillen in professioneel perspectief (professionele normen) en perspectief van de patiënt of diens omgeving.

Instrumenten

<http://www.zorgstandaarddiabetes.nl/wp-content/uploads/2014/08/2014-08-04-NDF-Competentieprofiel-Zelfmanagement-educatie-DEFINITIEF.pdf>

Het Competentieprofiel Zelfmanagement-educatie bij diabetes geeft zorgverleners inzicht in het totale pakket van competenties die 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.

Het profiel kan gebruikt worden in combinatie met de Competentiescan Zelfmanagement-educatie bij diabetes.

<http://scanzelfmanagementeducatie.zorgstandaarddiabetes.nl/>

Met de aansluitend op het Competentieprofiel ontwikkelde Competentiescan Zelfmanagement-educatie bij diabetes kan het diabetesteam of de individuele diabetesprofessional in kaart brengen in hoeverre hij over de competenties beschikt en binnen welke competentiegebieden een leerbehoefte bestaat/ welke competentiegebieden aandacht behoeven.

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkieser.nl/scholing/>

In deze categorie instrumenten binnen de instrumentenkieser vindt u scholingen voor zorgverleners gericht op zelfmanagement-ondersteuning. Scholing in bepaalde gesprekstechnieken, (e)-coaching, of bijvoorbeeld om beter zicht te krijgen op gezondheidsvaardigheden van patiënten.

6. ZMO in de relatie met de patiënt

Intro

Om zelfmanagementondersteuning op een goede manier in de praktijk te kunnen brengen is het behulpzaam 5 stappen te doorlopen. De zorgverlener vraagt de patiënt naar zijn ervaringen, spiegelt die aan de eigen beoordeling van het verloop van de ziekte en weegt vervolgens samen met de patiënt af wat de beste aanpak is. Er worden afspraken gemaakt over wie wat gaat doen, welke assistentie daarbij geboden kan worden en door wie. Tenslotte regelt de zorgverlener continuïteit in de ondersteuning tot het volgende contact³⁹.

5A model en diabeteszorg

In hoofdstuk 2 vertelden we al dat de component zelfmanagementondersteuning vanuit het Chronic Care Model is onder te verdelen in 5 essentiële elementen en voor de uitwerking daarvan het Generiek Model Zelfmanagement kiest voor het 5A model^{b 38}. Op systematische wijze ondersteunt de zorgverlener zelfmanagement door te Achterhalen, Adviseren, Afspreken, Assisteren en Arrangeren.

Achterhalen

De zorgverlener vraagt de patiënt naar zijn ervaringen en behoeften. Wat vindt deze patiënt belangrijk in het leven met diabetes? Wat weet de patiënt van diabetes? Hoe beoordeelt de patiënt het beloop van zijn diabetes en de daarmee gepaard gaande ziektelast? Is er mogelijk sprake van emotionele distress (gerelateerd aan het leven met de ziekte diabetes en de last van de dagelijkse behandeling) of zijn er depressieve klachten die eerst behandeld moeten worden alvorens er ruimte ontstaat voor effectieve zelfmanagementondersteuning⁵⁰. Hoe ziet de patiënt zijn eigen aandeel in de zorg? Beschikt de patiënt over voldoende kennis en vaardigheden om diabetes op een goede manier in het leven te kunnen inpassen? Van welke zorg/ hulpbronnen maakt de patiënt nu gebruik/ kan hij gebruik maken en hoe zit dat in de toekomst? Wat is voor de patiënt op dit moment het belangrijkste in het leven met diabetes¹⁷?

Vragen om ervaringen/ behoeften patiënt te achterhalen³⁹

- Wat betekent de ziekte voor de patiënt? Voor de omgeving? Voor werk en sociale activiteiten?
 - Hoe gaat de patiënt om met de eisen die de ziekte aan hem stelt op dit moment
- Specifieke voorbeelden⁵¹:
- Inname orale medicatie/ toedienen insuline
 - Hypoglycemieën
 - (indien van toepassing) Controleren bloedglucosewaarden
 - Beweging/ Fysieke activiteit
 - Leefstijl/Voeding
 - Voetzorg
- Ervaart patiënt belemmeringen om te doen wat voor hem belangrijk is? Op welke

^b Uitgangspunt is dat niet elke individuele zorgverlener alle in dit hoofdstuk omschreven competenties volledig 'moet' beheersen. Binnen het totale multidisciplinaire team dat verantwoordelijk is voor de diabeteszorg dienen alle competenties echter wel voor handen te zijn.

terreinen?

- Wat wil de patiënt graag aanpakken of veranderen? Staat hij open voor verandering?
- Wil of kan de patiënt een leidende rol hier in nemen?
- Wat kan hij zelf doen en waar is hulp bij nodig? Wat is de rol van naasten en eventuele mantelzorgers?
- In welke mate denkt de patiënt dat de verandering gaat lukken?

Adviseren

De zorgverlener geeft als deskundige partner ('expert companion') antwoord op vragen van de patiënt, adviseert over keuzes die de patiënt heeft of helpt niet begrepen ervaringen of bevindingen te verklaren. De zorgverlener gebruikt zijn kennis over de ziekte, symptomen, interpretatie van klinische gegevens, uitslagen en behandelingen én zijn kennis van de patiënt en diens psychosociale context om de patiënt meer inzicht te geven. Hierdoor kan het vertrouwen in eigen kunnen groeien, waardoor de patiënt zekerder is, weloverwogen keuzes kan maken en adequaat met de ziekte kan omgaan. De zorgverlener kan ook ongevroegd advies geven over risico's die horen bij het leven met diabetes, de leefstijl van de patiënt en wat de patiënt kan doen om die risico's te verminderen. (Positieve) gevolgen van gedragsverandering en preventieve maatregelen in relatie tot acute en chronische complicaties kunnen daarbij aan de orde komen. Informatie wordt op maat gegeven en er wordt aangesloten bij al aanwezige kennis en informatie en de behoefte van de patiënt.

Afspreken

De zorgverlener verkent samen met de patiënt wat hij precies wil bereiken en helpt de patiënt dit te verwoorden in concrete, haalbare doelen. Er wordt daarbij een afweging gemaakt tussen levensdoelen en medische behandeldoelen. Als er meerdere, qua effectiviteit min of meer gelijkwaardige, opties bestaan om de verschillende doelen te realiseren, worden deze samen met mogelijke voor- en nadelen voor de patiënt besproken en gewogen. De uiteindelijke keuze voor na te streven doelen; de daartoe in te zetten interventies en/of behandelingen en het eigen aandeel van de patiënt daarbij, hangt af van de persoonlijke situatie, de ziektegeschiedenis, voorkeuren en motivatie van de patiënt. In het hele proces van gezamenlijke besluitvorming brengt de zorgverlener specifieke expertise en kennis in, adviseert en ondersteunt in de besluitvorming. Afhankelijk van de kennis, vaardigheden en voorkeuren van de patiënt kiest de zorgverlener hierbij voor een meer informerende, adviserende of sturende benadering. De uiteindelijke keuze wordt door de patiënt gemaakt. Het is belangrijk dat de zorgverlener de keuzes van de patiënt respecteert ook als die vanuit professioneel oogpunt suboptimaal zijn. Gemaakte afspraken worden vastgelegd^{10,27}.

Assisteren

De zorgverlener helpt de patiënt gemaakte afspraken te realiseren. Indien de patiënt daar behoefte aan heeft wordt hij ondersteund in het omgaan met persoonlijke barrières. De zelfeffectiviteit^c van de patiënt in relatie tot gemaakte afspraken wordt hiertoe geëvalueerd. Mogelijke belemmeringen worden in kaart gebracht waarna gezamenlijk wordt onderzocht hoe die kunnen worden weggenomen. Er wordt geïnventariseerd of er behoefte is aan aanvullende zorg om met

^c Het vertrouwen van een persoon in de eigen bekwaamheid om met succes invloed uit te oefenen op zijn of haar omgeving, bijvoorbeeld door een bepaalde taak te volbrengen of een probleem op te lossen

belemmeringen om te gaan. Aanvullende zorg kan bijvoorbeeld bestaan uit extra educatie, het volgen van een zelfmanagementtraining, coaching of psychologische begeleiding¹⁷.

Mogelijke barrières bij de realisatie van gestelde doelen

- Fysieke of cognitieve beperkingen, functieverlies
- Emotionele of psychische beperkingen, verwerkingsproblematiek
- Sociale beperkingen, toegankelijkheid, mobiliteit, financiële kosten
- Beperkte behandel- of technische vaardigheden
- Taal barrières, laaggeletterdheid.
- Barrières om leefstijlaanpassingen door te voeren
- Problemen met maatschappelijke of arbeidsparticipatie
- Niet ziekte gerelateerde barrières, zoals gebrek aan ondersteuning van naasten en problemen binnen de huiselijk omgeving (geweld of opvoedingsproblemen)
- Miscommunicatie tussen de zorgverleners
- Problemen om de juiste zorg- en hulpbronnen te vinden en in te schakelen

Arrangeren

De patiënt en zorgverlener komen samen tot een dynamische set van afspraken (IZP) over de ondersteuning voor de daaropvolgende periode, zowel de korte als de (middel) lange termijn. Taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen patiënt en zorgverlener(s), doelen en (zorg)activiteiten, tijdsplanning en afspraken over follow-up worden zo voor alle partijen duidelijk. Hierbij zijn tevens afspraken gemaakt over de voortgangsbewaking van het plan en over wat te doen als er zaken niet goed gaan. Indien nodig worden afspraken na evaluatie aangepast. Wanneer geïndiceerd wordt de patiënt doorverwezen naar passend zorgaanbod door andere zorgverleners of in contact gebracht met activiteiten/ hulpaanbod vanuit het publieke domein. Inhoud en gebruik van een IZP zijn mede afhankelijk van de persoonlijke situatie, de ziektegeschiedenis, de voorkeuren en de motivatie van de patiënt.

Instrumenten

Gezamenlijke besluitvorming

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkieser.nl/gezamenlijke-besluitvorming/>

Een overzicht van instrumenten en hulpmiddelen die zorgverleners ondersteunen bij het vormgeven van de gezamenlijke besluitvorming in de praktijk.

Opstarten zorg

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkieser.nl/opstart-zorg/>

Om zelfmanagement adequaat te kunnen ondersteunen is het van belang dat de zorgverlener bij de start van de zorg inzicht heeft in wat iemand kan en wil en wat hij of zij nodig heeft van de zorgverlener. Deze link biedt instrumenten die u hierbij behulpzaam kunnen zijn.

Individueel zorgplan

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkieser.nl/individueel-zorgplan/>

Een individueel zorgplan (IZP) is een dynamische set van afspraken van de patiënt en de zorgverlener(s) over zorg én zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van de patiënt. Zij komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand.

Dit vormt de kern van het proces van individuele zorgplanning. Deze link biedt verschillende voorbeelden van zorgplannen die zorgverleners kunnen gebruiken, evenals achtergrondmateriaal met betrekking tot het IZP.

Ondersteuning tijdens zorgproces

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/zorgproces/>

In de categorie 'zorgproces' vindt u instrumenten die tijdens het zorgproces kunnen worden ingezet en die de professional in staat stellen als 'skilled companion' op te treden.

Scholing gericht op Zelfmanagementondersteuning

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/scholing/>

In deze categorie vindt u scholingen voor zorgverleners gericht op zelfmanagement-ondersteuning. Scholing in bepaalde gesprekstechnieken, (e)-coaching, of bijvoorbeeld om beter zicht te krijgen op gezondheidsvaardigheden van patiënten.

7. ZM(O) en de goed geïnformeerde, vaardige patiënt

Intro

Niet alleen de zorgverlener dient te beschikken over specifieke competenties ook voor patiënten zijn kennis, inzicht, vaardigheden en attitudes noodzakelijk om zich in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven daadwerkelijk te kunnen aanpassen en eigen regie te kunnen voeren. (def. Huber, 2012). Bij patiënten spreken we dan van gezondheidsvaardigheden.

Dit hoofdstuk vertelt wat gezondheidsvaardigheden zijn; welke soorten er zijn en hoe ze kunnen worden ingezet. Tenslotte ook aandacht voor de rol van patiëntenverenigingen bij de ontwikkeling van gezondheidsvaardigheden bij hun achterban.

Gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden zijn vaardigheden van patiënten om informatie over diabetes en gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen. Ze zijn belangrijk voor de patiënt in het proces van gezamenlijke besluitvorming. Bij gezondheidsvaardigheden kan gedacht worden aan basisvaardigheden als lezen, schrijven en rekenen gericht op informatie over gezondheid. Maar ook aan de (gevorderde) cognitieve en sociale vaardigheden die nodig zijn om informatie te verkrijgen, te begrijpen, kritisch te analyseren en toe te passen op de eigen situatie⁵².

Mensen met veel gezondheidsvaardigheden lijken beter toegerust voor het maken van geïnformeerde en overwogen keuzes over hun gezondheid en zorg, dan mensen met weinig gezondheidsvaardigheden⁵³. Beperkte gezondheidsvaardigheden hangen samen met slechtere gezondheidsuitkomsten: een minder goede gezondheid en een grotere kans op overlijden. Ouderen, laagopgeleiden, laaggeletterden en niet-westerse migranten zijn sterker vertegenwoordigd in de groep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden⁵⁴. Ook diabetes komt beduidend vaker voor bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden dan bij andere bevolkingsgroepen⁵⁴. Mensen met diabetes die onvoldoende vaardigheden, kennis en zelfvertrouwen in huis hebben om goed voor zichzelf te zorgen gebruiken meer zorg en kosten meer. Ze zijn minder tevreden over de zorg, hebben meer klachten van de diabetes en hebben meer professionele ondersteuning nodig⁵⁵.

Zorgverleners moeten beperkte gezondheidsvaardigheden herkennen om er adequaat op te kunnen inspelen, bijvoorbeeld door het doseren van informatie, het toetsen van begrip, ondersteuning van de communicatie met visuele middelen, en een langere consulttijd. Hierdoor zullen klinische uitkomsten naar verwachting verbeteren, maar onderzoek naar de effectiviteit van dergelijke maatregelen is noodzakelijk⁵⁶.

Een actieve patiënt is niet vanzelfsprekend

Een actieve patiënt beschikt over de juiste gezondheidsvaardigheden; hij kan lezen en schrijven en informatie verwerken, begrijpen, keuzes maken en toepassen. Helaas is er in ons land een grote groep mensen die laaggeletterd is. Zij hebben deze vaardigheden niet en zijn niet in staat zijn om etiketten op medicijnen en folders te lezen, formulieren te begrijpen of in te vullen en borden en wegwijzers in ziekenhuizen te lezen. Vooral mensen met een lagere opleiding en een lagere sociale status hebben hier last van.

Bij meer complex gedrag, zoals meebeslissen over een behandeling en zelfmanagement, spelen ook psychologische en sociale aspecten een belangrijke rol. Dan gaat het over eigenschappen als motivatie en zelfvertrouwen. Eén op de twee Nederlanders heeft moeite om zelf de regie te voeren op het gebied van gezondheid, ziekte en zorg⁵⁷.

Soorten Gezondheidsvaardigheden

Het gaat bij gezondheidsvaardigheden om ziekte specifieke kennis en vaardigheden; vertrouwen in eigen kunnen en vermogen tot zelfontplooiing.

Ziektespecifieke kennis en vaardigheden

Deze stellen de patiënt met diabetes in staat om zijn ziekte te begrijpen, zicht te houden op hoe de ziekte zich ontwikkelt, hoe de gevolgen van de ziekte zoveel mogelijk beperkt kunnen worden en weloverwogen besluiten te nemen in het belang van zijn gezondheid. Het is mogelijk dat kennis niet bewust, maar onbewust wel aanwezig is. Deze kan zich dan manifesteren in bepaalde handelingen, intuïtie en routines.

Ziektespecifieke kennis en vaardigheden¹⁷

- Actuele kennis van de aandoening en de behandelmogelijkheden;
- Kunnen herkennen en monitoren van verschijnselen en symptomen;
- Goed geneesmiddelengebruik; medicijnen in de juiste dosis op de goede tijd gebruiken;
- Kennen en gericht benutten behandelvormen en therapieën;
- Kunnen aanpassen van afgesproken behandelplan bij veranderingen in klachten of verschijnselen,
- Kunnen signaleren complicaties en ongewenste bijwerkingen van de behandeling,
- Kunnen omgaan met (de beperkingen van) de aandoening in het dagelijkse leven,
- Kennis en vaardigheden die mensen in staat stellen risicofactoren te herkennen en er mee om te gaan,
- Kennis en vaardigheden om gezondheidsproblemen te herkennen en de eigen gezondheid te evalueren en te bevorderen
- Kennis en vaardigheden om leefstijl aan te passen

Vertrouwen in eigen kunnen

Vertrouwen in eigen kunnen stelt mensen in staat effectief om te gaan met de uitdagingen waarvoor de ziekte hen stelt.

Wat hoort bij Vertrouwen in eigen kunnen

- Assertiviteit,
- Een constructieve en actieve houding en benadering,
- Probleemoplossend vermogen,
- Besluitvaardigheid,
- In staat keuzes te maken,
- In staat te reflecteren op het eigen handelen,
- Verantwoordelijkheid durven nemen voor zelfzorg en eigen regie,
- In staat belemmeringen voor zelfmanagement in de eigen omgeving te verwoorden,
- In staat de eigen wensen en behoeften te onderkennen en bespreekbaar te maken,
- In staat een gelijkwaardige relatie met zorgverleners kunnen aangaan en onderhouden,
- In staat open te zijn over de eigen beperkingen,
- In staat eigen grenzen aan te geven en te bewaken,
- In staat te onderhandelen en
- In staat met weerstand en tegenslagen om te gaan

Vermogen tot zelfontplooiing

Vermogen tot zelfontplooiing stelt mensen in staat hun talenten te ontwikkelen en in te zetten voor een goed en bevredigend leven met diabetes.

Wat hoort bij Vermogen tot zelfontplooiing¹⁷

- De eigen beperkingen kennen, kunnen bespreken en daarvoor steun of compensatie kunnen zoeken,
- Sociale rollen (gezin, werk, vrienden, buurt) kunnen vervullen,
- Rekening houden met de gevolgen van de diabetes en het ziektebeloop voor intieme relaties en sociale contacten,
- Eigen prioriteiten kunnen stellen en op kunnen komen voor de eigen belangen en die van anderen,
- Beschikbare hulpmiddelen en voorzieningen kennen en kunnen benutten.
- Kunnen omgaan met emoties die het hebben van een chronische aandoening met zich mee kan brengen, zoals verdriet, depressie, angst, woede en rouw

Hoe kunnen gezondheidsvaardigheden worden ingezet?

Gezondheidsvaardigheden moeten worden toegepast in relatie tot het leven met de ziekte, het eigen aandeel in de zorg en de organisatie van zorg of hulpbronnen¹⁷. Ze stellen de patiënt in staat tot:

- Medisch management (het herkennen van symptomen, het toedienen van medicijnen, een gezonde leefstijl etc.)
- Emotioneel management (het omgaan met de emoties die bij het hebben van een aandoening komen kijken) en

- Rolmanagement (het vervullen van rol als moeder/vader/partner/vriend/collega/werknemer/verenigingslid, etc.)⁵⁸.

Rol patiëntenvereniging

Reguliere (diabetes)zorgprofessionals kunnen met hun kennis en kunde de patiënt ondersteunen, maar hierin is ook een belangrijke rol weggelegd voor de (diabetes)patiëntenvereniging. Een patiëntenvereniging kan vanuit het perspectief van ervaringsdeskundigheid een waardevol aanvullend educatieaanbod bieden op de behandeling, in begrijpelijke taal en op maat. Op die manier levert een patiëntenvereniging een directe bijdrage aan het creëren van vaardige en goed geïnformeerde patiënten.

Behalve het bieden van voorlichting op maat, kan een patiëntenvereniging ook een belangrijke rol hebben in het faciliteren van peer-educatie. Bij peer-educatie ondersteunen mensen met diabetes hun lotgenoten in de omgang met de aandoening. Na de diagnose diabetes is er veel te leren, te doen en te verwerken. Inzicht in de aandoening, hulp en praktische tips van andere mensen met diabetes kunnen de patiënt en zijn gezin of mantelzorgers dan helpen. Contactmomenten met zorgverleners zijn beperkt, terwijl mensen met diabetes elke dag geconfronteerd worden met hun diabetes. Lotgenotencontact en peer-educatie kan veel intensiever plaatsvinden (bijvoorbeeld door online fora of lotgenotenbijeenkomsten), is laagdrempelig en kan daardoor een enorme ondersteuning bieden aan mensen als het gaat om het accepteren en managen van hun diabetes.

Een patiëntenvereniging kan tenslotte ook samen met zorgprofessionals activiteiten organiseren om de gezondheidsvaardigheden van mensen met diabetes te vergroten. Afhankelijk van de behoefte van patiënten en inzichten van zorgverleners kunnen bepaalde thema's die voor bepaalde regio's of doelgroepen van groot belang zijn, op een laagdrempelig wijze worden behandeld buiten de setting van een gezondheidscentrum of huisartsenpraktijk.

Diabetesvereniging Nederland (DVN)

Patiëntenvereniging DVN strijdt voor goede zorg en een leefbaar leven voor iedereen met diabetes. Dat doet zij met deskundig advies en een uitgebreid dienstenpakket waaronder praktische ondersteuning op het gebied van diverse maatschappelijk relevante thema's (o.a. werk, rijbewijs, verzekeringen, belastingen, preventie), uiteenlopende (regionale) activiteiten en speciale onderdelen als SugarKidsClub en JONG met diabetes. Om de taak als belangenbehartiger van mensen met diabetes zo goed mogelijk te vervullen is DVN voortdurend in gesprek met overheid, zorgverzekeraars, zorgprofessionals en andere (diabetes)organisaties.

Instrumenten

Ondersteuning gezondheidsvaardigheden door patiëntenvereniging

<https://www.dvn.nl/diabetesschool>

Een belangrijk onderdeel van de diabetesschool is de basiscursus 'Leven met Diabetes'. Deze cursus voorziet in de basiskennis die nodig is voor het leven met diabetes rond een aantal thema's, o.a. voeding, beweging, leefstijl, medicatiegebruik, overeenkomsten en verschillen in behandelmethoden, omgang met zorgverlener, etc. Tijdens deze basiscursus gaan mensen actief aan de slag met hun eigen diabetes of met de diabetes van hun partner of kind. In deze cursus worden ervaringen uitgewisseld, maar wordt ook inhoudelijk op verschillende diabetes gerelateerde

onderwerpen ingegaan. Verschillende didactische werkvormen dagen mensen uit na te denken over de eigen behandeling, leefstijl, voedingsgewoonten en acceptatie van de diabetes. Ook krijgen mensen met diabetes inzicht in de eigen gewoonten en gedrag. De cursus is ontwikkeld door Diabetesvereniging Nederland (DVN) met inbreng van Hogeschool Utrecht en zorgprofessionals. Aanvullend op deze basis cursus biedt DVN ook extra modules met meer diepgang over de thema's voeding, beweging, leefstijl, medicatie, zelfcontrole, complicaties en de zorgverlener.

<https://www.dvn.nl/diabetes/diabeteswerkwijzer>

Ondersteuning zelfmanagement via de combinatie diabetes & werk.

Diabetes hebben mensen 24 uur per dag. Ook op het werk. Op DiabetesWerkwijzer vinden mensen informatie en tips om aan het werk te komen én te blijven met hun diabetes. Combineren van de zorg voor de diabetes met sollicitaties, vergaderingen, onregelmatige werktijden, onbegrip van collega's of een (dreigend) conflict. De DiabetesWerkwijzer helpt met antwoord op (veel gestelde) vragen, een diabeteswerkcoach, regionale themabijeenkomsten of juridische advies. Naast informatie voor mensen met diabetes is er ook informatie beschikbaar voor zorgverleners en bedrijfsartsen : <https://www.dvn.nl/service/werkgevers-en-arbodiensten>

Professionele ondersteuning gezondheidsvaardigheden

<http://3goedevragen.nl/>

In het kader van gezamenlijke besluitvorming is het belangrijk dat patiënten zelf actief participeren. In dat kader is het goed als patiënten door zorgverleners gestimuleerd worden de 3 goede vragen te stellen:

Stimuleer de patiënt de volgende vragen te stellen⁵⁹

1. Wat zijn mijn mogelijkheden?
2. Wat zijn de voor- en nadelen van deze mogelijkheden?
3. Wat betekent dat voor mijn situatie?

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkieser.nl/inzicht-eigen-regie-patient/>

Instrumenten die behulpzaam kunnen bij het in kaart brengen van de zelfmanagementvaardigheden van een patiënt. Het kan de zorgverlener helpen de patiënt meer op maat te ondersteunen.

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkieser.nl/inzicht-laaggeletterdheid-gezondheidsvaardigheden/>

Checklisten, tips en handreikingen die inzicht geven in de problematiek rond laaggeletterdheid/lage gezondheidsvaardigheden en die u als zorgverlener kunnen ondersteunen bij het voorbereiden / inrichten van de zorg voor de groep mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid.

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkieser.nl/voorlichtingsmateriaal/>

Voorlichtingsmateriaal, direct te gebruiken door de patiënt om zijn kennis te vergroten of om te gebruiken in het dagelijks leven zonder ondersteuning van een zorgverlener. Bijvoorbeeld filmpjes voor de patiënt om zijn kennis te verrijken, websites met patiënteninformatie.

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/individueel-aanbod/>

Instrumenten die de zorgverlener kan inzetten ter ondersteuning van het zelfmanagement van de individuele patiënt. De zorgverlener heeft daarbij een actieve coachende rol en ondersteunt de individuele patiënt bij het 'managen' van zijn chronische aandoening.

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/groepsaanbod/>

Groepseducatieprogramma's, gericht op de ondersteuning van het zelfmanagement van de patiënt, waarin de begeleider van de groep / zorgverlener een coachende en ondersteunende rol heeft.

<http://thuisarts.nl/diabetes-mellitus>

8. ZM(O) en de faciliterende organisatie

Intro

Dit hoofdstuk speelt zich af op organisatieniveau. Ook in hoofdstuk 4 was dat het geval, daar stond de vraag centraal: hoe implementeer je ZM(O) als (nieuwe) kernactiviteit in de praktijk van de organisatie. Beginnend met een gedragen visie en aan de hand van een uitgewerkt stappenplan. Dit hoofdstuk belicht een ander aspect. Zoals de professional competent en de patiënt vaardig moet zijn, zo moet de organisatie faciliterend zijn. Denk daarbij ook aan het Huis van de Persoonsgerichte Zorg. Kortom, in dit hoofdstuk gaat het over de vraag: wat moet een organisatie in huis hebben om professionals en patiënten in staat te stellen doelen op het gebied van ZM(O) te realiseren. Het gaat dan om zaken als goede afstemming tussen zorgverleners, voldoende ruimte en mogelijkheden voor patiëntenparticipatie/co-creatie, aandacht voor deskundigheidsbevordering en scholing van zorgverleners en het gebruik van nieuwe methodieken en innovatieve instrumenten, die bijvoorbeeld kunnen leiden tot consult en controlefrequentie op maat.

Een structurele aanpak op het niveau van de zorgorganisatie

Implementatie van zelfmanagementondersteuning en persoonsgerichte zorg als integraal onderdeel van de zorg voor mensen met diabetes start in de voorbereidende fase met de ontwikkeling van een visie op persoonsgerichte (diabetes)zorg en de daarbij behorende zorgaanpak (zie hoofdstuk 4)³⁷. Deze visie ligt aan de basis van een te ontwikkelen plan van aanpak voor implementatie van zelfmanagementondersteuning en persoonsgerichte zorg. Daar waar mogelijk is de aanpak ziekteoverstijgend.

Voor een plan van aanpak op maat is het belangrijk inzicht te hebben in karakteristieken, kenmerken, behoeften en gezondheidsvaardigheden van de eigen patiëntenpopulatie. De gezondheidsvaardigheden van de eigen populatie vormen daarbij een integraal onderdeel van het beleid en de uitvoering van de zorg. Er kan bijvoorbeeld rekening mee gehouden worden door bewustzijn voor het onderwerp te creëren in de organisatie, door adequate toegankelijkheid (bewegwijzering, informatievoorziening) en door training van medewerkers. Reeds ontwikkelde checklists kunnen hiervoor handvatten bieden.

Het is belangrijk voldoende tijd en middelen vrij te maken voor het implementatieproces, waarbij aandacht voor scholing van zorgverleners een randvoorwaarde is. De organisatie dient het leren uit ervaringen en in de praktijk te faciliteren (lerende organisatie).

Goede afstemming tussen zorgverleners

Optimale afstemming tussen huisarts, praktijkondersteuner, diëtist, fysiotherapeut, internist, diabetesverpleegkundige en andere betrokken zorgverleners is noodzakelijk voor succesvolle zelfmanagementondersteuning. Allen moeten kunnen terugvallen op de samen met de patiënt

opgestelde behandeldoelen. Goede notitie van de gemaakte afspraken en behandeldoelen in een HIS, KIS^d, ZIS of verwijsbrief is hiervoor een voorwaarde.

Voldoende ruimte en mogelijkheden voor patiëntenparticipatie/co-creatie

Zorgverleners hebben veel kennis over diabetes. Ze zijn deskundig op medisch en gezondheidsgebied en weten wat helpt bij de meeste mensen. Patiënten^e kijken vanuit een ander perspectief naar de zorgverlening dan zorgverleners. Patiënten bezitten specifieke ervaringsdeskundigheid die uniek is en die betrekking heeft op hun persoonlijke situatie, de behandeling, de ziekte en het herstel. In een partnerschap van patiënt en zorgverlener komen beide perspectieven bij elkaar. Er is dan sprake van een co-creatie, waarbij de patiënt zijn wensen, voorkeuren en ervaringen kenbaar (kan) maken en de zorgverlener hem helpt om op basis hiervan de juiste keuzes te maken in diagnostiek en behandeling.

Om het patiëntenperspectief optimaal te kunnen benutten, moet het een vaste plek krijgen in de organisatie van de diabeteszorg. Patiëntenparticipatie is een belangrijk hulpmiddel om dit te realiseren. Patiëntenparticipatie biedt patiënten de mogelijkheid om hun kennis en ervaringen in te brengen en daarmee een concrete bijdragen te leveren aan verbeteringen in de zorg. Niet alleen wat betreft hun eigen zorg in de spreekkamer, maar ook met betrekking tot het zorgproces en de organisatie van de zorg.

Patiëntenparticipatie kan leiden tot betere klinische resultaten. Het kan de legitimiteit van besluiten in de spreekkamer, dan wel op zorgorganisatieniveau verhogen en de positie en tevredenheid van patiënten versterken. Het kan bijdragen aan de effectiviteit en doelmatigheid van het zorgsysteem, bijvoorbeeld doordat het leidt tot minder controlebezoeken en een efficiëntere zorg. Het vraagt echter wel tijd, geld, technologische hulpmiddelen en aandacht om de juiste randvoorwaarden voor patiënten te scheppen zodat hun inbreng ook echt tot zijn recht komt^{60,61}.

Vormen van patiëntenparticipatie/co-creatie

In de spreekkamer

Het is belangrijk dat zorgverleners altijd een participerende rol van hun patiënten nastreven en stimuleren, tenzij een patiënt, ondanks aanmoediging en hulp van zijn zorgverlener, bewust afziet van de geboden mogelijkheid tot participatie. Om te kunnen participeren, moeten patiënten in staat zijn hun voorkeuren duidelijk te maken en afwegingen te maken. Ook lager opgeleide of minder mondige patiënten zijn hiertoe vaker dan gedacht in staat, mits daarbij door de zorgverlener wordt aangesloten bij hun bestaande niveau van vaardigheden en hun belevingswereld. Om gezamenlijk besluiten te kunnen nemen over de behandeling en verantwoordelijkheid te kunnen nemen voor de uitvoering daarvan, is een evenwichtige relatie tussen zorgverlener en patiënt een absolute randvoorwaarde.

In de zorginstelling en het zorgproces

Patiënten kennen de zorginstelling en het traject dat zij doorlopen als geen ander en kunnen goed aangeven waaraan behoefte is, waar hiaten zitten, wat goed loopt en wat minder goed gaat. Zo

^d Huisarts Informatie Systeem/ Keten Informatie Systeem

^e Een patiënt kan een individuele patiënt zijn, maar ook een groep van patiënten of patiëntvertegenwoordigers, zoals ouders, familie en naasten van patiënten.

kijkt een patiënt per definitie over alle schotten tussen organisatieonderdelen van de zorginstelling heen en ervaart persoonlijk de gevolgen hiervan. Om goede zorg en behandeling te realiseren kan een zorginstelling patiënten betrekken om inzicht te krijgen in de problemen, wensen en behoeften van die patiënten en nog specifieker: in de zorgprocessen van individuele patiënten.

Er zijn verschillende vormen van patiëntenparticipatie. Welke vorm van participatie het meest geschikt is, hangt af van het doel van de participatie, de gewenste intensiteit van participatie, het niveau in de organisatie, de ontwikkelingsfase van het project of proces en van de patiënten zelf⁶¹. Als het gaat om patiëntenparticipatie in georganiseerd verband, kunnen patiëntenverenigingen een belangrijke faciliterende rol spelen.

Tips voor samenwerking met patiënten⁶²

- Betrek mensen als mensen. Het persoonlijke verhaal van de patiënt is het uitgangspunt. Maak niet 'je eigen vertaling'. Op het oog kleine puntjes kunnen grote impact hebben op de (zorg)ervaringen van mensen.
- Vermijd hiërarchie. Een gelijkwaardige dialoog is belangrijk. Iedereen heeft recht op zijn eigen, unieke inbreng gebaseerd op kracht en ervaring. Dat betekent dat aandacht nodig is voor het creëren van een behandelrelatie waaraan beide partijen (professional en patiënt) een bijdrage leveren.
- Zorg voor vrijheid binnen duidelijke kaders. Bepaal bij de start van het proces kader en focus. Als de doelgroep er gedurende het traject niet mee uit de voeten kan, het tempo niet klopt of dat er andere ideeën en initiatieven opkomen, pas dan aan.
- Creëer vooraf commitment van de organisatie op proces en uitkomst. Alle betrokkenen moeten er vanaf het begin van het traject van op de hoogte zijn dat de organisatie zich schaaft achter het proces en daarmee ook achter het resultaat.
- Ga mee in de lerende beweging. Betrokkenen (patiënten en professionals) leren al doende wat goed partnerschap is en wat het kan opleveren. Besteed hier aandacht aan.
- Gebruik creatieve werkvormen en benaderingen, die aansluiten bij de mogelijkheden en beperkingen van de doelgroep. Drempels worden weggenomen en hun leefwereld wordt zichtbaar.
- Faciliteer en versterk de doelgroep. Zorg ervoor dat patiënten de rol kunnen nemen die zij wensen en die hen toekomt. Maak het zo leuk en toegankelijk mogelijk. Bied de ondersteuning die nodig is om die rol optimaal te vervullen. Het is vaak heel effectief om maximaal gebruik te maken van de groepsdynamiek. Mensen durven meestal eerder hun wensen en behoeften te uiten als ze weten dat ze daarin niet alleen staan.

Deskundigheidsbevordering, scholing van zorgverleners

Om zelfmanagement-ondersteuning en persoonsgerichte zorg in de praktijk te kunnen brengen dienen zorgverleners te beschikken over specifieke kennis, inzicht, vaardigheden en attitudes (zie hoofdstuk 5). Binnen de organisatie moet hier aandacht en ruimte voor zijn.

Nieuwe methodieken, digitale tools

Nieuwe methodieken en digitale tools helpen om van 'afvinklijstjes' en geprotocolleerde zorg te komen tot persoonsgericht zorg op maat. Ze kunnen bijvoorbeeld worden gebruikt in het kader van

consultvoorbereiding of ter ondersteuning van de gespreksvoering met de patiënt. Bij het inzetten van digitale technieken en tools moet worden gekeken naar de inpasbaarheid in de dagelijkse zorgpraktijk (deze dient veelal te worden aangepast) en de mate waarin ze aansluiten bij de behoeften van de eigen patiëntenpopulatie.

De toepassing van eHealth (alleen of in combinatie met face-to-face ondersteuning) kan leiden tot een lagere belasting van zorgverleners (minder face-to-face contacten met zorgverleners). Om het potentieel ervan optimaal te benutten, moet echter nog beter worden onderzocht voor wie bepaalde vormen van eHealth meer en minder geschikt zijn³⁷.

Het is een absolute randvoorwaarde dat het gebruikte ICT systeem het persoonsgerichte zorgproces ondersteunt.

Consult en controlefrequentie op maat

Sommige patiënten hebben meer ondersteuning; intensievere zorg nodig dan andere patiënten. Het is van belang om elke patiënt de juiste hoeveelheid tijd voor een consult te geven, toegespitst op zijn situatie en behoeften. Controlefrequentie op maat en afgestemd op de individuele patiënt en diens situatie⁶³. Door de mogelijkheden van e-health te benutten, kunnen controlemomenten ook op een andere manier dan face-to-face worden ingevuld.

Voorbeelden van digitale technieken/tools⁶²

- Interactieve zelfzorgplatforms
- e-Consult
- Online herhaalrecepten/Online afspraken
- e-Coach (digitale en/of telefonische ondersteuning van zorgvragers bij het formuleren en behalen van gestelde doelen en acties)
- Zelfmonitoring door patiënten (bv. bloeddruk of bloedglucosewaarden)

Instrumenten

Een structurele aanpak op het niveau van de zorgorganisatie

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkieser.nl/bibliotheek/>

Verdiepende achtergrondinfo die behulpzaam kan zijn bij het ontwikkelen van een visie op zelfmanagementondersteuning.

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkieser.nl/handreikingen-implementatie/>

Handreikingen, handboeken en stappenplannen die u als zorgverlener kunnen ondersteunen bij het maken van een plan van aanpak en het implementeren van 'ondersteunde zelfzorg' in de praktijk.

Patiëntenparticipatie/Cocreatie

Handboek patiënten-/cliëntenparticipatie Verbeteren van de zorg samen met patiënten/cliënten CBO 2013

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkieser.nl/voorbereiding-consult/>

Instrumenten die de patiënt ondersteunen bij het zo goed mogelijk voorbereiden van een consult met de zorgverlener.

Deskundigheidsbevordering, scholing van zorgverleners

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/scholing/>

Scholingen voor zorgverleners gericht op zelfmanagement-ondersteuning. Scholing in bepaalde gesprekstechnieken, (e)-coaching, of bijvoorbeeld om beter zicht te krijgen op gezondheidsvaardigheden van patiënten.

Het gebruik van nieuwe methodieken om met patiënten in gesprek te gaan over behoeften en passende ondersteuning

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/opstart-zorg/>

Instrumenten die gerelateerd zijn aan de opstartfase van de zorg. Om zelfmanagement adequaat te kunnen ondersteunen is het van belang dat de zorgverlener bij de start van de zorg inzicht heeft in wat iemand kan en wil en wat hij of zij nodig heeft van de zorgverlener.

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/gezamenlijke-besluitvorming/>

Instrumenten en hulpmiddelen die u als zorgverlener ondersteunen bij het vormgeven van de gezamenlijke besluitvorming in uw praktijk.

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/voorbereiding-consult/>

Instrumenten die de patiënt ondersteunen bij het zo goed mogelijk voorbereiden van een consult met de zorgverlener.

Gebruik van digitale technieken/tools

<http://zelfzorgondersteund.nl/instrumentenkiezer/zelfzorgplatforms/>

Lijst zelfzorgplatforms die voldoen aan de basiseisen voor platforms ondersteunde zelfzorg zoals vastgesteld binnen ZO!

<http://zelfzorgondersteund.nl/wp-content/uploads/2015/12/2015-1116-Basiseisen-voor-Ondersteunde-Zelfzorg.pdf>

Lijst met basiseisen waaraan zelfzorgplatforms met ingang van 1 januari 2016 moeten voldoen: inhoudelijk, functioneel en technisch. Zelfzorgplatforms zijn er voor de ondersteuning van mensen met één of meerdere chronische aandoeningen.

9. ZM(O) en een faciliterende omgeving

Intro

We zijn tot nu toe ingegaan op tal van aspecten van ZM(O) en we hebben het gehad over de competente professional, de vaardige patiënt en de faciliterende omgeving. Maar de wereld is groter. In dit hoofdstuk staan we kort stil bij enkele systeem-aspecten. Bijvoorbeeld de omgeving en het netwerk van de organisatie. Maar ook de relatie met de zorgverzekeraar die ZM(O) inkoop. Ook op centraal landelijk organisatieniveau zal aandacht gegeven moeten worden aan afspraken die persoonsgerichte zorg daadwerkelijk faciliteren. Hierbij kan gedacht worden aan organisaties als de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, beroeps- en patiëntenorganisaties.

Een lokaal netwerk

Op het niveau van het zorgsysteem is het belangrijk dat er gewerkt wordt aan het creëren van een optimale omgeving voor zelfmanagement, zelfmanagement-ondersteuning en persoonsgerichte zorg. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om het vergroten van de samenwerking tussen organisaties en sectoren op lokaal en regionaal niveau³⁷. Vanuit de gedachte van positieve gezondheid is het immers belangrijk dat korte lijnen tussen zorg en welzijnsorganisaties in de regio samenwerking, kennisuitwisseling en doorverwijzing naar aanbod op maat vergemakkelijken. In de proeftuinen van Expeditie Duurzame Zorg werken lokale netwerken samen aan (diabetes)zorg en preventie op maat, daarbij wordt veel kennis opgedaan over de optimale omgeving voor en de implementatie van ZM(O).

EDZ Living Labs

De EDZ proeftuinen zijn living labs, waar patiënten en professionals hun relatie opnieuw vormgeven, waar lijnen elkaar ontmoeten en gaan samenwerken, waar zorg en preventie worden geïntegreerd, waar gemeente, zorgverzekeraars en maatschappelijke partners zich verbinden in een gemeenschappelijk gezondheidsbeleid, waar bedrijven en scholen aanhaken met projecten en pilots.

<http://www.expeditieduurzamezorg.nl/>

Rotterdam
Parkstad

Persoonsgerichte zorginkoop op maat

Voor de opschaling van de implementatie van zelfmanagement, zelfmanagementondersteuning en persoonsgerichte zorg is het verder belangrijk toe te werken naar ruimte binnen de zorginkoop om zorg op maat flexibeler vorm te geven⁶³. Persoonsgerichte zorg vraagt een andere manier van inkopen. De huidige zorginkoop ondersteunt zorgverlening waarbij zorgverleners gericht zijn op genezing/behandeling en de uitvoering van een diseasemanagement programma volgens een standaardprotocol. Persoonsgericht inkopen impliceert meer aandacht voor de coachende rol van

de zorgverlener, voor zelfmanagement en voor de ervaringsdeskundigheid van patiënt en mantelzorgers. Niet alles is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener. Persoonsgerichte zorginkoop gaat uit van de behoefte van patiënten of patiëntenpopulaties. Het stimuleert patiënten en zorgverleners om de behandeling en begeleiding vorm te geven rond deze behoeften. Een andere focus dan bij de huidige zorginkoop waarbij de aandacht vooral gericht is op inkoop van een diseasemanagement programma. Bij persoonsgerichte zorginkoop ligt de focus meer op het stimuleren van eigen regie, op preventie, op de verbinding van zorg en welzijn en op het verbeteren van het functioneren van patiënten²⁴.

Tips voor persoonsgerichte zorginkoop zorggroep/ zorgverzekeraar^{37,64}

- Zoek met elkaar een gezamenlijk waarom en bespreek hoe je wilt meten of doelen gehaald worden;
- Bevraag elkaar op wat je van elkaar nodig hebt;
- Kom als zorgorganisatie met voorstellen voor onderdelen in de inkoop die stimulerend werken, bijvoorbeeld voor e-health toepassingen als alternatief voor de huidige consulten. Laat deze voorstellen het resultaat zijn van een traject waarin de zorggroep, zorgverleners en patiënten gezamenlijk de richting hebben bepaald.
- Maak gebruik van gegevens vanuit best practices, indien beschikbaar

Instrumenten

<http://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/prescanzelfevaluatie-en-scan-plan/>

<http://www.expeditieduurzamezorg.nl/>

Literatuurlijst

1. RIVM, Aantal chronisch zieken neemt toe, 14 maart 2013
2. Idenburg PJ, van Schaik M, de Weerd I. Diagnose Diabetes 2025, 2012
3. ZonMW, Factsheet Positieve gezondheid, 1 december 2014
4. Huber M, van Vliet M, Boers I. Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. NTvG. 2016
5. Huber M, Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. Proefschrift Universiteit Maastricht, 2014
6. Wermeling PR, Gorter KJ, Stellato RK, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of 3-monthly versus 6-monthly monitoring of well-controlled type 2 diabetes patients: a pragmatic randomised controlled patient-preference equivalence trial in primary care (EFFIMODI study). Diabetes Obes Metab, 2014 Sept;16(9):841-9
7. Wermeling PR, Janssen J, Gorter KJ, et al. Six-monthly diabetes monitoring of well-controlled patients: experiences of primary care providers. Primary Care Diabetes, 2013 Okt;7(3):187-91
8. Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. BMJ Open 2016;5
9. Care for chronic conditions, Chapter six: supporting self-management. 2008
10. IQ Healthcare Radboud UMC, Gezamenlijk besluitvorming & Zelfmanagement. 2013
11. NIVEL, Overzichtsstudie Zorg voor chronisch zieken. 2011
12. European Commission, Tender PiSCE (Pilot project on the promotion of self-care systems in the European Union). 2014
13. Self Care Forum (www.selfcareforum.org). 2015
14. European Commission, Tender Cost/benefit analysis of self-care systems in the EU. 2013
15. Ecorys, Report Self-care. 2011
16. NIVEL, Report minor ailments GP practices. 2011
17. CBO, Zorgmodule zelfmanagement. 2014
18. Health Programme EU, Tender EMPATHiE (Empowering patients in the management of chronic diseases). 2014
19. CBO, Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement. 2012
20. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, et al. Personalised care planning for adults with chronic or longterm health conditions (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley&Sons, Ltd 2015
21. Information sheet NHS, Personalised care planning improving care for people with long term conditions. 2011
22. Rutten GEHM, van Vugt HA, de Weerd I, et al. Van jaarcontrole naar jaargesprek: zorg op maat voor mensen met diabetes. Ned Tijdschr Geneesk, 2016;160D342
23. Standpunt NHG/LHV, Kernwaarden huisartsengeneeskunde. 2011/2012
24. Vilans, Whitepaper Persoonsgerichte zorg. 2014
25. The King's Fund, Delivering better services for people with long-term conditions. 2013
26. Ruimte voor Regie, hoofdstuk 4: Zelfmanagement en lage gezondheidsvaardigheden. Kluwer, 2013
27. Ruimte voor Regie, hoofdstuk 10: Kiezen en delen: gedeelde besluitvorming als pijler voor goede zorg. Kluwer, 2013
28. NHG, NPCF en Vilans, Plan van eisen generiek IZP. 2013
29. Coördinatie Platform Zorgstandaarden, Raamwerk Individueel ZorgPlan. 2012
30. WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, Where are the patients in decision-making about their own care? 2008
31. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Het Chronic Care Model in Nederland. 2011
32. Website <http://www.improvingchroniccare.org/>

33. Evidence for Better Care
(http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Evidence_for_Better_Care&s=5)
34. Coleman K, Austin BT, Brach C, et al. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*. 2009 Jan-Feb;28(1):75-85
35. Si D, Bailie R, Weeramanthri T. Effectiveness of chronic care model-oriented interventions to improve quality of diabetes care: a systematic review, *Primary Health Care Research & Development*. 2008;9(1) pp 25 - 40
36. Bapista DR, Wiens A, Pontarolo R, et al. The chronic care model for type 2 diabetes: a systematic review, *Diabetol Metab Syndr*. 2016;22(8:7)
37. Heijmans M, Lemmens L, Otten W, et al. Zelfmanagement door mensen met chronische ziekten: kennissynthese van onderzoek en implementatie in Nederland. Utrecht, NIVEL. 2015
38. Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 2001 20:64–78
39. CBO, Zorgmodule Zelfmanagement 1.0: Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten. 2014
40. NVAB, Richtlijnmodule Diabetes en arbeid, 2011, blz 45
41. Snoek FJ. De inzet van de medisch psycholoog bij de behandeling van diabetes mellitus, 2004, blz 19
42. Verenso, Multidisciplinaire Richtlijn Diabetes Verantwoorde Diabeteszorg bij kwetsbare ouderen thuis en in verzorgings- of verpleeghuizen, 2011
43. NDF, Competentieprofiel Zelfmanagement-educatie bij diabetes. 2014
44. Timmermans H, Havers J, van Veenendaal H. Ruimte voor regie. Pioniers over zelfmanagement in de zorg. Kluwer, Deventer en CBO Utrecht. 2013
45. Engels J, Hoofdstuk 8 het stappenplan zelfmanagementondersteuning. Ruimte voor regie. Kluwer, Deventer en CBO Utrecht. 2013
46. Workshop ZO! B. van der Poel, C. Brinkman, S. Hermsen 4 december 2014
47. Vilans, Stappenplan zelfmanagement. 2011
48. Gebaseerd op leidraad Plan en Scan/ZO!
49. Boshuizen D, Spitsbaard-Velmans J, Brinkers M, et al. Individueel zorgplan: de lastige praktijk. *Medisch Contact*, 2015
50. NDF, richtlijn "Signalering en monitoring van depressieve klachten", 2013
51. Moattari M, Ghobadi A, Beigi P, et al. Impact of self-management on metabolic control indicators of diabetes patients. *Diabetes Metab Disord*, 2012;11(6)
52. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67(12)
53. Davis, 2001; Dolan, 2004, Miller, 2007; Peterson, 2007
54. www.pharos.nl
55. Hendriks M, Plass AM, Heijmans M, et al. Minder zelfmanagementvaardigheden, dus meer zorggebruik? De relatie tussen patiënt activatie van mensen met diabetes en hun zorggebruik, zorgkosten, ervaringen met de zorg en diabetes-gerelateerde klachten. 2013
56. Twickler M, Hoogstraaten E, Reuwer AQ, et al. Laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden vragen om een antwoord in de zorg. *NTvG*. 2009;153:A250
57. De actieve patiënt als utopie " Prof. dr. Jany Rademakers
Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder Hoogleraar
Gezondheidsvaardigheden en patiëntparticipatie aan de Faculteit Health, Medicine and Life Sciences van Maastricht University, vrijdag 13 mei 2016
58. van Twillert S. Proefschrift Linking scientific and clinical knowledge practices: Innovation for prosthetic rehabilitation. 2015

59. <http://3goedevragen.nl/>
60. Van de Bovenkamp H, Grit K, Bal R. Inventarisatie patiëntenparticipatie in onderzoek, kwaliteit en beleid. 2008 blz. 55
61. CBO, Handboek patiënten-/cliëntenparticipatie Verbeteren van de zorg samen met patiënten/cliënten. 2013
62. Haan J, Engels J, de Wit F. Geef cliënten een stem: zorgvernieuwing kan niet zonder gelijkwaardige samenwerking. Kwaliteit in zorg. 2015;2
63. NHG Standaard/ NDF Zorgstandaard
64. ZonMw, Vilans, ZO!. Handleiding Zorgen voor Zelfzorg. 2015

Bijlage 1 Totstandkoming

Aanleiding

Er is sinds april 2015 gewerkt aan dit document door een werkgroep die is ingesteld naar aanleiding van het eerder door de NDF leden geaccordeerde overall plan voor “Positionering en (door)ontwikkeling thema zelfmanagement met betrekking tot diabetes”. De leden van de werkgroep hebben hierbij regelmatig afgestemd met de eigen achterban. De in het document behandelde onderwerpen zijn in overleg met de achterbanorganisaties als geprioriteerde thema’s aangemerkt. Het document dient (net als het eerder ontwikkelde document ‘Farmaceutische zorg als integraal onderdeel van de diabeteszorg’) voor een verdere concretisering van de passages over Zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning zoals die nu in de NDF Zorgstandaard zijn opgenomen. Het document geeft daarbij zowel een theoretisch kader als praktische handvaten die zorgverleners ondersteunen bij het in praktijk brengen van persoonsgerichte zorg en zelfmanagementondersteuning.

Werkgroep

De werkgroep die het document heeft opgeleverd bestaat uit :

Mw. Helmie Mulder-Mertens, namens KNGF
Dhr. Prem Adhien, namens KNMP
Mw. Joan Schermer, namens NVK
Mw. Birgitta Anema, namens DiHAG
Mw. Caroline Lubach, namens EADV
Mw. Mirja de Lange, namens EADV
Mw. Daniëlle Westerman, namens DNO/NVD
Mw. Claudia Bolleurs, namens DNO/NVD
Mw. Dayline Coffie, namens DVN
Dhr. Henk Bilo, namens NIV
Mw. Corrine Brinkman, namens NDF, redactie

Commentaar en autorisatie

Een conceptversie van het document is in oktober 2016 ter becommentariëring naar alle NDF leden en naar de NDF vaste adviescommissie Zorgstandaard en richtlijnen (<http://www.diabetesfederatie.nl/nederlandse-diabetes-federatie/organisatie>) gestuurd. Na verwerking van de commentaren is een nieuwe versie ter instemming aan de NDF leden voorgelegd. De nu voorliggende versie is door alle partijen geaccordeerd.