

Een beeld bij inbedden van zelfmanagement

Zelfmanagement is niet meer weg te denken uit de huidige zorg. Bij burgers, patiëntenorganisaties, zorgverleners en beleidsmakers staat het bevorderen van eigen regie en zelfmanagement steeds vaker hoog op de agenda. Dit betekent echter niet dat ondersteunen van zelfmanagement in de zorg vanzelf gaat. Voor het inbedden van zelfmanagement in de (zorg)organisatie is een belangrijke taak weggelegd voor kwaliteitsfunctionarissen en managers. Belangrijk hierbij is het creëren van een visie op zelfmanagement binnen de organisatie. Dit artikel beschrijft de essentiële elementen van de visie en de wijze waarop de organisatie ermee aan de slag kan gaan.

Door: M. Zwier, J. Havers en H. van Veenendaal

Patiënten hebben in toenemende mate de wens om regie en autonomie over het leven te behouden, ook wanneer zij (chronisch) ziek worden (NPCF, 2010). Met de sterke toename van het aantal chronisch zieken is het bovendien van belang om zorgprofessionals zo efficiënt mogelijk in te zetten en het zorgsysteem niet onnodig te belasten. Technologie maakt dit ook steeds meer mogelijk. Patiënten willen, moeten en kunnen dus meer zorg dan nu zelf uitvoeren. Feitelijk kun je stellen dat er in sommige gevallen onnodige zorg wordt geleverd en dat het zelfmanagement van cliënten moet worden versterkt om de gewenste en noodzakelijke verandering te faciliteren. Het ondersteunen en stimuleren van zelfmanagement van patiënten is reeds een onderdeel van de dagelijkse (zorg)praktijk, maar komt onvoldoende uit de verf (LAZ, 2010; LVG, 2012). Vaak wordt aan scholing en training gedacht

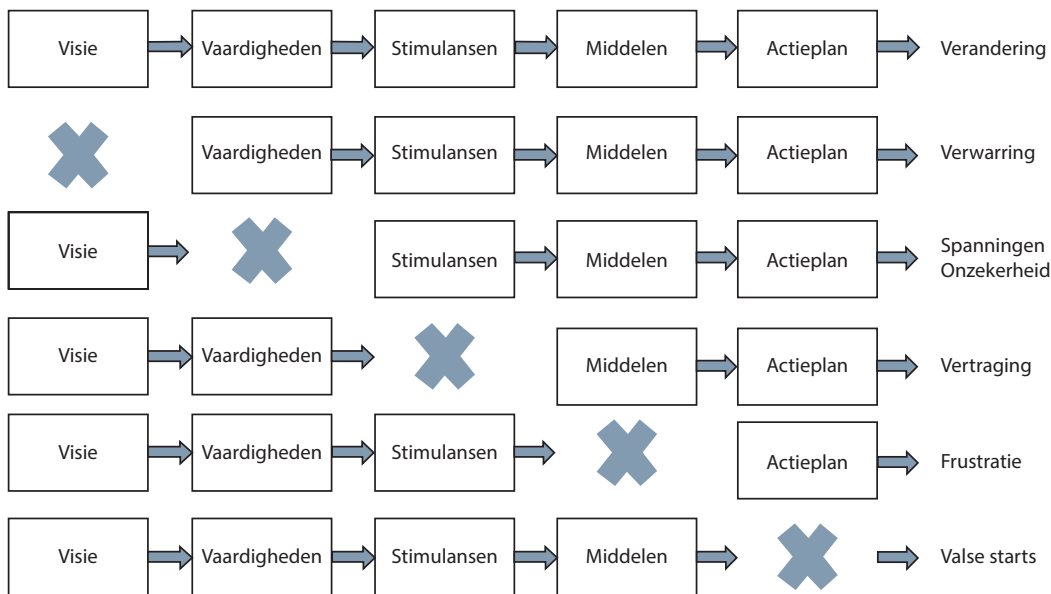
om zorgverleners toe te rusten. Echter, alleen met opleiden ben je er nog niet (IGZ, 2012). Een belangrijke vraag luidt dan ook: 'Hoe geef je integraal invulling aan méér en beter zelfmanagement in je (zorg)organisatie?'

Inbedding van zelfmanagement in de zorg vindt plaats op individueel en organisatieniveau. Voor beleidsmakers is het van belang om zelfmanagement echt een plek te geven in de (zorg)organisatie. Een eerste stap is dan dat er een gezamenlijke visie op zelfmanagement wordt ontwikkeld. Als de visie er is, kan de organisatie hierop worden ingericht. Op individueel niveau dienen zorgverleners zich de visie op zelfmanagement 'eigen' te maken en samen met patiënten ervaring en vertrouwen met zelfmanagement(ondersteuning) op te doen.

Verandering

Zelfmanagement van patiënten verandert de manier van werken in de zorg, het vraagt om andere rollen van zorgverleners en patiënten. De zorgverlener wordt naast behandelaar óók coach, terwijl de patiënt medebehandelaar én regisseur wordt.

Er zijn verschillende modellen ontwikkeld om inzichtelijk te maken welke stappen nodig zijn om te komen tot duurzame verandering in een (zorg)organisatie. Eén daarvan is het implementatiemodel van Ersösz (figuur 1), dat vijf stappen beschrijft om tot een verandering te komen: visie, vaardigheden, stimulansen, middelen en actieplan. Wanneer één van deze stappen niet wordt uitgevoerd, heeft dit zijn uitwerking op het uiteindelijke resultaat. Aan de hand van voorbeelden lopen we alle vijf stappen langs.



Figuur 1. Ersöz-model

Om tot een blijvende verandering te komen in een (zorg)organisatie moet iemand het overzicht houden over de te volgen stappen en hier de leiding in nemen. De kwaliteitsfunctionaris of manager binnen een (zorg)instelling is dé aangewezen persoon om zelfmanagement via een dergelijk model te borgen in de dagelijkse praktijk.

De basis van elke verandering is *visie*, het perspectief op de langere termijn en het creëren van draagvlak voor deze visie. Als deze onderbelicht blijft, leidt dit tot verwarring bij de zorgverleners. Om een visie op zelfmanagement te formuleren is de definitie van zelfmanagement een belangrijk uitgangspunt.

Zorgverleners kijken verschillend aan tegen zelfmanagement. Aangezien zelfmanagement om een andere manier van werken vraagt is het belangrijk dat de ‘innovators’ en ‘early adopters’ binnen de (zorg)organisatie worden geïdentificeerd en de ruimte krijgen om aan de slag te gaan. De innovators zijn waarschijnlijk al op de hoogte van zelfmanagement, de vraag is in hoeverre de organisatie hen hierin ondersteunt. Bij het ontwikkelen van een visie op zelfmanagement is het betrekken van deze innovators een must.

Vervolgens is het van belang om te weten hoe de patiënten in de (zorg)instelling aankijken tegen zelfmanagement en wat zij aan ondersteuning verwachten van hun zorgverleners. Hiervoor zijn diverse methodieken voorhanden, zoals spiegelgesprekken of focusgroepen. Op het moment dat de visie (zie voorbeeld in kader) is gevormd en er afspraken zijn gemaakt hoe zelfmanagement wordt verwerkt in

de richtlijnen, protocollen en werkwijzen binnen de zorgorganisatie, kan er worden gewerkt aan de volgende stap.

Om zelfmanagement van patiënten te kunnen ondersteunen en stimuleren hebben zorgverleners bepaalde competenties, *vaardigheden* nodig, zoals vermogen tot kennisoverdracht, coachvaardigheden en kunnen wegwijzen in voorzieningen. Indien onvoldoende aandacht wordt besteed aan het verwerven van vaardigheden, leidt dit tot spanning en onzekerheid. Manieren om deze competenties te ontwikkelen zijn scholing en training ten aanzien van zelfmanagement, ‘motivational interviewing’, ‘shared decision making’ en ‘(intercollegiale) coaching’. Bij *stimulansen* draait het om het realiseren van positieve aandacht en erkenning voor de toepassing van zelfmanagementondersteuning door financiële beloningen en andere stimuli. Indien deze stimulansen uitblijven, leidt dat tot vertraging. Voor in te zetten stimuli die de toepassing van zelfmanagement versterken, valt te denken aan aandacht besteden aan de omgang met weerstand die ontstaat door de benodigde gedragsverandering voor de uitvoering van zelfmanagement, communicatie entameren over visie & doelen en nut & noodzaak van

Definitie zelfmanagement

Een veel gehanteerde definitie afkomstig van het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement¹ is:

‘Zelfmanagement is het zodanig omgaan met de chronische aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven.’

zelfmanagement, het gebruik van de innovators als goed voorbeeld en tempo bepalen, wanneer accelereren en wanneer vertragen? Het uiteindelijke doel van stimulansen is het aanzetten tot veranderingen en zorgen dat deze beklijven. Een mogelijke verandering is het aanbieden van interventies die patiënten ondersteunen bij het nemen van de eigen regie. Een zorg- of patiëntenportaal of een digitaal logboek bijvoorbeeld, waarmee patiënten meer stuurinformatie aangereikt krijgen om hun leven en de veranderingen door ziekte te managen.

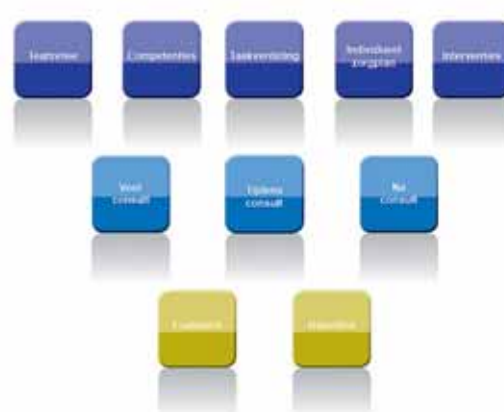
Indien *middelen* onvoldoende beschikbaar zijn kan dat leiden tot frustratie. In de eerste plaats gaat het natuurlijk om het beschikbaar stellen van effectieve zelfmanagementinterventies aan patiënten. Maar het houdt ook in dat er aandacht wordt besteed aan de randvoorwaarden en omgevingsfactoren voor het stimuleren van zelfmanagement, bijvoorbeeld het aanpassen van zorgprocessen, ICT, kwaliteitseisen, ontwikkeling & onderzoek, financiering, beleid op opleiding & scholing, wet- & regelgeving, en samenleving of maatschappij. Zo vergt de invoering van een zelfmanagementcursus voor hoge bloeddrukpatiënten in de huisartspraktijk niet alleen dat praktijkondersteuners vaardigheden ontwikkelen in zelfmanagementtraining. Het vergt ook dat een cursusavond wordt vergoed in plaats van losse consulten, dat bloeddrukmeters door de verzekeraar worden vergoed of dat ze op de consumentenmarkt verkrijgbaar zijn. En het vergt dat patiënt en huisarts liefst via ICT hun data op afstand kunnen delen en dat onderzoek aantoonde dat dit betere resultaten oplevert dan bestaande zorg. De randvoorwaarden en omgevingsfactoren zijn vaak moeilijker te beïnvloeden, omdat een belangrijk gedeelte van de besluitvorming hieromtrent zich buiten de (zorg)organisatie afspeelt.

Als laatste stap in het model wordt aandacht besteed aan het *actieplan*. Zonder goed actieplan, bestaat de kans dat mensen al begonnen zijn zonder dat er voldoende voorbereidingen zijn getroffen, dit zijn de zogenaamde valse starts. Het actieplan wordt meestal opgesteld

door de kwaliteitsfunctionaris of manager die het overzicht moet hebben en bewaren. Deze maakt hierbij gebruik van informatie die hij verkrijgt tijdens de inventarisatie voorafgaand aan het formuleren van een visie op zelfmanagement. Bijvoorbeeld door de eerder genoemde spiegelbijeenkomsten en focusgroepen, maar ook door raadpleging en interviewen van betrokkenen deskundigen (zorgverleners en patiënten). Het plan van aanpak maakt voor iedereen duidelijk wat er wanneer gaat gebeuren. Acties kunnen bijvoorbeeld zijn: het implementeren van een zelfmanagementinterventie, een trainingsdag zelfmanagementondersteuning voor zorgverleners of het invoeren van een individueel zorgplan.

Modellen

Het voorgaande beschrijft via een algemeen implementatiemodel (Ersöz) hoe zelfmanagement ingebed zou kunnen worden in een (zorg)organisatie. Daarnaast zijn er voor het implementeren van specifieke zelfmanagementonderdelen in de dagelijkse zorgpraktijk, verschillende aanvullende modellen beschikbaar, zoals het stappenplan zelfmanagement (zie figuur 2), 3-fasenmodel (zie figuur 3) en het model individueel zorgplan (zie figuur 4). Het stappenplan zelfmanagement geeft tien belangrijke stappen die moeten worden genomen om zelfmanagement in de zorg(praktijk) in te bedden.



Figuur 2. Stappenplan zelfmanagement

In het 3-fasenmodel krijgen zorgverleners handreikingen voor zelfmanagementondersteuning, voorafgaand aan het consult, tijdens het consult en na afloop van het consult, met de patiënt. Hierbij staat het aanmoedigen van chronisch zieke patiënten in het nemen van dagelijkse beslissingen, die gezondheidsgerelateerd gedrag en klinische uitkomsten verbeteren, centraal. Eén van de onderdelen van zelf-

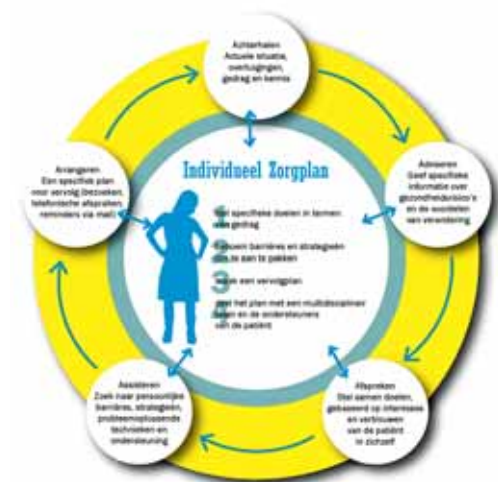
Visie op zelfmanagement van UMC Utrecht

In de behandeling en begeleiding van vasculaire patiënten is de leefstijl van grote invloed op het risicoprofiel. Leefstijl wordt vooral bepaald door gedrag, persoonlijke keuzen, opvattingen, overtuiging, geschiedenis en mogelijkheden van de individuele patiënt. De patiënt is zelf verantwoordelijk voor zijn leefstijl en hoe hij hiermee omgaat. Zodra er sprake is van vasculaire risico's of ziekten wordt de leefstijl een onderdeel van de behandeling. Om deze reden neemt zelfmanagement in de zorgstandaard vasculair risicomanagement een belangrijke plaats in. (Bron: UMC Utrecht)

managementondersteuning is het opstellen van een zorgplan. In een individueel zorgplan worden de voor de patiënt belangrijke doelen en acties beschreven. Het helpt mensen met een chronische aandoening om meer regie te nemen over hun gezondheid. Daarnaast geeft het zorgverleners houvast bij het opbouwen en in stand houden van een positieve en gelijkwaardige relatie. Met het model individueel zorgplan krijgt de zorgverlener handvatten om een individueel zorgplan op te stellen voor zijn patiënt(en).



Figuur 3. 3-fasenmodel



Figuur 4. Model individueel zorgplan

Investeren in implementeren

Het voorgaande illustreert dat het inbedden van zelfmanagement in de (zorg)organisatie niet vanzelf gaat. Het vraagt volharding en inzet van de kwaliteitsfunctionaris of manager binnen een (zorg)organisatie om alle neuzen dezelfde kant op te krijgen en de verandering te borgen in de tijd en over alle niveaus. Kennis van en over zelfmanagement is voor kwaliteitsfunctionarissen dan ook van essentieel belang om de volledige reikwijdte van zelfma-

nagement te kunnen inschatten en zo de eigen regie te versterken en onnodige zorg te voorkomen. Hiervoor verwijzen we naar het generiek model zelfmanagement, de definitie van zelfmanagement en methoden zoals het 3-fasenmodel die in dit artikel kort besproken zijn. Zelfmanagement zien als een 'andere' manier van werken in plaats van zelfmanagement zien als losstaande interventie ondersteunt de kwaliteitsfunctionaris of manager in de communicatie naar zorgverleners en stakeholders. Binnen het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (LAZ, 2012) is veel ervaring opgedaan rondom de implementatie van zelfmanagement en zijn er verschillende proefimplementaties gedaan met zelfmanagement ondersteunende interventies. Voor meer informatie over zelfmanagement en verslaglegging van de proefimplementaties verwijzen we naar www.zelfmanagement.com

Literatuur

NPCF, *Rapportage Meldactie Zelfmanagement*, Utrecht, 2010.
LAZ, *Rapport verkennend onderzoek zelfmanagement*, Utrecht, 2010.
IGZ, *Rapport Implementatie zorgstandaard Diabetes*, Utrecht, 2012.
LVG, *Reactie van de LVG op het consultatiedocument Bekostiging van huisartsenzorg en geïntegreerde zorg*, Utrecht, 2012.
UMC Utrecht: <http://www.umcutrecht.nl/subsite/vasculairrisicomanagement/Deel-1/04-Visie-op-zelfmanagement.htm>
Generiek Model Zelfmanagement: <http://www.zelfmanagement.com/downloads/201/kort-krachtig-generiekmodel2011.pdf>

Noot

1 Het LAZ is uitgevoerd door het CBO tussen 2008 en medio 2012 in opdracht van het Ministerie van VWS, de NPCF en 7 categorale patiëntenorganisaties: Reumapatiëntenbond, Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK), Diabetesvereniging Nederland (DVN), De Hart&Vaatgroep, Vereniging Spierziekten Nederland (VSN), Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg (LPGGz) en het Astmafonds, LAZ 2012.

Informatie over de auteurs

Matthijs Zwier is consultant bij het CBO.

Jeroen Havers is senior consultant bij het CBO en tevens programmaleider van het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement.

Haske van Veenendaal is managing consultant bij het CBO.



Matthijs Zwier



Jeroen Havers



Haske van Veenendaal