

Nieuwe aanpak chronische zorg vraagt coachende rol arts

Zelfmanagement helpt zieke vooruit

Jeanny Engels, senior medewerker Vilans, kenniscentrum voor langdurende zorg

Willem Kistemaker, senior medewerker Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO

Correspondentieadres:
j.engels@vilans.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Het heeft veel voordelen als chronisch zieke mensen zelf het heft in handen nemen. Zelfmanagement vergroot hun motivatie en maakt dat ze minder vaak een beroep doen op zorg. Om zover te komen, moeten artsen wel hun houding veranderen.

Mensen met een chronische ziekte staan elke dag voor nieuwe keuzes. Wat kunnen ze wel en niet eten, welke activiteiten gaan ze ondernemen, hoeveel medicijnen willen ze slikken? Er bestaan geen kant-en-klare oplossingen voor al deze dagelijkse vraagstukken. Vaak is het een kwestie van uitproberen. Chronisch zieken zijn daarbij voor een groot deel zelf verantwoordelijk voor de resultaten. Immers, van de 8760 uur in een jaar delen zij slechts een uur of twee met professionals. Voor de overige uren zijn zij op hun eigen inzichten aangewezen.

Om hen daarbij te ondersteunen, is het van belang dat professionals chronisch zieken helpen om aan zelfmanagement te doen. Dat sluit om te beginnen aan bij de wensen van de chronisch zieke patiënt zelf. Die noemt 'ondersteunend', 'begripvol' en 'communicatief vaardig' als de belangrijkste eigenschappen van een goede arts.¹ Deze eigenschappen passen geheel in de rol als coach die de arts moet aannemen om de patiënt naar zelfmanagement te begeleiden.

Minder afhankelijk

Daarnaast krijgt zelfmanagement ook vanuit de politiek steeds meer aandacht. In een recente brief van het ministerie van VWS staat dat adequaat zelfmanagement essentieel is om

mensen in staat te stellen hun chronische ziekte zo goed mogelijk in het leven in te passen.² Dit wordt steeds belangrijker, omdat het aantal chronisch zieken flink zal toenemen. Zo komen er per jaar 70.000 diabetespatiënten bij.³ Het aantal patiënten met chronisch hartfalen groeit in de periode van 2005 tot 2025 met 47 procent, het aantal COPD-patiënten met 38 procent en het aantal slachtoffers van een beroerte met 44 procent.⁴ Hierdoor kan er in de zorg een discrepantie ontstaan tussen vraag en aanbod. Zelfmanagement kan hiervoor gedeeltelijk een oplossing bieden, omdat het erop is gericht patiënten minder afhankelijk te maken van professionals.

Ten slotte zijn er sterke aanwijzingen dat zelfmanagement een positief effect heeft op de effectiviteit van de zorg, de motivatie bij de patiënt, therapietrouw, inzicht in het ziekteproces, participatie en kwaliteit van leven.⁵

Empowerment

Het in de Verenigde Staten ontwikkelde Chronic Care Model (CCM) definieert zelfmanagement als 'het individuele vermogen om goed om te gaan met de symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en leefstijlveranderingen inherent aan leven met een chronische aandoening'.⁶ Het model stelt dat zorgverleners patiënten moeten voorbereiden om hun gezondheid en gezondheidsgedrag zelf te managen. Dit lukt als de arts de centrale rol van de patiënt in het managen van

Het is een gedeeltelijke oplossing voor de discrepantie tussen vraag en aanbod



Het Amerikaanse Chronic Care Model gaat ervan uit dat gedragsverandering alleen lukt als de patiënt een leidende rol heeft.

beeld: images.com

zijn gezondheid benadrukt, gebruikmaakt van effectieve strategieën voor zelfmanagement-ondersteuning en hulpbronnen in de omgeving van de patiënt mobiliseert voor continue ondersteuning.

Het CCM beoogt medische en gedragsgerichte zorg te integreren. Medische zorg richt zich op onder meer medicijngebruik, beweging en voeding, gedragsgerichte zorg werkt aan rolmanagement – betekenis geven aan het leven en diverse rollen vervullen – en emotioneel management – omgaan met bijvoorbeeld angst en onzekerheid.^{7 8}

Voor gedragsveranderingen heeft de arts hele andere interventies nodig dan voor medische interventies. De nadruk ligt dan meer op investeren in het gedrag van de patiënt zelf. Het CCM is gestoeld op het inzicht dat gedragsverandering niet lukt zonder de patiënt hierbij de leidende rol te geven. Dit wordt ook wel empowerment genoemd.

Wie bent u?

Empowerment kan gevoelens van machteloosheid vervangen door geloof in eigen kracht, zoals blijkt uit het verhaal van suikerpatiënt Martin.⁹ De internist vraagt hem tijdens een consult of het strak reguleren van de bloedsuiker iets voor hem is. Martin antwoordt dat hij dat wel wil, maar dat het voor hem niet uitvoerbaar is. 'Wat vervelend voor u', zegt de internist, 'wat is er dan zo moeilijk?' Martin werkt in de wegenbouw en het lukt hem niet om vijf keer op één dag te prikken. Hij mist privacy en de wc is smerig. 'Zou u willen proberen om in plaats van één dag vijf keer, vijf dagen in de week één keer te meten?' Martin gaat dit proberen en bij het volgende consult toont hij zich opgelucht. Hij kan zich houden aan de afspraken en krijgt niet meer het verwijt van collega's dat hij zich drukt.

Dit voorbeeld laat zien dat het in de zorg voor chronisch zieken gaat om het onderling op elkaar afstemmen van vele elementen. Arts en patiënt ontdekken samen passende mogelijkheden door uit te proberen, ontvankelijk te zijn en te stimuleren.

Om te werken vanuit empowerment, is een patiëntgerichte benadering nodig. Dit vraagt betrokkenheid en een andere rol – van hulpverlener naar coach, van deskundige naar facilitator. Het impliceert ook dat de arts aanvaardt dat hij vooraf niet weet wat de uitkomst zal zijn van zijn contact met de patiënt, en dat de nadruk ligt op 'wie bent u' in plaats van op 'wat doet u'.

Een arts kan dit bereiken door:

- een positieve sfeer te creëren, belangstelling te tonen en geen beoordelende respons te geven;
- aandacht te schenken aan de prioriteiten en zorgen van de patiënt door actief te luisteren en te reflecteren;
- de autonomie van de patiënt te ondersteunen en hem aan te moedigen inbreng te geven;
- informatie en advies op de individuele patiënt toe te snijden;
- de patiënt toe te staan zijn emoties te tonen en daarbij steun te bieden;
- de patiënt de tijd te geven om besluiten te nemen of praktische zaken te regelen;
- veranderingen in het zelfbeeld van de patiënt te bespreken.¹⁰

Concrete plannen

Een arts die werkt aan zelfmanagement begint niet met de uitleg van een medische aandoening. Eerder vraagt hij 'wat weet u van deze ziekte en de behandeling ervan?' Of 'waar bent

Interventiebox

Het CBO werkt samen met Vilans en andere organisaties aan een zogenoemde interventiebox voor zelfmanagement, een 'gereedheidskist' met beproefde interventies. De interventies zijn via diverse zoektermen toegankelijk, zoals de naam van de chronische aandoening en het doel en de vorm van de interventie. Hiermee gidst de gebruiker zichzelf naar een methode die past bij het doel dat hij voor ogen heeft en de mogelijkheden die zijn praktijk biedt. Wanneer een gebruiker bijvoorbeeld zoekt op 'motiveren', verschijnen de bijpassende technieken op een factsheet. In dit voorbeeld betreft het informatie over motivational interviewing.

De interventiebox is beschikbaar via www.zelfmanagement.com. Professionals kunnen daar straks ook zelf hun interventies uploaden om de interventiebox up to date te houden.

Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement

Interventies in beeld

Op deze pagina kunt u zoeken naar interventies op het gebied van Zelfmanagement. Deze interventies zijn gemaakt om:

- U te helpen bij het vinden van een zelfmanagementstrategie die bij uw praktijk past
- U te inspireren bij het ontwikkelen van een zelfmanagementinterventie
- Een actuele verzameling op te bouwen van zelfmanagementinterventies

Wij beginnen met een bescheiden verzameling van interventies. Deze interventiebox wordt nu uitgebreid tot een actuele verzameling van de beschikbare zelfmanagementinterventies in Nederland (en daarbuiten). Daar hebben we uw hulp bij nodig! We nodigen iedereen uit die zelf een interventie kent of heeft ontwikkeld die nog niet in de interventiebox staat, hier zelf een factsheet te uploaden.

Hier vindt u een overzicht van de zoektermen:

Samenwerking
Deze interventiebox wordt door verschillende partijen ontwikkeld. Samen met Vilans is deze versie van de interventiebox tot stand gekomen.

Vilans

Home
Programma NPCF-CBO
Interventiebox
Nieuws
Initiatieven
Voor de werkgroep
Contact
Publicaties

Help de patiënt om concrete doelen te stellen

u het meest bezorgd om?' Naar gelang de antwoorden van de patiënt volgt informatie van de arts. Ook hierbij geldt dat de arts de dialoog met de patiënt zoekt, bijvoorbeeld door vragen als 'is het voor u oké als ik u informeer over het belang van beweging?' of 'ik wil u graag laten zien hoe u voetproblemen kunt voorkomen. Is dit daar een goed moment voor?'

Patiënt en arts blijven informatie met elkaar uitwisselen volgens het *ask-tell-ask* principe.¹¹⁻¹³ Niet de medische details staan centraal, maar de wensen en verwachtingen van de patiënt. Vraag bijvoorbeeld ook eens 'als u naar huis gaat, wat vertelt u uw familie dan over dit gesprek en over wat u van plan bent te gaan doen?'

De patiënt maakt zijn persoonlijke doelen en een plan om deze te bereiken. Uitgangspunt hierbij zijn de mogelijkheden van de patiënt. Help hem of haar om deze zo concreet mogelijk te maken. Dus niet 'ik ga meer bewegen', maar

Leren leven met COPD



Betrokken organisaties	Sensire & GGNet
Korte omschrijving/opbouw	De cursus bestaat uit negen bijeenkomsten en een terugkijkbijeenkomst. De huidige leefstijl van de deelnemers is het uitgangspunt. De onderwerpen die onder meer aan bod komen zijn: <ul style="list-style-type: none"> • 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
Doelstelling(en)	De cursus is voor mensen die willen leren (beter) om te gaan met de gevolgen van COPD in het dagelijks leven, zodat de kwaliteit van het leven verbetert.
Setting waarvoor ontwikkeld	Locatie door thuiszorg verzorgd
Doelgroep	De cursus is voor mensen met COPD en mensen met chronische luchtwegklachten.
Fase	Alle fasen
Soort interventie/methode	Negen groepsbijeenkomsten & een terugkijkbijeenkomst, o.v. professionals uit meerdere disciplines; o.a.: longverpleegkundige, preventiewerker, diëtist en fysiotherapeut
Werksaam p	

Diabetergestemd.nl



Contactgegevens	Betrokken organisaties	Diabetergestemd.nl is ontwikkeld door: Prof. dr. F. Snoek, Afdeling Medische Psychologie van het VUMC, Amsterdam Prof. dr. P. Duijzen, Afdeling Klinische Psychologie van de VU, Amsterdam Dr. F. Pouwer, Afdeling Medische Psychologie van het VUMC, Amsterdam en Drs. K.M.P. van Batenburg, Afdeling Medische Psychologie van het VUMC, Amsterdam
Beschikbare documenten		Diabetergestemd.nl is gebaseerd op het programma 'Kleur je leven' van het Trimbos Instituut, hetgeen gebaseerd is op de cursus 'In de put, uit de put' van prof. dr. Pim Oudjans, de Nederlandse versie van de 'Coping with Depression' cursus van prof. dr. P.M. Levenschijn. 'Kleur je Leven' is ontwikkeld door dr. J. Kremer en dr. H. Riper (Trimbos Instituut). 'Kleur je Leven SDH' is ontwikkeld op effectiviteit door de Viola Spek (Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg). 'Kleur je Leven' wordt onderzocht op effectiviteit door drs. Lianne Wamsterdam (VUMC, Amsterdam).
Gegevens over		
Korte omschrijving/opbouw		Achtweeke CBT depressie cursus via het internet met diabetes specifieke elementen.
Doelstelling(en)		Gemoedstoestand en diabetesgerelateerde emotionele en fysieke uitkomsten verbeteren
Setting waarvoor ontwikkeld		Thuisloot patiënt
Doelgroep		Medewerkers afz. medische psychologie Diabetes patiënten met sombere gevoelens
Fase		Alle fasen
Soort interventie/methode		Internetcursus van acht weken, waarbij iedere week 2 les doorkomen wordt door de patiënt thuis. Daarnaast wordt wekelijks huiswerk gemaakt en een stemmingsdagboek bijgehouden. Tevens wordt voor de patiënt gevraagd de geleerde vaardigheden in het dagelijks leven actief toe te passen. De deelnemer krijgt een coach (medewerker medische psychologie van de VU) als begeleider bij het maken van het huiswerk. Op een forum kunnen deelnemers ervaringen uitwisselen.
Werksaam principe		Door middel van het volgen van een online Cognitief Gedragstherapeutische behandeling voor depressieve klachten, waarbij aandacht wordt besteed aan de specifieke onderwerpen die te maken hebben met de bij aan het leven met een chronische aandoening, worden de gemoedstoestand en diabetesgerelateerde emotionele klachten vermindert, en zelfmanagement en glycemische controle verbeterd.
Contactgegevens		diabetergestemd@vumc.nl
Beschikbare documenten		http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-9-9.pdf www.diabetergestemd.nl
Hanteerbaarheid in de praktijk		-
Gegevens over effecten		Lopend onderzoek naar wat de effecten zijn van een internet zelfhulp cursus voor mensen met diabetes en somberheidsklachten. Er zal bekeken worden of er sprake is van een afname van depressieve klachten, zorgen rond de diabetes en van een verbetering van de diabetesregulatie. Zie link naar artikel.

'ik ga vanaf volgende week op maandag en donderdag twintig minuten wandelen'.

Motiverende gespreksvoering

Een praktische en beproefde techniek om gedragsverandering te bewerkstelligen en gedeelde verantwoordelijkheid mogelijk te maken, is motiverende gespreksvoering.¹⁴ Deze techniek maakt deel uit van de NHG-Standaard 'Problematisch alcoholgebruik'. De reflexmatige reactie van de arts is aan de patiënt uit te leggen waarom het beter is te stoppen. Die aanpak motiveert echter niet om gedrag te veranderen. De arts moet zich daarom niet langer opstellen als degene die weet wat goed is voor de patiënt, maar samen op zoek gaan naar de voor- en nadelen.

Motiverende gespreksvoering is gericht op het verhogen van de 'interne spanning' bij de patiënt en het achterhalen van 'verandertaal'.¹⁵ Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft een draaiboek ontwikkeld voor een cursus motiverende gespreksvoering. Ter ondersteuning van de praktijkvoering zijn voor gedragsveran-

SAMENVATTING

- Zelfmanagement kan de kwaliteit van leven van chronisch zieken verbeteren en hun beroep op zorg verkleinen.
- Zelfmanagement stimuleren vraagt een andere rol van de arts: meedenken, voor- en nadelen van behandelopties bespreken en voorwaarden scheppen.
- De arts kan de initiator zijn voor zelfmanagement binnen zijn zorgteam en de voorwaarden hiervoor scheppen.



De literatuurlijst en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.

dering en psychosociale kwesties tevens diverse interventies beschikbaar.¹⁶⁻¹⁸

Kennis delen


Een relatie waarin de arts de patiënt coacht, is gebaseerd op het delen van kennis. De arts weet alles over de ziekte, de patiënt over zijn leven. Beiden delen de verantwoordelijkheid voor de oplossing van problemen en uitkomsten. De samenwerking stimuleert dat de patiënt zijn doelen bepaalt. De arts helpt de patiënt vervolgens om geïnformeerde keuzes te maken. Indien de doelen niet worden gehaald, zoeken arts en patiënt naar andere strategieën. Daarbij ziet de arts de patiënt niet als iemand die zich niet houdt aan de instructies, maar als iemand die met de huidige adviezen niet verder komt.

Gedragsverandering komt tot stand door interne motivatie van de patiënt; hij krijgt meer inzicht en vertrouwen om tot nieuw gedrag te komen. De arts helpt de patiënt om een nieuw perspectief op het probleem te ontwikkelen. De patiënt geeft aan welke klachten hij heeft en in welke situaties het niet lukt om de leefstijl aan te passen. In deze relatie past het niet om te spreken over 'ongezond' gedrag van de patiënt. De arts leert de patiënt door middel van probleemoplossende vaardigheden zijn problemen op te lossen. Het gaat hierbij om de strategie: doel, plan en evaluatie. Als de patiënt dit beheerst, lukt het hem ook om toekomstige

problemen op te lossen. Zorg geïnitieerd door de patiënt leidt tot zorg op maat en minder consulten bij de arts.¹⁹

Het team

Als een arts serieus werk wil maken van zelfmanagement, is het belangrijk om ook te kijken naar de andere disciplines waarmee hij samenwerkt. Elk teamlid moet zelfmanagement hoog in het vaandel hebben staan. De arts als initiator van deze nieuwe aanpak bespreekt wie welke taken rondom zelfmanagement het beste kan oppakken, en bekijkt of alle voorwaarden aanwezig zijn. Welke zelfmanagementinstrumenten gaat het team gebruiken of welke scholing is gewenst? Van belang is dat de patiënt ervaart dat het hele team zelfmanagement 'uitstraalt'.

Het concept zelfmanagement is op zich niet nieuw, maar nieuw is wel dat er steeds meer interventies beschikbaar komen om het concept uit te werken en in de praktijk te brengen. Deze omslag voor professionals vereist de nodige aandacht en tijdsinvestering. Zelfmanagement vraagt meerdere rollen van de arts en zijn team. Zaak is dat professionals daarmee gaan experimenteren – ook in hun eigen belang. Want zelfmanagement biedt hun mogelijkheden om weer te doen waarvoor ze veelal het vak hebben gekozen, namelijk 'mensen verder te helpen'. 

praktijkperikel

Is de standaard heilig?

Een 89-jarige patiënte belt lichtelijk geagiteerd naar onze diabetesverpleegkundige op de poli Interne. Zij is sinds vele jaren bij ons onder behandeling vanwege diabetes mellitus type 2 met slechts geringe complicaties (retinopathie en microalbuminurie). Ze spuit tweemaal daags insuline detemir (Levemir) en slikt een angiotensine-II-antagonist. De bloeddruk is iets aan de hoge kant (160/70), het vetspectrum is fraai (plasmacholesterol: 3,6 mmol/l, HDL-cholesterol: 1,9 mmol/l, LDL-cholesterol: 1,4 mmol/l, triglyceriden: 0,87 mmol/l, apolipoproteïne B: 0,49 g/l).

De huisarts heeft haar gebeld en gezegd dat ze moet starten met simvastatine, omdat ze type-2-diabetes heeft. De patiënte vraagt zich af waarom en vraagt ons advies. We bellen de huis-

arts en vragen hem om opheldering. Hij vertelt ons dat hij van de NHG, de apotheek en de zorgverzekeraar aan iedere type-2-diabeet een statine moet voorschrijven en dat hij volgens hun tabellen een 'zeker percentage' moet halen, anders wordt hij hier (financieel?) op afgerekend.

Mag je dit nog geneeskunde, laat staan geneeskunst noemen? Geneeskunst is maatwerk en geen kookboekgeneeskunde. Voor dit soort handelen is slechts een administrateur vereist. Er wordt volledig voorbijgegaan aan de karakteristieken van de patiënt. Ons inziens is dit geen goede zaak en zitten we op de verkeerde weg. Of zou het aan de interpretatie van alleen deze huisarts liggen? Wij vrezen dat dit niet het geval is en dat een dergelijk 'beleid' veel vaker voorkomt. Schokkend!

Literatuur

1. Carmel M et al. Care for chronic illness in Australian general practice – focusgroups of chronic disease self-help groups over 10 years; implications for chronic care systems reforms. *Asia Pacific Family Medicine* 2009; 8: 1 doi: 10.1186/1447-056X-8-1.
2. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Programmatische aanpak van chronische ziekten. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Den Haag, juni 2008.
3. Hamberg-van Reenen HH et al. Diabetesinterventies in kaart. Inventarisatie van diabetesinterventie op het terrein van preventie en zorg in Nederland. RIVM 2008.
4. Spreeuwenberg C. Naar de patiënt activerende en ondersteunende chronische zorg. Afscheidsrede hoogleraar-schap Transmurale Zorg. Universiteit Maastricht, 13 juni 2008. www.mychronicdisease.org.
5. Lorig K, Holman M. Self-management education: history, definitions, outcomes and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* 2003; 26: 1-7.
6. www.improvingchroniccare.org
7. Elderhuis RM et al. Empowerment van chronisch zieken. *Verpleegkunde* 2004; 19: 32-41.
8. Corbin J, Strauss A. *Unending work and care: Managing chronic illness at home*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1988.
9. Mol A. *De logica van het kiezen: actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam, Van Gennep 2006.
10. Aujoulat I et al. Patient empowerment in theory and practice: polysemy of cacophony? *Patient Education and Counseling* 2007; 66: 13-20.
11. Schaefer J et al. *Partnering in self-management support: a toolkit for clinicians*. Cambridge (MA): Institute for Healthcare Improvement 2009. www.IHI.org.
12. Fuertes JN et al. The physician-patient working alliance. *Pat Educ Couns* 2007; 66: 29-36.
13. Rijken M, et al. Adaptieve opgaven als uitgangspunt voor de psychosociale zorg voor somatisch chronisch zieken. In: *Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken* (Groenewegen PP et al., red.). Assen, Van Gorcum 2004: 116-43.
14. Mesters I. Motivational Interviewing: hype or hope. Editorial. *Health Expectations* 2009; 5: 3-6.
15. Brodie DA et al. Motivational Interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomized controlled trial. *International Journal Nursing Studie* 2008; 45: 489-500.
16. Maassen H. De dokter als coach: chronische patiënt moet eigenaar van zijn ziekte worden. *Medisch Contact* 2008; 27: 1163-7.
17. Ovink AHOD et al. TPE, DAWN en DIEP: focus op zelfmanagementeducatie en -ondersteuning. *DiabetesSpecialist* 2009; 30: 22-3.
18. Peyrot M, Rubin RR. Behavioral and psychosocial interventions in diabetes: a conceptual review. *Diabetes Care* 2007; 30: 2433-40.
19. Kuper HH et al. De winst van gedeelde zorg: nieuwe zorgvormen beïnvloeden patiëntenaanbod en wachttijd. *Medisch Contact* 2004; 4: 370-2.