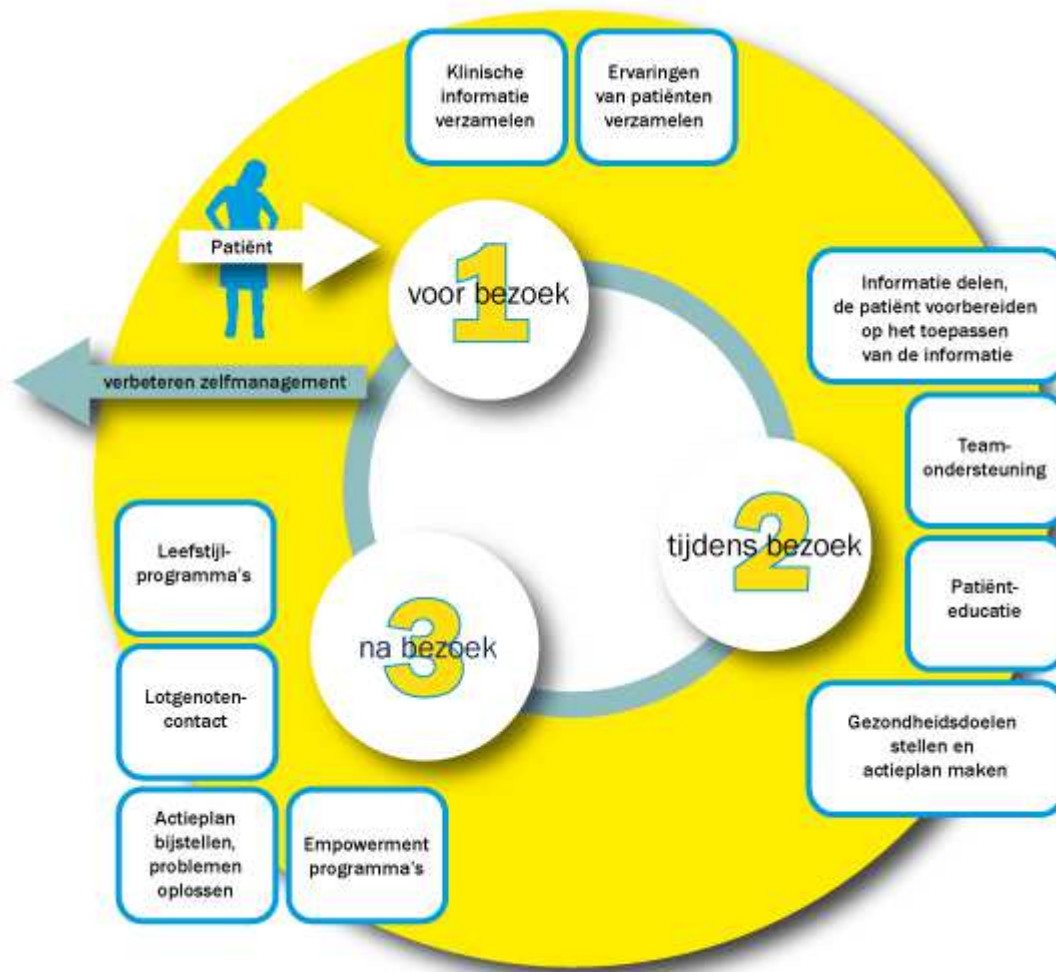


3 FASEN MODEL



Inhoud:

- **Introductie**
- **Fase 1**
- **Fase 2**
- **Fase 3**
- **Verbeteren Zelfmanagement**

INTRODUCTIE

Het aanmoedigen van chronisch zieke patiënten door zorgverleners in het nemen van dagelijkse beslissingen, die gezondheidsgerelateerd gedrag en klinische uitkomsten verbeteren, wordt zelfmanagement ondersteuning genoemd. Dit bestaat uit activiteiten die u als zorgaanbieder uitvoert en moet dus niet verward worden met zelfmanagement, wat de activiteiten van de patiënt omschrijft. Enerzijds is zelfmanagement ondersteuning een verzameling technieken en instrumenten die de patiënt helpt voor gezond gedrag te kiezen. Anderzijds is het een verandering in de relatie tussen de patiënt en zorgverlener tot een samenwerkingsverband.

Het doel van zelfmanagement is om patiënten met een chronische aandoening een zo goed mogelijk leven te laten leiden. Het verbetert de gezondheid en het lichamelijk functioneren. Ook zijn patiënten meer tevreden over zorg. Er wordt op dit moment veel onderzoek gedaan naar deze en andere effecten van zelfmanagement. Door Newman e.a. (2004) worden 7 categorieën beschreven waar mogelijk resultaten geboekt kunnen worden:

- Klinische uitkomsten en laboratoriumwaarden;
- Symptomen zoals ervaren door patiënt;
- Functioneren zoals ervaren door patiënt;
- Psychologisch welzijn;
- Kwaliteit van leven (zie voorbeeld: bijlage 1 WHOQOL);
- Gedrag van de patiënt zoals bewegen, voeding, preventieve maatregelen;
- Zorggebruik zoals ziekenhuisopnames, (para)medische consulten, medicatie.

Zorgverleners krijgen in deze interventiebox een verzameling van activiteiten en veranderingen aangereikt, die de patiënt en diens familie steunen in de controle van hun ziekte. Hierbij geldt:

- begin op kleine schaal door één proces te veranderen bij ongeveer vijf patiënten met dezelfde ziekte;
- stel samen met de patiënt schriftelijk gezondheidsdoelen en een actieplan op;
- evalueer de ervaringen;
- stimuleer ook de zorgverleners om u heen om te participeren en maak een taakverdeling.

Een overzicht van de veranderingen die u kunt toepassen staan in het model. Deze veranderingen zijn vervolgens kort uitgelegd, waarbij instrumenten worden genoemd

die u kunt gebruiken om in verschillende fasen de behandeling te optimaliseren en een samenwerking tot stand te brengen. Deze instrumenten zijn algemeen of ziektespecifiek, maar ook de ziektespecifieke instrumenten kunnen breed worden toegepast door een selectie te maken van bruikbare aspecten of het instrument naar eigen inzicht aan te passen. Onder het kopje Tools op de website kunt u een overzicht van bruikbare instrumenten vinden.

FASE 1

VOOR HET BEZOEK VAN DE PATIËNT

Gegevens verzamelen

Om tijd over te houden voor zorgen van arts én patiënt worden voorafgaand aan het bezoek al klinische gegevens en patiëntervaringen verzameld en toegevoegd aan de status door iemand van het team. Ook bereidt iemand de patiënt voor op het gesprek. De patiënt brengt (een overzicht van) zijn / haar medicatie mee en heeft van tevoren genoteerd wat knelpunten zijn in het actieplan en de gezondheidsdoelen. Ook het screenen op depressie kan door middel van een vragenlijst voor het bezoek plaats vinden.

Het team kan efficiënter werken als de patiënten en de te verrichten voorbereidingen voor elke patiënt aan het begin van elke dag kort besproken worden.

Verandering	Tool	
	Algemeen	Ziektespecifiek
Verzamel voor het bezoek klinische gegevens en patiëntervaringen	Koala, Motiva	Diamuraal (diabetes); TeleCOPD
Help patiënten zich voorbereiden op het bezoek	PIH	
Screen op depressie		MIND (diabetes)

Een selectie vragen uit de Partners in Health Scale (PIH) vragenlijst:

Omcirkel het nummer dat het dichtste bij uw antwoord ligt

Mijn kennis over mijn aandoening is:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Erg slecht Voldoende Erg goed

Mijn vermogen om mee te beslissen over het management van mijn aandoening is:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

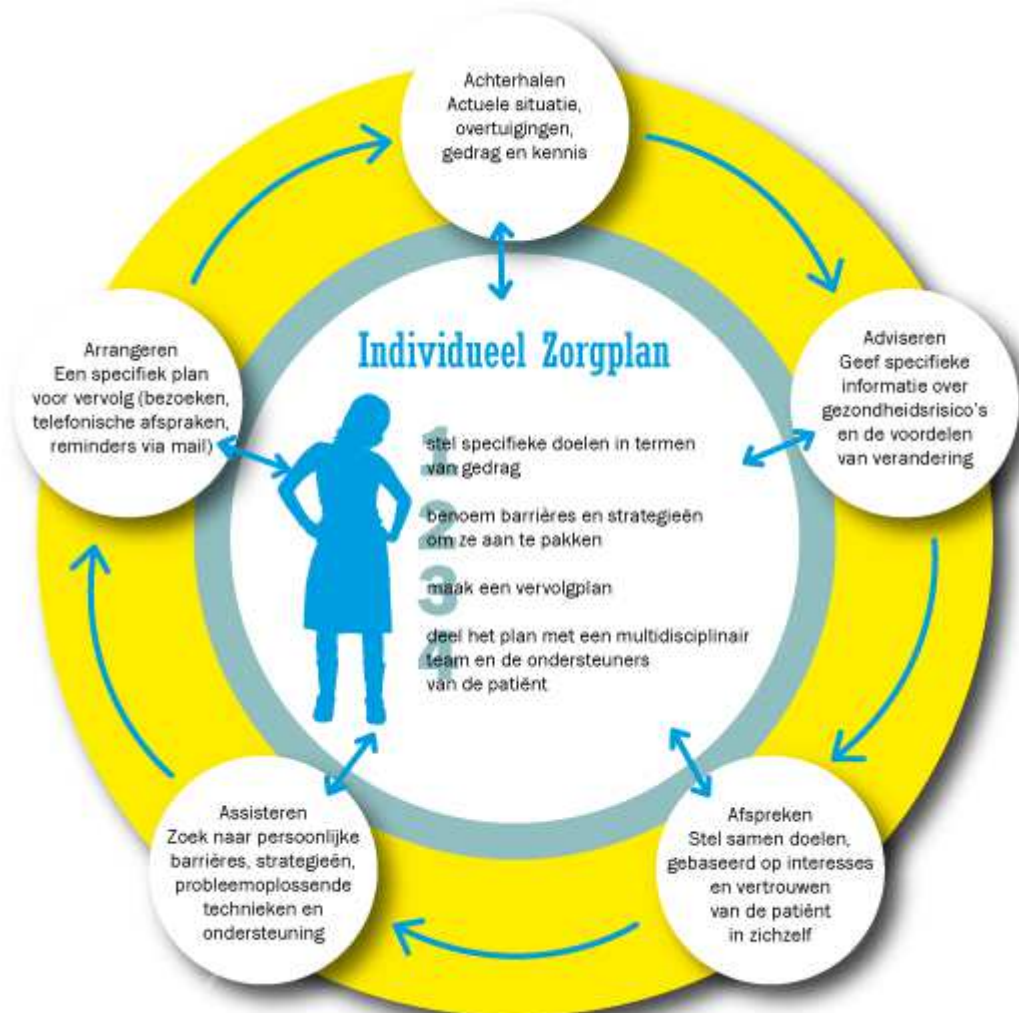
Erg slecht Voldoende Erg goed

Mijn vermogen om de juiste actie te ondernemen wanneer mijn symptomen verergeren is:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Erg slecht Voldoende Erg goed

FASE 2 TIJDENS HET BEZOEK VAN DE PATIËNT



Informatie delen

Als arts geeft u de patiënt informatie over de ziekte, symptomen, interpretatie van klinische gegevens en uitslagen en behandelingen. Voor zelfmanagement moet een patiënt niet alleen deze informatie krijgen, maar ook daadwerkelijk voorbereid worden op het toepassen ervan in de dagelijkse praktijk. Hierbij kunt u de volgende methoden toepassen:

- leg verbanden tussen klinische uitslagen en de huidige gezondheid van de patiënt;
- introduceer de informatie door eerst te vragen of de patiënt deze wil ontvangen;
- gebruik begrijpbare taal en pas de informatie en de snelheid waarmee u deze geeft aan elke patiënt aan;
- gebruik visuele hulpmiddelen;
- herken (non)verbale signalen van onbegrip;
- gebruik keuzehulpen zoals 'Samen beslissen';
- betrek familie en mantelzorgers.

Gezondheidsdoelen stellen

Gezond gedrag kan bevorderd worden door hierover samen met de patiënt doelen te stellen. Als arts stelt u zelf prioriteiten met betrekking tot behandeling en maakt u een advies, maar u vraagt ook wat de zorgen en prioriteiten van de patiënt zijn. Hierbij kunt u de patiënt bijvoorbeeld laten selecteren uit een vooraf opgestelde lijst of de patiënt zelf met ideeën laten komen.

Samen stelt u een plan voor zelfmanagement op. Houdt er rekening mee dat kleine successen vaak erg belangrijk zijn voor de motivatie van de patiënt.

Kennismaking met het team kan plaats vinden na het opstellen van het plan.

De zorgstandaard vasculair risicomanagement besteedt aandacht aan zelfmanagement:

Zelfmanagement betekent:

- Dat u zelf in actie komt
- Dat u zelf oplossingen zoekt voor problemen
- Dat u hulp zoekt bij anderen als u dat nodig hebt, bijvoorbeeld bij familie en vrienden
- Dat u samenwerkt met hulpverleners
- Dat u zelf besluiten neemt

Belangrijke vragen zijn:

- Wat zijn mijn gezondheidsdoelen?
 - Hoe doe ik het?
 - Hoe houd ik het vol?
-

Teamondersteuning

Door te motiveren en coachen weet de patiënt niet alleen welk gedrag hij / zij moet veranderen om gezond te blijven, maar is de kans groter dat er ook daadwerkelijk een gedragsverandering optreedt. Door training en praktijkervaring kunnen de hiervoor benodigde vaardigheden bij het gehele team worden ontwikkeld: het maken van een actieplan, anticiperen op weerstand en de patiënt in contact brengen met lotgenoten.

Patiënteducatie

Behalve gedragsveranderingen, die worden gestimuleerd door zelfmanagement ondersteuning, hebben patiënten ook informatie nodig over hun ziekte en over het monitoren van klinische indicatoren. Deze informatie kunt u zelf bieden, maar u kunt ook gebruik maken van externe trainingsprogramma's. Hierbij moet aandacht besteed worden aan fysieke, psychosociale en emotionele factoren.

Verandering	Instrument uit interventiebox	
	Algemeen	Ziektespecifiek
Geef informatie op maat	Motiva, PIH	Astma in de huisartsenpraktijk; Diamuraal, DIEP (diabetes); Interapy (depressie); TeleCOPD
Communiceer effectief	Motivational Interviewing, C&R	
Maak samen beslissingen	Motivational interviewing, Samen beslissen	Diamuraal (diabetes)
Stel samen doelen	Beyond good intentions, PIH	Astma in de huisartsenpraktijk; DIEP, PRISMA (diabetes)
Maak gebruik van patiënteducatie		Samen wijzer worden (COPD)

Link

De website www.diep.info, een internetpagina met informatie over diabetes.

FASE 3

NA HET BEZOEK VAN DE PATIËNT

Follow-up

Om blijvende gedragsveranderingen teweeg te brengen is het van belang om in contact te blijven met de patiënt, waarbij het actieplan wordt bijgesteld waar nodig. Een vervolgspraak kan al gemaakt worden bij het opstellen van het eerste actieplan. De taakverdeling binnen het team is hierbij belangrijk. Ook kunnen patiënten ondersteuning krijgen van bijvoorbeeld lotgenoten.

Overige activiteiten

Samenwerking met andere organisaties

Het grootste deel van het zelfmanagement speelt zich in het dagelijks leven af, buiten de bezoeken aan u als arts. Als patiënten in deze thuisomgeving over hun ziekte leren van mensen zoals zichzelf, vergroot dit de kans op succes. Hulp hierbij kan geboden worden in de vorm van lotgenotencontact. Ook programma's over leefstijlverandering en empowerment (de controle in handen van de patiënt) kunnen voor patiënten veel betekenen. Benoem een teamlid als expert hiervoor en werk samen met externe organisaties.

Verandering	Instrument uit interventiebox	
	Algemeen	Ziektespecifiek
Zoek mogelijkheden voor lotgenotencontact	CDSMP	Herstel en balans (kanker); Leren leven met COPD, Samen wijzer worden (COPD)
Programma's voor leefstijlveranderingen	CDSMP	
Programma's voor empowerment		CDSMP

Programma van de cursus 'Leren leven met COPD'

Hoe ziet de cursus eruit

De cursus bestaat uit negen bijeenkomsten en een terugkombijeenkomst. De huidige

leefsituatie van de deelnemers is het uitgangspunt. De onderwerpen die onder meer aan bod komen zijn:

- leven met een chronische ziekte;
- oorzaken en gevolgen van COPD;
- COPD en medicatie;
- beweging, ademhaling en ontspanning;
- voeding bij COPD;
- chronisch ziek zijn en uw stemming;
- energiebeheer en omgaan met spanning;
- denkpatronen doorbreken;
- assertiviteit en sociale vaardigheden.

Samenwerking patiënt en familie

Omdat patiënten en hun familie de actieve schakel zijn in zelfmanagement kunnen zij ook een substantiële toevoeging geven aan de kwaliteit en effectiviteit van zorg.

Samenwerking is hierbij het sleutelwoord en een goed begin zou zijn om te vragen wat een patiënt zelf zou willen. Een groeiende groep patiënten heeft hier belangstelling voor. Betrek patiënten en familie dus bij zorgverbetering en laat hen feedback geven. Patiënteducatie kan hierbij ondersteuning bieden.

Rekening houden met de omgeving

Omdat het geheel van zelfmanagement en de ondersteuning hiervan door een team zich niet afspeelt in een geïsoleerde omgeving moet met verschillende zaken en partijen rekening worden gehouden (Glasgow, 2003). Er is mogelijk een andere financieringsconstructie nodig voor het overleg dat binnen het team gehouden wordt, voor de nieuwe manier van zorg die aan de patiënt geboden wordt of voor trainingen die zorgaanbieders volgen.

Belangrijk is om niet alleen bij de patiënt in binnen het team, maar bij alle betrokken partijen draagvlak te creëren. Ben ervan bewust dat een bepaald klimaat of een bepaalde cultuur invloed kunnen hebben op de bereidheid tot meewerking aan zelfmanagement ondersteuning.

Opgesteld aan de hand van 'Partnering in Self-Management Support: A Toolkit for Clinicians', een rapport van IHI: institute for health care improvement.

VERBETEREN ZELFMANAGEMENT

Het doel van het verbeteren van zelfmanagement is om patiënten met een chronische aandoening een zo goed mogelijk leven te laten leiden. Het stimuleert de gezondheid en het lichamelijk functioneren. Ook zijn patiënten meer tevreden over zorg. Er wordt op dit moment veel onderzoek gedaan naar deze en andere effecten van verbeterd zelfmanagement. Door Newman e.a. (2004) worden 7 categorieën beschreven waar mogelijk resultaten geboekt kunnen worden:

- Klinische uitkomsten en laboratoriumwaarden;
- Symptomen zoals ervaren door patiënt;
- Functioneren zoals ervaren door patiënt;
- Psychologisch welzijn;
- Kwaliteit van leven (zie voorbeeld: bijlage 1 WHOQOL);
- Gedrag van de patiënt zoals bewegen, voeding, preventieve maatregelen;
- Zorggebruik zoals ziekenhuisopnames, (para)medische consulten, medicatie.