

# Inhoud

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| <b>1</b> | <b>Inleiding</b>  | <b>9</b>   |
|          | 1.1 Chronische aandoeningen                             | 10         |
|          | 1.2 Zelfmanagement                                      | 17         |
|          | 1.3 Generiek model Zelfmanagement                       | 25         |
|          | 1.4 Zelfmanagement en gerelateerde begrippen            | 29         |
| <b>2</b> | <b>Context</b>  | <b>39</b>  |
|          | 2.1 Samenleving: participatie                           | 39         |
|          | 2.2 Organisatie van zorg                                | 44         |
|          | 2.3 Kwaliteitseisen                                     | 47         |
|          | 2.4 Ontwikkeling en onderzoek                           | 52         |
|          | 2.5 Wet en regelgeving                                  | 56         |
|          | 2.6 Financiering  | 59         |
|          | 2.7 eHealth   | 63         |
|          | 2.8 Opleiding & scholing                                | 68         |
| <b>3</b> | <b>Cliënt en zorgverlener</b>                           | <b>77</b>  |
|          | 3.1 Het ziekteproces nader bekeken                      | 77         |
|          | 3.2 Competenties van de cliënt                          | 84         |
|          | 3.3 Beperkte gezondheidsvaardigheden                    | 89         |
|          | 3.4 Diversiteit   | 93         |
|          | 3.5 Typen zorgcliënten                                  | 94         |
|          | 3.6 Competenties van zorgverleners                      | 97         |
|          | 3.7 Interactie zorgverlener en cliënt                   | 102        |
|          | 3.8 Benaderingswijzen                                   | 106        |
| <b>4</b> | <b>Het proces van zelfmanagement-<br/>ondersteuning</b> | <b>115</b> |
|          | 4.1 Achterhalen   | 119        |
|          | 4.2 Adviseren   | 122        |
|          | 4.3 Afspreken   | 123        |
|          | 4.4 Assisteren  | 124        |
|          | 4.5 Arrangeren  | 126        |
|          | 4.6 Individueel ZorgPlan                                | 128        |

|          |  |            |
|----------|--|------------|
| <b>5</b> | <b>Interventies ontwikkelen en implementeren</b> | <b>129</b> |
| 5.1      | Preventie  | 130        |
| 5.2      | Gedragsverandering                               | 133        |
| 5.3      | Planmatige interventieontwikkeling               | 140        |
| 5.4      | Implementeren in de organisatie                  | 146        |
| 5.5      | Voorbeeld van implementatie in de praktijk       | 152        |
| <b>6</b> | <b>Technieken en instrumenten nader bekeken</b>  | <b>157</b> |
| 6.1      | Gedeelde besluitvorming                          | 158        |
| 6.2      | Keuzehulpen en optiongrids                       | 164        |
| 6.3      | Motiverende gespreksvoering                      | 167        |
| 6.4      | eHealth-interventies                             | 170        |
| <b>7</b> | <b>Zelfmanagement bij specifieke groepen</b>     | <b>183</b> |
| 7.1      | Jongeren en jongvolwassenen                      | 184        |
| 7.2      | Ouderen  | 191        |
| 7.3      | Dementie   | 196        |
| 7.4      | Psychische aandoeningen                          | 202        |
| 7.5      | Oncologie  | 207        |
| 7.6      | Mantelzorgers                                    | 218        |
|          | <b>Literatuur</b>                                | <b>227</b> |
|          | <b>Register</b>                                  | <b>241</b> |
|          | <b>Klankbordgroep</b>                            | <b>245</b> |
|          | <b>Over de auteurs</b>                           | <b>247</b> |

# Voorwoord

In deze herziene uitgave van *ZorgBasics Zelfmanagement* staan de ontwikkelingen op het gebied van zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning centraal. Na de eerste uitgave, die verscheen in 2010, is er veel op dit vlak gebeurd. Binnen het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (LAZ) is een Generiek model Zelfmanagement ontwikkeld. Ook is in opdracht van het Coördinatie platform Zorgstandaarden en het in 2013 opgerichte Kwaliteitsinstituut (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) de Zorgmodule Zelfmanagement 1.0 (in deze uitgave afgekort tot ZZ1.0) uitgebracht. Het CBO heeft deze op basis van de opgedane ervaringen binnen het LAZ en in samenwerking met experts ontwikkeld en in het voorjaar van 2014 uitgebracht.

De ZZ1.0 en de ervaringen van pioniers op het gebied van zelfmanagement, opgetekend in het boek *Ruimte voor regie* (Brink et al., 2013), vormen het uitgangspunt van deze herziene uitgave van *ZorgBasics Zelfmanagement*.

In hoofdstuk 1 presenteren we achtergrond en ontwikkelingen rondom zelfmanagement en introduceren we het Generiek model Zelfmanagement. We bespreken bovendien enkele aan zelfmanagement gerelateerde begrippen. In hoofdstuk 2 schetsen we de context waarbinnen het ondersteunen van zelfmanagement plaatsvindt. In hoofdstuk 3 gaan we in op de cliënt en zorgverlener en de onderlinge wisselwerking bij zelfmanagement(ondersteuning). In hoofdstuk 4 bespreken we het cyclisch proces van zelfmanagementondersteuning. Vervolgens behandelen we in hoofdstuk 5 mogelijkheden voor ontwikkeling en implementatie van interventies voor zelfmanagementondersteuning. In hoofdstuk 6 bekijken we een aantal veelgebruikte technieken en instrumenten gerelateerd aan het ondersteunen van zelfmanagement. In hoofdstuk 7 ten slotte belichten we zelfmanagement (ondersteuning) vanuit specifieke doelgroepen van waaruit we ook over andere groepen kunnen leren.

We hebben gekozen voor de term cliënt en niet voor patiënt, omdat het bij zelfmanagement gaat om leven met de ziekte of beperking in al zijn dimensies. Bij het versterken van zelfmanagement van de cliënt in de zorgrelatie wordt de ondersteuning vaak geboden door zorgprofessionals, dan is ook patiënt op die plaats te lezen. Het gaat om alle 'mensen die leven met een aandoening of beperking'. In de tekst spreken we van chronische aandoeningen waarvoor ook chronische ziekte en/of beperking gelezen kan worden.

Een cliënt zal dagelijks zijn aandoening zelf managen. Aangezien deze uitgave bedoeld is om zorgprofessionals te leren zelfmanagement te ondersteunen, is de focus gelegd bij de zorgrelatie: daar waar zorgprofessional en cliënt elkaar ontmoeten.

Wij hopen dat deze uitgave zijn weg vindt in de (na- en bij) scholing van zorgprofessionals en aansluit bij de snelle ontwikkelingen in de veranderende beroepspraktijk waar zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning steeds meer een plek krijgt. Deze uitgave is van feedback voorzien door een leescommissie bestaande uit betrokkenen bij onderwijs, onderzoek en de (klinische) praktijk.

Dank aan het Kenniscentrum Zorginnovatie, Hogeschool Rotterdam voor het mede mogelijk maken van deze uitgave. Onze speciale dank gaat uit naar Jeroen Havers, senior consultant bij het CBO. Als een van de trekkers van het thema zelfmanagement in de zorg was hij nauw betrokken bij de totstandkoming van deze ZorgBasics Zelfmanagement.

Susan Jedeloo, Esther van Weele  
januari 2015

Zelfmanagement, wat is dat nu eigenlijk? Een term waar zorgverleners, beleidsmakers, docenten en onderzoekers flink mee worstelen. Wat doet zelfmanagement met mensen ‘die zichzelf moeten’ managen?

In hun onderzoek ‘Zelfmanagement, wat willen en kunnen ouderen’ laten Dedding en Zwerver (2013) op confronterende wijze deze worsteling zien. ‘Door de abstracte terminologie, lijkt zelfmanagement iets nieuws dat moeilijk haalbaar is voor mensen. De term management wordt niet zelden gekoppeld aan het zakenleven of de nadruk blijft hangen op het woordje “zelf”; alles zelf, dus alleen moeten doen. We hebben vaak de neiging vooral te kijken naar de cliënt als nog niet volgroeid, als een “kind” dat nog moet leren participeren ...’ En in de blog ‘Meneer Klaassen worstelt met zelfmanagement’ op [www.socialevraagstukken.nl](http://www.socialevraagstukken.nl) valt te lezen: ‘De zelfgenoegzame manier van spreken over zelfmanagement maakt dat we de terminologie, de achterliggende doelen en randvoorwaarden onvoldoende bevragen vanuit de mensen om wie het in eerste instantie gaat: de patiënt.’

Tegenover dit voorbeeld staat de vraag wat zelfmanagement doet met mensen die dit ‘moeten (of beter, mogen) ondersteunen’. Ook zij denken vaak dat ze iets anders moeten doen dan waar ze in de praktijk al vaak mee bezig zijn. Visser en Alpay (2014) bevestigen met hun onderzoek naar hoe zorgprofessionals kijken naar zelfmanagement (ondersteuning) dat zorgverleners moeite blijven hebben met het begrip. Sommigen zijn ‘onbewust bekwaam’, anderen ‘onbewust onbekwaam’. De vraag is hoe tot ‘bewuste bekwaamheid te komen’ (zie voorbeeld in par. 5.5). Zowel de cliënt als de zorgverlener moet een rolverandering ondergaan, waarbij dé zorgverlener en dé cliënt niet bestaan.

In deze uitgave van ZorgBasics zullen deze worstelingen terug te zien zijn. Het zet zelfmanagement in perspectief van de ontwikkelingen die gaande zijn in de samenleving en probeert licht te werpen op verschillende aspecten en perspectieven van zelfmanagement. Uitgangspunt hierbij is om zelfmanagement (van de cliënt) te versterken door te beschrijven hoe dit binnen de zorgverlening ondersteund kan worden.

## 1.1 Chronische aandoeningen

Deze paragraaf schetst de ontwikkelingen rondom de toename van het aantal mensen dat leeft met een chronische aandoening en wat hiervan de persoonlijke en maatschappelijke gevolgen zijn. Dit vormt de achtergrond van de vraag waarom zelfmanagement(ondersteuning) momenteel zo in de belangstelling staat.

### *Toename aantal mensen met chronische aandoeningen*

De vraag naar zorg neemt toe door de vergrijzing en door het toenemende aantal chronische aandoeningen zoals diabetes, hartproblemen, kanker, astma en osteoporose. Het voorkomen van meer chronische aandoeningen maakt dat de zorgvraag groter én anders wordt. Nu al wordt het grootste deel van het zorgbudget in Nederland besteed aan chronische aandoeningen, in de toekomst zal dit nog sterker het geval zijn. Deze toename is het gevolg van drie factoren:

1. De vergrijzing. De stijgende levensverwachting leidt er overigens ook toe dat steeds meer mensen meerdere chronische aandoeningen tegelijk hebben.
2. De medische vooruitgang. Deze heeft ervoor gezorgd dat voorheen ongeneeslijke ziekten zoals kanker, hiv, Ziekte van Duchenne en hartfalen steeds beter behandelbaar en beheersbaar worden.
3. De negatieve trend in leefstijl. Te weinig bewegen en te veel en ongezonde voeding hebben bijvoorbeeld een toename van overgewicht en obesitas tot gevolg.

**Website**

Actuele informatie over Volksgezondheid en Zorg



De site [www.volksgezondheidenzorg.info](http://www.volksgezondheidenzorg.info) is eind november 2014 opgericht en biedt onafhankelijke en wetenschappelijk onderbouwde informatie over de volksgezondheid en zorg. Deze site wordt gemaakt door het Centrum Gezondheid en Maatschappij van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het is een onderdeel van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). Op [www.volksgezondheidenzorg.info](http://www.volksgezondheidenzorg.info) worden Nationaal Kompas Volksgezondheid, Nationale Atlas Volksgezondheid, Zorgbalans, Kosten van Ziekten en Zorggegevens geleidelijk samengebracht tot een compleet en overzichtelijk geheel.

### *Multimorbiditeit en comorbiditeit*

**Definitie**

Multimorbiditeit



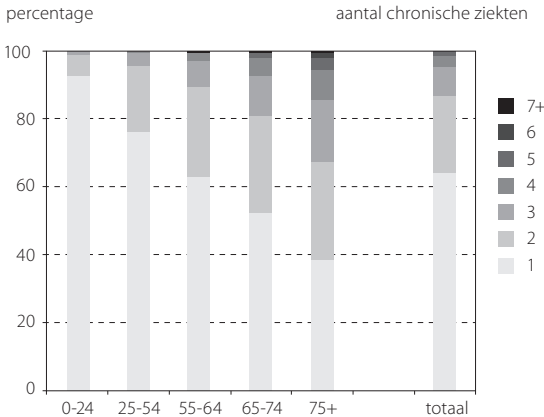
Multimorbiditeit is de algemene term voor het optreden van meer dan één (chronische) aandoening in één individu tijdens een bepaalde periode (Schellevis, 2006).

Een term die hiermee verwant is, is comorbiditeit. Ook mensen met comorbiditeit hebben meer dan één ziekte tegelijkertijd. Het verschil is dat comorbiditeit uitgaat van een extra gerelateerde aandoening bij mensen die al een ziekte hebben (een zogenoemde index-ziekte). Zo kan je spreken over comorbiditeit bij mensen met diabetes die ook de ziekte van Alzheimer hebben gekregen ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)).

- Onderzoek van het Nivel (2013) laat zien dat in Nederland bijna een derde van de bevolking één of meer chronische aandoeningen heeft. Dit komt neer op 5,3 miljoen mensen. Het percentage Nederlanders dat zegt een chronische

ziekte te hebben, is vergelijkbaar met het gemiddelde van de Europese Unie. Van de Europese ouderen (> 65 jaar) zegt twee derde minstens één chronische ziekte te hebben en 40% twee of meer.

- Van de mensen van 65 jaar en ouder heeft 70% een chronische ziekte. Onder de 65 jaar hebben meer vrouwen dan mannen een chronische ziekte, daarboven is er relatief gezien nauwelijks verschil tussen mannen en vrouwen. In totaal zijn er meer vrouwen dan mannen met een chronische ziekte, onder andere omdat er meer oudere vrouwen zijn dan oudere mannen.
- 35% van de mensen met een chronische ziekte heeft meer dan één chronische ziekte (zie figuur 1). Dit komt neer op 1,9 miljoen mensen ofwel 11% van de totale Nederlandse bevolking.
- Bij mensen die jonger zijn dan 55 jaar komt multimorbiditeit niet zo vaak voor, maar daarboven neemt de prevalentie flink toe met de leeftijd. Van de mensen van 75 jaar en ouder heeft de helft meer dan één chronische ziekte.
- Mensen met multimorbiditeit worden vaker en langer opgenomen in het ziekenhuis en hebben meer kans op complicaties na een operatie. Tot slot is ook de kans op vroegtijdige sterfte groter.



Figuur 1 Aantal chronisch ziekten per leeftijdscategorie (bron: Nivel, 2013)



### *Opleidingsniveau*

Mensen met een lage opleiding hebben vaker een chronische ziekte en ook vaker multimorbiditeit vergeleken met mensen met een hoge opleiding. Zo heeft 78% van de laagopgeleiden minimaal één chronische aandoening en 43% van de hoogopgeleiden (zie ook par. 3.3 over beperkte gezondheidsvaardigheden).

### *Gevolgen voor het individu*

Voor de betrokkene zelf is de impact groot als er een diagnose van een chronische aandoening wordt gesteld. In de regel gaat de aandoening immers niet meer weg. Dat betekent dat iemand zal moeten leren omgaan en leven met de aandoening. Niet alleen voor het individu, maar ook voor de omgeving (gezin, sociale verbanden, school, werk) heeft dit consequenties. Mensen met een chronische aandoening hebben een minder goede kwaliteit van leven vergeleken met mensen zonder een chronische aandoening. Multimorbiditeit kan een extra negatief effect op de kwaliteit van leven hebben. Er is wel variatie in de mate waarin multimorbiditeit de kwaliteit van leven beïnvloedt. Dat heeft onder andere te maken met de aard en ernst van de aandoeningen.

De 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) geeft relaties aan tussen componenten van persoonlijk functioneren en het hebben van een aandoening. De ICF beschrijft dit vanuit drie perspectieven:

1. het perspectief van het menselijk organisme (functies en anatomische eigenschappen);
2. het perspectief van het menselijk handelen (activiteiten);
3. en het perspectief van de mens als deelnemer aan het maatschappelijke leven (participatie).

En omdat iemand functioneren – en eventuele problemen daarmee – plaatsvindt in een bepaalde context, wordt in de ICF ook rekening gehouden met omgevingsfactoren. Deze bestaan uit persoonlijke factoren als attitude, ervaring, vaardigheden en coping, en externe factoren die voortkomen uit de sociale en fysieke omgeving (houding van anderen, hulpbronnen, steun, e.d.).

Het menselijk functioneren en de problemen daarmee worden opgevat als de uitkomst van een dynamische wisselwerking tussen iemands aandoening en de context waarin die problemen zich voordoen (ICF, 2001; WHO, 2002, via [www.who.int/classifications/icf/en](http://www.who.int/classifications/icf/en)).

Een belangrijk voordeel van de ICF is dat het de aandacht vestigt op de verschillende niveaus van functioneren. Een stoornis in een functie kan leiden tot beperkingen in activiteiten en daarmee tot participatieproblemen. Het laat zien dat de problemen die cliënten ervaren vaak op activiteiten- en participatieniveau liggen. Doelen voor zelfmanagement(ondersteuning) kunnen op dat niveau gesteld worden (zie ook hoofdstuk 4).



---

#### Voorbeeld

Bijvoorbeeld: het niet meer hebben van een rechteronderbeen kan leiden tot beperkingen in het lopen en daarmee tot problemen bij het behouden van betaald werk. Door het aanpassen van de werksituatie of het verstrekken van een prothese (externe factoren) kan het functioneren op verschillende niveaus worden verbeterd.

---

Een nadeel is dat het ICF een classificatiesysteem is, waardoor er weinig ruimte is voor 'het mens zijn' (Cardol, 2013). De relatie tussen persoonlijke factoren en het functioneren is niet uitgewerkt, vanwege de grote sociale en culturele verschillen die bij deze factor voorkomen. In de literatuur worden voorstellen gedaan over de classificatie van persoonlijke factoren, maar consensus hierover is nog niet in zicht. Voorstellen gaan over: a) basale demografische gegevens, b) persoonlijke levensgeschiedenis, c) persoonlijkheid, talenten/vaardigheden, stabiele gedragspatronen, d) gedachten en gevoelens, normen en waarden en doelen, wensen en ambities (Van Heugten & Post, in: Van Heugten et al., 2014). Aspecten die bij zelfmanagement(ondersteuning) van belang zijn.