



Empowerment en ondersteunen zelfmanagement

Uitgebreide versie van bijlage 4 bij de “Blauwdruk voor het postinfarct traject”

De blauwdruk voor het postinfarct traject geeft een leidraad voor het opzetten van gestandaardiseerde zorg na een hartinfarct met gepast gebruik van onderzoek, controles en medicatie met de nadruk op patiënt empowerment en cardiovasculair risicomanagement. Een allie professional (verpleegkundig specialist, physician assistant) of een gespecialiseerd verpleegkundige neemt in dit traject de rol van zorgcoördinator op zich. Bijlage 4 gaat kort in op empowerment en het ondersteunen van zelfmanagement. Onderstaande tekst is een uitgebreide versie van deze bijlage.

**De Hart&Vaatgroep, A.M. Strijbis
juni 2015**



De Hart & Vaatgroep

Inhoudsopgave

Empowerment en ondersteunen zelfmanagement	3
Wat is belangrijk voor het ‘empoweren’ van patiënten?.....	4
1. Attitude van de zorgverlener	4
2. Maatwerk	4
3. Hou rekening met de fase in het aanpassingsproces.....	4
4. Zorgproces dat zelfmanagement bevordert	5
5. Samen beslissen (Gedeelde besluitvorming)	5
6. Eerste aanzet naar individueel zorgplan	5
7. Wees duidelijk over de organisatie	6
8. Informeren over zorg die patiënten kunnen verwachten in de 1 ^e lijn.....	6
9. Hoe effectief is voorlichting?.....	6
10. Ask-tell-ask principe	6
11. De belangrijkste informatie op schrift meegeven.....	6
Scholing	7
Literatuur.....	7
Websites.....	8

Empowerment en ondersteunen zelfmanagement

Empowerment is op te vatten als “een doorgaand versterkingsproces waarbij men vanuit erkenning van de eigen kwetsbaarheid gefocussed blijft op de eigen kracht en potentie” (Regenmortel, 2009). Resultaat is dat de patiënt weer eigen regie krijgt over het leven en er dus een balans is gevonden tussen dat wat de ziekte vraagt en het leven dat hij/zij wil leiden.

In de gezondheidszorg wordt vooral de term zelfmanagement gebruikt. Zelfmanagement is het zodanig omgaan met de chronische aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven. Zelfmanagement betekent dat chronisch zieken zelf kunnen kiezen in hoeverre men de regie over het leven in eigen hand wil houden en mede richting willen geven aan hoe beschikbare zorg wordt ingezet, om een optimale kwaliteit van leven te bereiken of te behouden (CBO, 2014).

De begrippen komen voor patiënten op hetzelfde neer. Voor hen gaat het om de eigen regie voeren over alle aspecten van het leven, dus niet alleen in relatie tot de zorg of de medische behandeling van de ziekte of beperking maar ook tot bijvoorbeeld wonen, sociale activiteiten en werken.

Kort na een hartinfarct is er nog weinig ruimte voor empowerment en zelfmanagement. De patiënt focust op herstel (medisch) en bijkomen van de schrik (verwerking). Een belangrijke basis kan gelegd worden door goede informatie en opvang. Zo wordt de patiënt toegerust en vertrouwd gemaakt met zijn rol als medebehandelaar én regisseur. Een rol die hij gaandeweg meer kan gaan oppakken: zoals in de hartrevalidatie en in de eerstelijnszorg. Uiteraard naar vermogen en wens van de patiënt. Ten behoeve van de blauwdruk zijn alle inzichten op het terrein van voorlichting en begeleiding, vanuit wetenschap en praktijk en vanuit patiënten en zorgverleners, bekeken door *de bril van empowerment*. Dit resulteert in onderstaande 11 punten: wat helpt om patiënten sterk te maken, te ‘empoweren’?

Wat is belangrijk voor het 'empoweren' van patiënten?

1. Attitude van de zorgverlener

De juiste attitude van de zorgverlener vormt de basis. Gelijkwaardigheid (patiënt en zorgverlener zijn niet hetzelfde maar wel gelijkwaardig), respect voor en vertrouwen in de ander is essentieel. De zorgverlener moet geloven in de capaciteit tot groei van de patiënt en het als taak zien om een appel te doen op deze capaciteit. Het vraagt van de zorgverlener om ingesteld te zijn op samenwerken met de patiënt: het delen met de patiënt van besluitvorming en uitvoering van de zorg: de zorgverlener als coach.

2. Maatwerk

Iedere patiënt gaat op zijn eigen wijze om met ziekte en klachten. De kunst is om als zorgverlener hierop in te spelen. Maatwerk betekent rekening houden met iemands voorkeur en wensen; fase van verwerking en aanpassing; motivatie (fasen van gedragsverandering); vermogen tot zelfmanagement (self efficacy: geloof in eigen kunnen). Deze kenmerken kunnen natuurlijk in de tijd veranderen. Maatwerk heeft ook betrekking op welke voorlichting, zorg of ondersteuning er geboden wordt. Hoe vaak en op welke manier (op locatie of telefonisch; in een groep of individueel; via internet/email/tablet/smartphone etc.). Kom samen met de patiënt tot het best passende aanbod. Om tegemoet te komen aan wat de patiënt nodig heeft, helpt het twee vormen van communicatie toe te passen.

Cognitieve communicatie: het verstrekken van kennis, uitleg en informatie met betrekking tot de aandoening en de mogelijke behandelingen. Speelt in op de behoefte te weten en te begrijpen.

Affectieve/empathische communicatie: het maken van een vertaalslag van bovenstaande naar de leefwereld van de patiënt en aandacht voor de emotionele gevolgen hiervan. Komt tegemoet aan de behoefte van de patiënt om zich gekend en begrepen te voelen.

3. Hou rekening met de fase in het aanpassingsproces

- Acut: gericht op lichamelijk herstel en minimaliseren van gevolgen
- Revalidatie: groeiend besef en acceptatie van definitieve gevolgen
- Chronisch: aanpassing aan definitieve gevolgen

Hou rekening met de fasen van verwerking: schok, ongeloof, verbijstering → ontkenning → herbeleving → doorwerken → voltooiing - het leven hervatten

Wijs naar aanbod in een later stadium: hartrevalidatie, zorg in de eerste lijn, De Hart&Vaatgroep en stressmanagement.

4. Zorgproces dat zelfmanagement bevordert

Richt het zorgproces zo in dat zelfmanagement bevordert wordt:

Agenda bepalen: zorg voor tweerichtingsverkeer bij het bepalen van de agenda voor consult of gesprek. De patiënt schrijft vragen van te voren op of vult een vragenlijst in.

Doelen en acties formuleren: samen concrete doelen en acties formuleren. Dit wordt vastgelegd in een individueel zorgplan.

Follow-up organiseren: organiseren, bespreken en evalueren van gekozen doelen en acties.

Deze drie stappen vinden plaats vanuit de werkwijze van 'gedeelde besluitvorming'.

5. Samen beslissen (Gedeelde besluitvorming)

Gedeelde besluitvorming is een proces, waar twee perspectieven samen komen: van de zorgverlener als kenner van de ziekte, van de patiënt als kenner van zijn leven.

Er zijn grofweg drie stappen:

- Wat zijn de mogelijkheden van de patiënt in de huidige situatie (hartinfarct)?
- Wat zijn de voor- en nadelen(risico's) van die mogelijkheden? Afwachten is ook een optie.
- Wat betekent dat voor de patiënt (dus kijkende naar diens voorkeuren en persoonlijke factoren)

Waar gewenst wordt bedenktijd ingelast, zodat de patiënt informatie kan nalezen, dingen kan laten bezinken en/of thuis overleggen. Daarna kan een gezamenlijk besluit genomen worden of kan de patiënt desgewenst het besluit aan de zorgverlener overlaten.

<http://www.3goedevragen.nl/> Deze website hoort bij de pilot voor de campagne '3 goede vragen' van de Nederlandse Patiëntenfederatie NPCF en de Orde van Medisch Specialisten in samenwerking met het RadboudUMC. De pilot is gestart in 2015.

6. Eerste aanzet naar individueel zorgplan

Er is bij de overdracht naar de 1^e lijn een eerste aanzet gemaakt voor een individueel zorgplan:

- Er is een risicoprofiel opgesteld (registratie)
- Er is beschreven met welk haalbaar (!) doel/doelen gestart gaat worden. Er is beschreven wat de patiënt nodig heeft van zorgverleners om aan deze doelen te werken en er is beschreven wat de patiënt zelf gaat doen.
- In het individueel zorgplan staat de naam en bereikbaarheid van de zorgcoördinator zodat de eerste lijn contact op kan nemen.

Dit individueel zorgplan is begrijpelijk voor de patiënt en beschikbaar voor de patiënt. Het individueel zorgplan is de dynamische set van afspraken van de patiënt en de zorgverlener(s) over zorg en zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en situatie van de patiënt. Ze komen in gedeelde besluitvorming tot stand.

Voor cardiovasculair risicomangement geeft De Hart&Vaatgroep het werkboekje Zorgplan Vitale Vaten uit. Het zorgplan komt steeds meer ter beschikking via internet en is dan qua opzet vaak generiek.

7. Wees duidelijk over de organisatie

Zorg dat de patiënt weet wie de hoofdbehandelaar is en wie de zorgcoördinator (centrale zorgverlener) is. Voorkom dat de patiënt in een gat belandt en niet weet waar hij naar toe moet met vragen en problemen.

8. Informeren over zorg die patiënten kunnen verwachten in de 1^e lijn

Na de zorg vanuit het ziekenhuis (opname, polikliniek, hartrevalidatie) komt de patiënt wanneer hij stabiel is, in zorg bij de huisarts. De patiënt gaat soms naar het spreekuur van de huisarts maar het meeste ziet hij de praktijkondersteuner (een verpleegkundige). Voor leefstijlbegeleiding worden indien nodig ook andere zorgverleners of andere organisaties ingeschakeld. Steeds meer wordt gewerkt met een individueel zorgplan. De praktijkondersteuner is meestal degene die de zorg coördineert (centrale zorgverlener) en dus ook samen met de patiënt het individueel zorgplan opstelt en bespreekt. Het moet duidelijk zijn wanneer controle of behandeling en zorg vanuit het ziekenhuis nodig is.

9. Hoe effectief is voorlichting?

Mensen herinneren zich 10% van wat zij lezen in bijvoorbeeld een voorlichtingsbrochure, 20% van wat verteld wordt in o.a. een consult en 35 % van wat zij zien. Als horen en zien gecombineerd wordt, is het 55% (met visueel materiaal laten zien wat er met het hart gebeurd is; de hoogte van het risico visualiseren; films over behandeling, zelfmanagement etc.). Dit is 80% als zij zelf herhalen wat gezegd is. Het beste resultaat verkrijgt je als een persoon de informatie in eigen woorden herhaalt en het geleerde tegelijkertijd demonstreert: 90% juiste herinnering.

10. Ask-tell-ask principe

Communicatie veronderstelt tweerichtingsverkeer (dus niet alleen zenden). Het werken volgens het ask-tell-ask principe maakt dat alleen die informatie gegeven wordt die de patiënt nodig heeft. Ook wordt duidelijk hoe de patiënt er qua beleving in staat.

Vragen die aan de patiënt gesteld worden:

Weet u iets over de werking van het hart? Wat voor hartinfarct had u? Wat doet u als u pijn op de borst krijgt? Welke medicijnen gebruikt u? Moet u deze medicijnen levenslang gebruiken? Uw bloeddruk is normaal: waarom krijgt u dan toch een bloeddrukverlager? (idem voor cholesterol).

Na de informatie kan de zorgverlener checken of de patiënt het begrepen heeft door te vragen het vertelde in eigen bewoordingen samen te vatten.

11. De belangrijkste informatie op schrift meegeven

Het is bevorderlijk voor het effect van de voorlichting als de belangrijkste informatie op schrift wordt vastgelegd en meegegeven wordt aan de patiënt.

Een specifieke folder lijkt effectiever dan een algemene: op maat!

Scholing

Voor empowerment en ondersteunen van zelfmanagement is goede scholing nodig, zoals motivational interviewing. Een jaarlijkse herhalingstraining motivational interviewing is aan te bevelen. In de scholingsagenda van VS en PA zijn verschillende aanbieders te vinden zijn met geaccrediteerde scholingen ([Verpleegkundig Specialisten](#); [Physician Assistants](#)).

Literatuur

1. Arkesteijn S, Engels J et al. Wat wil de patiënt? Zelfmanagement. De POH maart 2013, 28-29
2. Boshuizen D, Engels J et al. Persoonsgerichte zorg, White paper. Utrecht: Vilans, 2014
3. Boxer PhD H, Snyder MD S, Five Communication Strategies to Promote Self-Management of Chronic Illness, Fam Pract Manag. 2009 sep-Oct;16(5):12-16
4. Brink R van den, Timmermans H et al. Ruimte voor regie. Kluwer/CBO: Deventer/Utrecht. 2013
5. CBO. Zorgmodule Zelfmanagement 1.0. Utrecht: CBO, 2014
6. De Hart&Vaatgroep, Zorgplan Vitale Vaten, Individueel zorgplan hart- en vaatziekten. Den Haag: De Hart&Vaatgroep, 2013
7. Engels J, Kistemaker W. Zelfmanagement helpt de zieke vooruit. Medisch Contact 2009; 50: 2094-2097
8. Erp J van. Vaardig door ontspanning, Hartstichting/De Hart&Vaatgroep, februari 2014
9. Feijter C. de. V&VN magazine, special zelfmanagement: Samen oplossingen bedenken, maart 2014
10. Handreiking shared decision making. In Een/Hogeschool Zuyd/NHG/Universiteit Maastricht. 2015
11. Hickox-Vriens Drs. S.M.C. et al. Handboek Vasculair Risicomanagement door de Verpleegkundig Specialist, Uitgave onder beheer auteurs, Utrecht 2007
12. Idema K. Meer resultaat door begeleiding op maat, De Hart&Vaatgroep Den Haag: april 2013
13. Kiers B. Zorgvisie Transformatie 16 december 2014, jaargang 44, 20-23
14. Loon L van. Patiëntgericht communiceren, de POH september 2014, 26-28
15. Maassen H. De dokter als coach, Medisch Contact 4 juli 2008, jaargang 63, 1163-1167
16. MCA Gemini Groep, Medisch paspoort, Cardiologie
17. Platform Vitale Vaten. Zorgstandaard Cardiovasculair Risicomanagement (Deel I en II). Den Haag: Hartstichting, 2013
18. Roos S, Idema K, et al. Cordiaal mei 2010. 170-173
19. Silva Dr. D. de. Helping people help themselves. The Health Foundation, mei 2011
20. Timmer S. Empowerment, het begrip ontleed. 2 mei 2010
21. Waldmann B. Voorlichting op maat. Amsterdam: Vu medisch centrum, januari 2008

Websites

www.hartenvaatgroep.nl

www.hartstichting.nl

www.nvvc.nl en www.nvvcconnect.nl

www.zelfmanagement.com

www.3goedevragen.nl