

# Zorgstandaard Zelfmanagement voor de geestelijke gezondheidszorg

*Eigen regie en verantwoordelijkheid*

## **Colofon**

Deze publicatie is tot stand gekomen in opdracht van en dankzij financiering van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ en onder projectleiding van het Landelijk Platform GGZ (LPGGz). De projectgroep bestond uit een projectleider van het LPGGz (Mw. drs. M. Wollaars), twee uitvoerders van het Trimbos-instituut (Mw. drs. D.M.G. Meije en Dhr. drs. M. Oud) en de voorzitter van de werkgroep. (Dhr. B. Stavenuiter, Ypsilon)

## **Auteur**

Drs. D.M.G. Meije, wetenschappelijk medewerker, uitvoering, Trimbos-instituut.

In samenwerking met de **werkgroep zorgstandaard zelfmanagement**

Dhr. B. Stavenuiter, directeur Ypsilon Nederland, onafhankelijke voorzitter werkgroep

Mw. drs. E. Willemsen, projectcoördinator, Stichting Door en Voor (LPGGz)<sup>1</sup>

Dhr. J. Zweistra, verpleegkundig specialist, Basis-ggz Arkin (V&VN)

Mw. drs. M. Wollaars, coördinator zelfmanagement, LPGGz, projectleider (LPGGz)

Dhr. drs. M. Oud, reviewer en vervangend uitvoerder (per maart 2016),

wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut

Mw. dr. N. Garnefski, Universitair Hoofd Docent Klinische Psychologie, Faculteit

Sociale wetenschappen, Universiteit Leiden en Psycholoog / Cognitief Gedrags therapeut

VGCT© (NIP)

Dhr. drs. T. Ketelaars, wetenschappelijk medewerker, Trimbos-instituut, notulist

Mw. dr. W. Buis, psychiater, Buis Psychiatrisch Advies / Ypse Den Bosch (NVvP)

Leden die zich voortijdig terug hebben moeten trekken:

Mw. drs. F. Goedhart, directeur Labyrint In Perspectief, Teammanager Projecten (LPGGz)

Dhr. M. Vergunst, verpleegkundig specialist, Arkin (V&VN)

Dhr. P. Ulrich, bestuurslid Stichting Borderline (LPGGz)

Mw. M. van der Heijden, praktijkondersteuner GGZ, De Vier Kwartieren Boxtel / zzp (LV POH-GGZ)

Met dank aan cliënten- en familievertegenwoordigers die deelnamen aan de focusgroep op 9 november 2015 en in het bijzonder Anneke Verduin.

## **Adviesgroep:**

Mw. A. Verduin, ervaringsdeskundige zelfmanagement

Mv. M. Grevelt, POH-GGZ

Mw. drs. G. Bouwman, vrijgevestigde, GZ-psycholoog, psychotherapeut

Mw. drs. W. Jennissen, GGZ Nederland, Stafhoofd Kwaliteit en zorgbeleid Lister

Mw. M. Markx, Kaderondersteuner Ypsilon

Mw. M. Boele van Hensbroek, Zilveren Kruis

Mw. drs. J. Engels, senior medewerker Vilans

Dhr. Prof. dr. J. Spijker, psychiater Pro Persona, professor Radboud universiteit

## **INHOUDSOPGAVE**

---

<sup>1</sup> (...) betekent formeel afgevaardigd vanuit LPGGz, NIP, NVvP en V&VN

|                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INLEIDING .....</b>                                               | <b>5</b>  |
| 1.1 AANLEIDING .....                                                    | 6         |
| 1.2 WERKWIJZE EN VERANTWOORDING .....                                   | 6         |
| 1.3 DOEL EN DOELGROEP .....                                             | 8         |
| 1.4 LEESWIJZER .....                                                    | 8         |
| 1.5 LITERATUUR .....                                                    | 9         |
| <b>2. ZELFMANAGEMENT EN HET EFFECT ERVAN .....</b>                      | <b>10</b> |
| 2.1 DEFINIËRING ZELFMANAGEMENT .....                                    | 10        |
| 2.2 ZELFMANAGEMENT EN DE FASE VAN DE AANDOENING EN HERSTEL. ....        | 12        |
| 2.3 EFFECTIVITEIT ZELFMANAGEMENT .....                                  | 14        |
| 2.3.1 Zoekstrategie .....                                               | 14        |
| 2.3.2 Geïnccludeerde en geëxcludeerde studies .....                     | 14        |
| 2.3.3 Resultaten .....                                                  | 15        |
| 2.3.4 Conclusies / samenvatting wetenschappelijke literatuur .....      | 17        |
| 2.4 LITERATUUR .....                                                    | 18        |
| <b>3. VISIE OP ZELFMANAGEMENT .....</b>                                 | <b>20</b> |
| 3.1 INLEIDING .....                                                     | 20        |
| 3.1.1 Wat is zelfmanagement? .....                                      | 20        |
| 3.1.2 Kwaliteit van leven volgens de cliënt zelf .....                  | 21        |
| 3.1.3 Ruimte voor verschil .....                                        | 21        |
| 3.1.4 Aansluitend op andere visies .....                                | 21        |
| 3.1.5 Naasten .....                                                     | 22        |
| 3.2 SAMENVATTING .....                                                  | 22        |
| 3.3 CONCLUSIE .....                                                     | 23        |
| 3.4 LITERATUUR .....                                                    | 23        |
| <b>4. KENNIS EN VAARDIGHEDEN HULPVERLENER .....</b>                     | <b>25</b> |
| 4.1 INLEIDING .....                                                     | 25        |
| 4.2 BENODIGDE KENNIS EN VAARDIGHEDEN VOLGENS ERVARINGSDESKUNDIGEN ..... | 27        |
| 4.2.1 Communicatievaardigheden .....                                    | 27        |
| 4.2.2 Samenwerkingsvaardigheden .....                                   | 27        |
| 4.2.3 Coachende vaardigheden .....                                      | 27        |
| 4.2.4 Regie laten behouden .....                                        | 28        |
| 4.2.5 Aandacht voor (mogelijkheden in) de omgeving .....                | 28        |
| 4.3 BENODIGDE KENNIS EN VAARDIGHEDEN VOLGENS ANDERE BRONNEN .....       | 28        |
| 4.3.1 Communicatievaardigheden .....                                    | 29        |
| 4.3.2 Samenwerkingsvaardigheden .....                                   | 30        |
| 4.3.3 Coachende vaardigheden .....                                      | 31        |
| 4.3.4 Regie laten behouden .....                                        | 32        |
| 4.3.5 Aandacht voor (mogelijkheden in) de omgeving .....                | 33        |
| 4.4 HULPVERLENINGSTECHNIEKEN .....                                      | 35        |
| 4.4.1 Informatieverstrekking en psycho-educatie .....                   | 35        |
| 4.4.2 Gespreksvoering .....                                             | 36        |
| 4.5 VERANDERINGSPROCESSEN .....                                         | 38        |
| 4.6 KENNIS OVER ZELFHULP- EN ZELFMANAGEMENTINSTRUMENTEN .....           | 39        |
| 4.7 SAMENVATTING .....                                                  | 40        |

|                       |                                                            |           |
|-----------------------|------------------------------------------------------------|-----------|
| 4.8                   | CONCLUSIE .....                                            | 42        |
| 4.9                   | AANBEVELINGEN .....                                        | 42        |
| 4.10                  | LITERATUUR .....                                           | 44        |
| <b>5.</b>             | <b>ATTITUDE HULPVERLENER .....</b>                         | <b>46</b> |
| 5.1                   | INLEIDING .....                                            | 46        |
| 5.1.1                 | Verder kijken dan de aandoening .....                      | 46        |
| 5.1.2                 | Streven naar samenwerking .....                            | 47        |
| 5.1.3                 | Gericht zijn op zelf oplossend vermogen van cliënten ..... | 47        |
| 5.1.4                 | Gericht zijn op gezamenlijke besluitvorming .....          | 48        |
| 5.1.5                 | Bedacht zijn op verwaarlozing .....                        | 49        |
| 5.1.6                 | Gericht zijn op coaching .....                             | 49        |
| 5.1.7                 | Perspectiefvolle benadering .....                          | 49        |
| 5.1.8                 | Gericht zijn op het betrekken van de naasten .....         | 49        |
| 5.2                   | SAMENVATTING .....                                         | 50        |
| 5.3                   | CONCLUSIE .....                                            | 51        |
| 5.4                   | AANBEVELINGEN .....                                        | 51        |
| 5.5                   | LITERATUUR .....                                           | 52        |
| <b>6.</b>             | <b>RANDVOORWAARDEN ORGANISATIE VAN ZORG .....</b>          | <b>53</b> |
| 6.1                   | INLEIDING .....                                            | 53        |
| 6.1.1                 | Organisatie van de zorg(processen) .....                   | 53        |
| 6.1.2                 | Samenwerking op teamniveau en in de zorgketen .....        | 54        |
| 6.1.3                 | Scholing van de hulpverleners .....                        | 54        |
| 6.1.4                 | Ondersteunende ICT en nieuwe technologieën .....           | 55        |
| 6.1.5                 | Financiering .....                                         | 55        |
| 6.1.6                 | Wet- en regelgeving .....                                  | 56        |
| 6.2                   | SAMENVATTING .....                                         | 56        |
| 6.3                   | CONCLUSIE .....                                            | 56        |
| 6.4                   | AANBEVELINGEN .....                                        | 57        |
| 6.5                   | LITERATUUR .....                                           | 58        |
| <b>BIJLAGEN .....</b> |                                                            | <b>59</b> |
| BIJLAGE 1             | UITGANGSVRAGEN ZORGSTANDAARD ZELFMANAGEMENT .....          | 60        |
| BIJLAGE 2             | REVIEW PROTOCOL .....                                      | 63        |
| BIJLAGE 3             | SEARCH HISTORY ZELFMANAGEMENT BIJ GGZ PROBLEMATIEK .....   | 64        |
| BIJLAGE 4             | EVIDENCE TABELLEN .....                                    | 73        |
| BIJLAGE 5             | ZELFMANAGEMENT INSTRUMENTEN EN ACHTERGRONDINFORMATIE ..... | 87        |

# 1. Inleiding

Zelfhulp, zelfregie, zelfredzaamheid, zelfmanagement, het zijn allemaal thema's die meer en meer in de belangstelling komen te staan in de (geestelijke) gezondheidszorg. Talloze websites rond deze thema's zijn ingericht, vele visiedocumenten en handreikingen zijn geschreven. Ook in de diverse richtlijnen en zorgstandaarden wordt aandacht aan deze thema's besteed. Het zijn begrippen die naadloos aansluiten op het concept van gezondheid als *'het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven'* (Huber, 2014). Het gaat niet om het bereiken of handhaven van een ideale toestand, maar om een herstel van vitaliteit, functioneren en participeren van mensen. Het concept benadrukt de dynamiek, de kracht en de regie van mensen.

Zelfmanagement wordt gedefinieerd als acties en vaardigheden gericht op:

- Het zelf omgaan met de aandoening, symptomen en psychosociale gevolgen van de aandoening.
- Het zelf omgaan met factoren die de symptomen kunnen verergeren. (risicofactoren)
- Het zelf werken aan leefstijlveranderingen.
- Het zelf keuzes maken zowel in het alledaagse leven als in het zorg-, behandel- en ondersteuningsaanbod.
- Het zelf werken aan symptomatisch, functioneel, persoonlijk en maatschappelijk herstel.
- Het zelf zoveel mogelijk de verantwoordelijkheid dragen in de behandeling als in het leven met een aandoening.
- De regie voeren over het eigen leven; regie over het leven dat iemand wil leiden hebben of krijgen.

Zelfmanagement kan men dan ook zien als het beslissen en handelen van een individu op basis van persoonlijke keuzes om de effecten en gevolgen van een aandoening op het leven van het individu te reguleren. Zelfmanagement omvat zelfzorg, zelfhulp en zelfregie. Waar wenselijk gebeurt dit in samenwerking met naasten met ondersteuning van professionals.

Het aanleren van deze vaardigheden is van belang omdat volgens Trappenburg et al. (2014) een persoon het volgende moet beheersen om zelfmanagement goed toe te kunnen passen:

- Problemen kunnen oplossen: situaties kunnen inschatten en oplossingen kunnen vinden voor nu en in de toekomst.
- In staat zijn om de juiste beslissingen of maatregelen op het juiste moment in de juiste volgorde te nemen.
- Hulpbronnen weten te gebruiken: tijdig zoeken, vinden en gebruiken van de juiste informatie, naasten en zorgverleners.
- In staat zijn om een goede relatie met de zorgverlener op te bouwen en te onderhouden. Zelf een actieve partner kunnen zijn in het zorgproces, veranderingen in de gezondheidstoestand kunnen rapporteren, in staat zijn om onderbouwde beslissingen te nemen en deze te bespreken met de zorgverlener.
- Zelf plannen kunnen maken, opstellen en ze kunnen uitvoeren op de korte termijn.
- Het eigen lichaam monitoren (zelfmonitoring): monitoren van het verloop van de ziekte en het tijdig kunnen inzetten van de opgedane zelfmanagementvaardigheden.

Volgens Van den Brink, Timmermans, Havers en Veenendaal (2013) hoort het stimuleren van zelfmanagement in de zorg bij de basiscompetenties van hulpverleners. Hulpverleners beschikken over het algemeen wel over kennis van zelfmanagement maar vinden het nog lastig om deze kennis in de praktijk toe te passen. Het niet op de juiste wijze stimuleren van zelfmanagement in de ondersteuning, kan negatieve gevolgen hebben. Bijvoorbeeld wanneer een hulpverlener te veel zelfredzaamheid van een cliënt verwacht en hem daardoor spreekwoordelijk laat zwemmen. Of juist wanneer een hulpverlener te veel de regie van een cliënt overneemt, waardoor de cliënt de vrijheid wordt ontnomen voor zelfontplooiing en ontwikkeling. Hulpverleners moeten zelfmanagement stimuleren, maar zich altijd bewust zijn van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënten die het moeten doen. Van naasten van de cliënt mag eenzelfde insteek worden verwacht, waar nodig ondersteund door de hulpverlener. Omgekeerd mogen naasten er ook op rekenen dat ook zij in hun waarde worden gelaten; zelfmanagement is niet voorbehouden aan de cliënt, maar is er ook voor de naasten.

Inzet op zelfmanagement vraagt om aanpassingen in de zorgrelatie, de uitgangsprincipes, de inhoud en het proces van de zorg: een omslag naar 'zorgen dat' in plaats van 'zorgen voor'. Voor deze omslag is het van belang dat cliënten beschikken over een aantal competenties zoals; probleemoplossend vermogen, het kunnen nemen van eigen beslissingen en het kunnen aangaan van een partnerschap met hulpverleners en naasten (van den Brink et al., 2013). Cliënt en hulpverlener kunnen, rekening houdend met de genoemde competenties van de cliënt, samen bekijken waar voor de cliënt meer zelfstandigheid mogelijk is, waar hij ondersteuning bij nodig heeft, en welke informatie hij op welk moment nodig heeft om zelf de juiste keuzes te kunnen maken. De focus van hulpverleners in de ggz ligt idealiter dan ook meer op de ondersteuning van de cliënt (al dan niet met steun van diens naaste), en het waar mogelijk stimuleren om zelf de regie over het leven te pakken. Ook gezamenlijke besluitvorming (ook wel gedeelde besluitvorming of Shared Decision Making genoemd) speelt hierbij een belangrijke rol. Het gaat hier om de samenwerking tussen professional, cliënt en naaste, waarbij ieder als gelijkwaardige gesprekspartner wordt beschouwd.

## **1.1 Aanleiding**

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (NKO) heeft gemeend dat het van belang is om een zorgstandaard zelfmanagement te ontwikkelen die aan alle ggz-zorgstandaarden toegevoegd kunnen worden. Deze module heeft een beperkte omvang en wordt volgens een vast format opgeleverd. Deze onderbouwing is het onderliggende materiaal dat de basis van de module vormt. In de onderbouwing staat de informatie in meer detail en is ook de vindplaats van de informatie beschreven (literatuurverwijzingen en links).

## **1.2 Werkwijze en verantwoording**

Voor de ontwikkeling van deze module is een projectgroep samengesteld die bestond uit de projectleider van het LPGGz, de uitvoerder van het Trimbos-instituut (Ti) en de voorzitter van de werkgroep van Ypsilon. Vervolgens is een multidisciplinaire werkgroep samengesteld met afgevaardigden van verschillende beroepsgroepen en cliënten- en familieorganisaties. Naast de werkgroep is er ook een adviesgroep van wetenschappers en experts uit het veld geconsulteerd. Sommige leden van deze adviesgroep zijn tussentijds geconsulteerd en de gehele adviesgroep is aan het eind van het traject gevraagd commentaar te leveren op het werk van de werkgroep.

Bij de start van het project zijn door de projectgroep en de werkgroep uitgangsvragen geformuleerd die leidend zijn voor de inhoud van de module.

Een deel van de onderbouwing en de module is gebaseerd op literatuuronderzoek (literatuursearch) dat is uitgevoerd door een informatiespecialist en een reviewer (Ti) rond de uitgangsvraag:

*Wat is de effectiviteit van zelfmanagement voor mensen die ondersteuning, zorg en/of behandeling ontvangen van de ggz? (zie hoofdstuk 2)*

Voor het zoeken naar publicaties is gebruikgemaakt van de volgende informatiebronnen: Medline (Pubmed) en PsycInfo. De uitkomsten van het literatuuronderzoek staan in paragraaf 2.3.

Het overige deel van de onderbouwing en de module is gebaseerd op een googlesearch in de grijze literatuur rondom zelfmanagement. Het betreft de niet-systematische reviews, niet peer-reviewed materiaal, beleidsstukken, stappenplannen, websites, handleidingen en artikelen. Ook de werkgroepleden droegen hierbij (grijze) literatuur aan. Het verkregen materiaal is beoordeeld en aangevuld door de werkgroep. Hierbij is voortdurend gezocht naar consensus.

De uitgangsvragen voor deze googlesearch waren:

- Welke visie(s) op zelfmanagement is/zijn relevant om zelfmanagement mogelijkheden samen met de cliënt te onderzoeken? (zie hoofdstuk 3)
- Over welke kennis en vaardigheden dient een hulpverlener te beschikken om zelfmanagement mogelijkheden samen met de cliënt te onderzoeken? (zie hoofdstuk 4)
- Welke attitude van de hulpverlener is relevant om zelfmanagement mogelijkheden samen met de cliënt te onderzoeken? (zie hoofdstuk 5)
- Aan welke randvoorwaarden dient de zorgorganisatie te voldoen om zelfmanagementmogelijkheden van de cliënt te optimaliseren? (zie hoofdstuk 6)

De mening van cliënten- en familievertegenwoordigers (zie onder andere paragraaf 4.2) is gevraagd tijdens een focusgroep aan de hand van de vraag:

*Welke informatie hebben cliënten en familie/naasten nodig om zelfmanagementvaardigheden (verder) te ontwikkelen?*

Naast deze 'hoofdvragen' zijn ook een aantal subvragen geformuleerd, deze staan aan het begin van elk hoofdstuk en in bijlage 1. Waar mogelijk en relevant wordt in de betreffende hoofdstukken aandacht besteed aan de beantwoording van deze subvragen. In de module worden de uitgangsvragen niet opgenomen omdat het daar vooral draait om een lopende tekst.

Op basis van de informatie uit de focusgroep, de literatuur en de documenten die gevonden zijn tijdens de googlesearch, en in samenwerking met de werkgroep, is de onderbouwing geschreven. Vervolgens zijn de teksten uit de onderbouwing ingevoegd in het format van het NKO GGz en is de zorgstandaard zelfmanagement geschreven.

In de onderbouwing is de herkomst van het materiaal zoveel mogelijk geadresseerd. In de module zijn minder verwijzingen toegevoegd. Daarom verwijzen we voor informatie in detail naar de onderbouwing.

### **1.3 Doel en doelgroep**

De zorgstandaard zelfmanagement wordt primair geschreven ter ondersteuning van de praktijkvoering van alle hulpverleners (ggz-professionals) die betrokken zijn bij de zorg, behandeling en ondersteuning van mensen met psychische problemen. Deze hulpverleners krijgen met deze module handvatten aangereikt om zelfmanagement bij hun cliënten te ondersteunen. De module richt zich secundair op de cliënten en hun naasten. Met de cliënten worden in principe alle cliënten die gebruik maken van de ggz en hun naasten bedoeld. Soms is het zinvol om een onderscheid te maken naar specifieke cliëntengroepen. Bijvoorbeeld wanneer een zelfmanagementinterventie aandoening specifiek is, vergelijk een Life Chart voor mensen met bipolaire stemmingsproblematiek.

Hier en daar zal mogelijk de behoefte aan zelfmanagement ondersteuning verschillen. Een cliënt die voor het eerst onder behandeling van de ggz komt, zal naar verwachting meer gewend zijn om zijn leven te 'managen' dan een cliënt die al langdurig afhankelijk van zorg is en een afhankelijkheidsrelatie met de hulpverlening heeft opgebouwd. Bij de eerste groep gaat het meer om het behouden (en uitbouwen) van wat er is en bij de laatste groep moet mogelijk het vlammetje weer aangewakkerd worden om het leven weer wat meer in eigen hand te nemen. Ook de relatie met de naaste omgeving is van belang: speelt ze een stimulerende of juist een remmende rol, bijvoorbeeld door te beschermend te willen zijn?

In deze module wordt ervan uitgegaan dat zelfmanagement 'in principe goed' is en de module is in die zin normerend. Toch is het belangrijk om voortdurend te toetsen of in de specifieke situatie van de cliënt 'goed' is, of de cliënt hiermee geholpen is, of hij het 'kan' en of het zijn behoefte is. Het gaat om de intrinsieke motivatie van de cliënt en dus niet 'De hulpverlener wil dat de cliënt aan zelfmanagement doet.'

In deze module is er voor gekozen om de nadruk te leggen op wat een hulpverlener 'nodig heeft' om zelfmanagement van hun cliënten en naasten optimaal te kunnen ondersteunen en te komen tot een goede samenwerkingsrelatie. Het gaat om de visie, attitude, kennis en vaardigheden. Daarnaast wordt er in een hoofdstuk aandacht besteed aan de randvoorwaarden in de zorgorganisatie. In een apart hoofdstuk wordt gefocust op wat cliënten zelf kunnen doen om hun leven weer wat meer in eigen hand te nemen.

### **1.4 Leeswijzer**

In deze module wordt zoveel mogelijk gesproken over cliënten en niet over patiënten omdat het streven naar een gelijkwaardige relatie tussen hulpverlener en cliënt aan de basis ligt van de ondersteuning van zelfmanagement. De term patiënt impliceert meer een afhankelijkheidsrelatie. In de module wordt er omwille van de leesbaarheid gesproken over naasten. Hiermee wordt dan de partner, de ouder, het gezin, de familie en andere naastbetrokkenen bedoeld. Ook wordt er gesproken over de cliënt en de hulpverlener in de mannelijke vorm (hij, zijn en hem). Hiervoor kan ook zij of haar gelezen worden.

## **1.5 Literatuur**

Brink, R. van den, Timmermans, H., Havers, J., & Veenendaal, H. van (2013). *Ruimte voor regie: Pioniers over zelfmanagement in de zorg*. Deventer: Kluwer.

Huber, M.A.S. (2014). Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. Maastricht, Universiteit van Maastricht. Proefschrift.

Trappenburg, J.C.A., Jonkman, N.H., Jaarsma, T., Os-Medendorp, H., Kort, H.S.M., Wit, N. de, Hoes, A. & Schuurmans, M.J. (2014). Zelfmanagement bij chronische ziekten. *Huisarts en Wetenschap*, 57(3), 120-124.

## 2. Zelfmanagement en het effect ervan

### 2.1 Definiëring zelfmanagement

Momenteel wordt zelfmanagement op uiteenlopende manieren gedefinieerd. Er is een veelheid van definities die zich van elkaar onderscheiden door de accenten die gelegd worden, vergelijk zelfregie, ziektemanagement en kwaliteit van leven. Het merendeel van de veel geciteerde definities in de literatuur en beleidstukken richt zich op de mensen met een chronische aandoening. De zorgstandaard richt zich op alle mensen met een psychische aandoening. De definities lijken zich door de tijd heen wel te verbreden richting het 'gehele' leven (Barlow, 2010).

Een veel geciteerde definitie is die van Barlow, Ellard, Hainsworth, Jones en Fisher (2005):

*"Zelfmanagement verwijst naar de capaciteiten van een individu om de symptomen, behandeling, fysieke en psychologische consequenties en leefstijlveranderingen, die samengaan met een chronische aandoening, te regelen.*

Het CBO (2014) vult dit aan door zelfmanagement te definiëren als:

*"Het omgaan met symptomen, behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties van de chronische aandoening en/of de omgang met risicofactoren en aanpassing in leefstijl. Zelfmanagement is effectief wanneer mensen zelf hun gezondheidstoestand monitoren en de cognitieve, gedragsmatige en emotionele reacties vertonen die bijdragen aan een bevredigende kwaliteit van leven"*

([www.zelfmanagement.com](http://www.zelfmanagement.com)).

In deze module wordt zelfmanagement breed opgevat. Het startpunt is veelal het managen van de aandoeningsgerelateerde aspecten en uiteindelijk gaat het over de regievoering over het eigen leven. Zelfmanagement overstijgt in dien zin ziektemanagement.

In deze module wordt zelfmanagement gedefinieerd als acties en vaardigheden gericht op:

- Het zelf omgaan met de aandoening, symptomen en psychosociale gevolgen van de aandoening
- Het zelf omgaan met risicofactoren
- Het zelf werken aan leefstijl veranderingen
- Het zelf keuzes maken zowel in het alledaagse leven als in het zorg-, behandel- en ondersteuningsaanbod
- Het zelf werken aan symptomatisch, functioneel, persoonlijk en maatschappelijk herstel
- De regie voeren over het eigen leven; regie over het leven hebben of krijgen dat iemand wil leiden.

Zelfmanagement kan men dan ook zien als het beslissen en handelen van een individu op basis van persoonlijke keuzes om de effecten en gevolgen van een aandoening op het leven van het individu te reguleren. Zelfmanagement omvat zelfzorg, zelfhulp en zelfregie. Waar wenselijk gebeurt dit in samenwerking met naasten en/of professionals.

Herstel betreft hier symptoom, functioneel, persoonlijk en maatschappelijk herstel. Deze vormen van herstel staan enigszins los van elkaar: het uitblijven van symptomatisch herstel hoeft niet te betekenen dat bijvoorbeeld maatschappelijk herstel niet mogelijk is. Zie voor herstelondersteunende zorg de betreffende zorgstandaard.

Het één en ander gebeurt al dan niet met ondersteuning van de naasten en de hulpverlening. Voor de naasten is het van belang dat hun positie scherp in het oog gehouden wordt. Afstemming is nodig om te voorkomen dat zelfmanagement van de cliënt ten koste van hen gaat. Familieorganisaties benadrukken daarom dat er ook aandacht moet zijn voor de zelfmanagement van de naasten.

In Houle, Gascon-Depatie, Belanger-Dumontier en Cardinal (2013) wordt de huidige verwarring met betrekking tot het concept zelfmanagement (binnen depressie behandeling) beschreven en literatuur aangehaald om meer duidelijkheid te scheppen. Het gaat vooral om de termen zelfhulp, collaborative care en zelfmanagement. Deze concepten worden vaak door elkaar gebruikt. De definiëring uit Houle et al. is van belang voor de literatuurstudie naar het effect van zelfmanagement die hierop volgt (zie paragraaf 2.3).

***Figuur 1: Definities zoals gebruikt in Houle et al. (2013).***

Zelfhulp – Hierbij gaat het om het zelf toepassen van psychotherapeutische behandeling (vaak Cognitieve Gedrags Therapie (CGT) of Problem Solving Therapy (PST)) door middel van zelfhulpboeken, internet, audio, video, software et cetera (begeleide zelfhulp – zelfhulp met minimaal ondersteunend contact van een zorgprofessional).

Collaborative care – Een zorgmodel met meerdere facetten (screening, multidisciplinair team, evidence based behandeling, proactieve follow-up, monitoring en promotie van therapietrouw) voor een cliënt met een chronische aandoening.

Zelfmanagement – Een aanvulling op de behandeling met (in het geval van depressie) als doel om relapse te voorkomen. Onderdelen van de interventie zijn vaak het monitoren van symptomen, het bevorderen van therapietrouw en een gezonde levensstijl, het aanleren van probleemoplossingsstrategieën, het opstellen van een doel en actieplan en het onderhouden van contacten met zorgprofessionals.

In deze definiëring gaat het bij zelfhulp dus meer om het zich zelf behandelen bij een stoornis, zelfmanagement is meer preventief van aard en gericht op het behouden van een stabiele psychische toestand. Bij zelfhulp behandel je de episode en bij zelfmanagement gaat het onder andere om de chronische aspecten van een stoornis. Bij collaborative care gaat het om een organisatievorm aanpassen rond een chronische ziekte, zelfmanagement zit hier bij in maar is één facet binnen het model. Zelfzorg en zelfhulp/zelfregie kunnen als volgt onderscheiden worden. Zelfzorg is het zorgen voor een aspect (bijvoorbeeld bloedglucosemeten bij diabetes en vervolgens maatregelen nemen). Zelfhulp is meer de diabetes inpassen in je leven.

## 2.2 Zelfmanagement en de fase van de aandoening en herstel.

De *fasen van de aandoening* die van oudsher onderscheiden worden zijn de acute (vaak ook crisisfasen) en de chronische fase. Als zorgfasen<sup>2</sup> worden beschreven: 1) vroege onderkenning en preventie, 2) diagnostiek, 3) monitoring, 4) behandeling, begeleiding en terugvalpreventie, en 5) herstel, participatie, re-integratie en langdurige en chronische ggz.

Zelfmanagement wordt over het algemeen minder van toepassing geacht in de crisissituatie van de aandoening. In die fase kunnen hulpverleners wel zelfmanagement ondersteunen, maar informeren over omgaan met de aandoening en tools aanreiken kan beter in een latere fase gebeuren (Engels & Dijcks, 2010).

De multidisciplinaire richtlijnen op psychiatrisch gebied melden hierover:

- De multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (van Balkom et al., 2013) noemt het belang van psycho-educatie en zelfmanagement. Expliciet wordt besproken dat terugvalpreventie aan de orde moet komen na het bereiken van stabiele remissie.
- De multidisciplinaire richtlijn depressie (Spijker et al., 2013) meldt dat bibliotherapie, zelfhulp of zelfmanagement een plaats heeft in de behandeling van cliënten die zich aanmelden met een lichte depressie (niet-suïcidaal, niet psychotisch). Verder staat in de richtlijn: nadat voldoende herstel is bereikt, worden altijd terugvalpreventie en individuele re-integratie overwogen; dat wil zeggen er wordt aandacht besteed aan het voorkómen van terugval. Zelfmanagement wordt in dit kader echter niet besproken.
- De nieuwere richtlijn bipolaire stoornissen (Kupka et al., 2015) besteedt een vrij uitgebreid hoofdstuk aan zelfmanagement en adviseert dit te bespreken in een euthyme periode, als er geen sprake is van manie of depressie. Dan kan besproken worden wat te doen om zo stabiel mogelijk te blijven en terugval te voorkómen. Zelfmanagement wordt gekoppeld aan herstel: 'Zelfmanagement is onlosmakelijk verbonden met persoonlijk herstel en vormt hiervan een belangrijk onderdeel. Immers als de cliënt beter in staat is om zijn symptomen te managen, komt er daadwerkelijk meer ruimte voor persoonlijke groei, zelfregie en betekenisgeving'.
- De multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (van Alphen et al., 2012) noemt als verpleegkundige interventies leefstijlcoaching, werken met crisisplannen en signaleringsplannen. Cliënten met schizofrenie en bipolaire stoornis bleken het gevoel te hebben dat ze door het gebruiken van een crisisplan meer controle kregen over hun gezondheidsprobleem. Gemeld wordt dat dit bijdraagt aan meer controle over het ziektebeloop en daarmee een beter zelfmanagement. Bij onderzoek naar het effect van signaleringsplannen bleek dit te leiden tot een niet significant verschil in terugval (van Meijel, 2006). Ook wordt gemeld dat niet alle mensen met deze aandoening konden profiteren van deze mogelijkheid. Verwezen wordt naar het [signaleringsplan](#) om terugval in psychose te voorkómen.

De Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB) heeft een brochure: '[Als u een manisch depressieve stoornis heeft: Wat u zelf kunt doen](#)'. Hierin staan tips

---

<sup>2</sup> Format Generieke module NKO

over: het herkennen van waarschuwingssignalen, triggers en een voorbeeld van een noodplan. Ook staat op de website een [signaleringsplan](#).

Een terugvalpreventieplan dat in de psychiatrie veel gebruikt wordt is hier te vinden: [www.depressie.org/docs/Terugvalpreventieplan.doc](http://www.depressie.org/docs/Terugvalpreventieplan.doc) Dit plan wordt vaak samen met een verpleegkundige gemaakt. Een ander voorbeeld: [www.depressie.org/zm/terugval.htm](http://www.depressie.org/zm/terugval.htm)

De *fasen van herstel van de aandoening* zoals beschreven door Gagne (2004) worden veel gebruikt:

1. Overweldigd worden door de aandoening: Ontreddering en verwarring staan op de voorgrond. Overweldigende symptomen lijken alles te bepalen en het leven is gericht op overleven, zowel mentaal als fysiek. Kenmerken van deze fase zijn hopeloosheid, machteloosheid en het gevoel geïsoleerd te zijn van zichzelf, van anderen en van de omgeving.
2. Worstelen met de aandoening: Er is nog steeds angst om 'overmand' te worden door de aandoening, maar nu dient ook de vraag zich aan hoe ermee geleefd kan worden. Er worden manieren ontwikkeld om weer contact met zichzelf te krijgen en om actief te leren omgaan met de symptomen. Kenmerken van deze fase zijn de worstelingen met het gebrek aan zelfvertrouwen en de zoektocht naar de eigen identiteit.
3. Leven met de aandoening: In deze fase begint het besef te groeien dat er met de aandoening kan worden omgegaan. Hierdoor wordt de angst minder en ontstaat er ruimte om beperkingen en sterke kanten te leren ontdekken. Kenmerken in deze fase zijn het opbouwen van nieuw 'zelf', het herstellen van oude en ontdekken van nieuwe rollen en het (opnieuw) aangaan van contacten met belangrijke anderen.
4. Leven voorbij de aandoening: De aandoening raakt meer en meer op de achtergrond. Er is nu ruimte om de verbondenheid met anderen te voelen, capaciteiten te onderzoeken en mogelijkheden en talenten op diverse terreinen te ontdekken en in te zetten. Het is mogelijk nieuwe doelen in het leven te stellen waarin rekening gehouden wordt met de aandoening, maar waarbij deze niet meer op de voorgrond staat.

Het ondersteunen van zelfmanagement staat in de eerste fases naar verwachting minder op de voorgrond. Een hulpverlener ondersteunt in de eerste fases meer bij ziektemanagement en in de latere fases gaat het meer en meer over in ondersteuning bij zelfmanagement.

Deze fasering sluit aan op de definiëring van herstel waarbij onderscheid wordt gemaakt in symptoom herstel (dat niet altijd mogelijk is en dat ook niet altijd nagestreefd hoeft te worden), functioneel herstel, maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel.

De website [www.schizofreniebestaatniet](http://www.schizofreniebestaatniet) noemt vijf fasen: 1) vroege fase. 2) overweldigd zijn. 3) verwarring 4) vallen en opstaan 5) Verder gaan met je leven. Deze fasen komen niet overeen met medische fasen van symptoomvrij worden. Ze gaan veel meer over aanpassing en zelfmanagement: Over je ervaringen een plek geven in je leven en verder gaan. Omgaan met je eigen kwetsbaarheid gaat niet per se over het onderdrukken van symptomen. Leren omgaan met je ervaringen en je gevoeligheid staat centraal, een psychologisch proces dat uiteindelijk leidt tot herstel.

Hoewel de fasen van herstel van toepassing zijn voor veel cliënten met een ernstige of acute psychische aandoening, herkennen cliënten met milde klachten zich hier mogelijk minder in. Bijvoorbeeld cliënten die met spanningsklachten bij de huisarts komen.

Samenvattend:

In de acute fase worden mensen overweldigd door de aandoening, zelfmanagement kan in die fase wel ondersteund worden maar het bespreken hoe met de aandoening, de persoonlijke kwetsbaarheid en een mogelijke terugval om te gaan, kan beter in een volgende fase gebeuren. Een terugvalpreventieplan of signaleringsplan is hierbij een belangrijk hulpmiddel. Als men met de symptomen en de aandoening om weet te gaan ontstaat ruimte voor functioneel, persoonlijk en maatschappelijk herstel.

## **2.3 Effectiviteit zelfmanagement**

Voor deze module is een literatuursearch gedaan aan de hand van de vraag:

*Wat is de effectiviteit van zelfmanagement voor mensen die ondersteuning, zorg en/of behandeling ontvangen van de ggz?*

Zelfmanagement wordt in deze paragraaf conform de bevindingen van Houle et al. (2013) gedefinieerd: *Een aanvulling op de behandeling met als doel om relapse te voorkomen. Onderdelen van de interventie zijn vaak het monitoren van symptomen, het bevorderen van therapietrouw en een gezonde levensstijl, het aanleren van probleemoplossingsstrategieën, het opstellen van een doel en actieplan en het onderhouden van contacten met zorgprofessionals.*

### **2.3.1 Zoekstrategie**

Om een antwoord te krijgen op de uitgangsvraag is er een reviewprotocol opgesteld (Bijlage 2). Er zijn twee zoekstrategieën verricht in CINAHL, PubMed en PsycInfo naar artikelen over de effectiviteit van zelfmanagement interventies. Er is een zoekstrategie naar losse studies en naar systematic reviews (SR) en meta-analyses (MA) verricht. De SR/MA's werden geïncludeerd als ze binnen de inclusie criteria vielen.

### **2.3.2 Geïncludeerde en geëxcludeerde studies**

In totaal zijn er met de zoekstrategie na ontdubbeling 992 losse studies en 383 systematic reviews gevonden vanaf de periode 2000 (bijlage 3 search history). Na de eerste selectie bleven er 45 SR/MA's over. De overige artikelen werden geëxcludeerd op basis van de titel en samenvatting. De voornaamste exclusie redenen: zelfmanagement interventies bij chronische somatische ziekten (diabetes, HIV, epilepsie, kanker, hartafwijkingen, pijn, reuma, etc.), management van de ziekte door naasten, geen systematic review (onderzoek en narratieve review), verkeerde uitkomstmaat en vreemde taal (Portugees, Spaans, Duits).

Op basis van de volledige tekst vond een tweede selectie van de literatuur plaats. Van de overige 45 artikelen werden er 40 geëxcludeerd. Belangrijkste exclusie redenen: een review over zelfhulpinterventies of collaborative care.

Uiteindelijk bleven er 5 artikelen over: SCHRANK2012 (Schrang, Bird, Rudnick, & Slade, 2012), HOULE2013 (Houle et al., 2013), SIANTZ2014 (Siantz & Aranda, 2014), VANDERKRIEKE2014 (van der Krieke, Wunderink, Emerencia, de Jonge & Sytema, 2014) en ZOU2013 (Zou et al., 2013)

### 2.3.3 Resultaten

In Bijlage 4 staan de evidence tabellen<sup>3</sup> van de geïncludeerde MA/SR en de beoordeling van hun kwaliteit.

#### *Alle psychiatrische stoornissen*

In een goed uitgevoerd systematisch review beschrijven SCHRANK2012 de resultaten van 5 kwalitatieve studies. Hoewel de review geen effecten van interventies laat zien, is het een belangrijke synthese van werkzame zelfmanagement strategieën/ervaringen van personen met een psychiatrische stoornis om vertrouwen te krijgen in de toekomst dan wel het eigen herstel (Hope). Belangrijke onderdelen zijn zingeving, ziekte management, relaties, peers, normalisatie en het ervaren van succes.

- Zingeving – Het gebruik van fantasie voor troost en comfort. Gebruik hierbij ook symboliek of een symbool van hoop (zoals een persoonlijk relevante foto). Probeer ook betekenisvolle rollen aan te nemen, zoals de rol van een ervaringsdeskundige.
- Ziekte management – Werk aan het inzicht krijgen in het eigen ziektebeeld, deze te monitoren en te managen. Vooral is het van belang om op tijd waarschuwingssignalen te herkennen voor decompensatie om zo een terugval te voorkomen. Probeer verder actief gedachten te veranderen, denk en praat over 'hoop' en probeer naar jezelf te kijken als iemand die in staat is om te veranderen.
- Relaties – Maak contact (praat) met anderen. Ontwikkel een netwerk en probeer ondersteuning te krijgen van een partner, kinderen, familieleden en/of professionals. Probeer met anderen te zijn (i.p.v. alleen) en ontwikkel een gevoel van verbondenheid binnen je sociale netwerk. Handhaaf een positieve relatie met belangrijke relaties.
- Peers – Leer van succesvolle peers (ervaringsdeskundigen op het gebied van omgaan met de ziekte/stoornis). Maak contact met ze en ga naar lezingen om inspiratie op te doen.
- Normalisatie – Zorg dat je routine hebt in je leven, probeer vooruit te kijken en te bedenken dat je een situatie gaat bereiken waarin je 'normaal' kunt leven en zijn.
- Ervaren van succes – Vind specifieke onderwerpen die voor 'hope' zorgen, verander zelfdestructief gedrag, stel realistische doelen, probeer kleine dagelijkse taken te bereiken en doelstelling op het werk.

De bovenstaande strategieën zijn goed toepasbaar in de ggz en worden waarschijnlijk goed ontvangen door cliënten. Kern van het geheel is het belang van aangaan en onderhouden van relaties met zowel familie, peers en professionals.

#### *Depressie*

In een kwalitatief matig uitgevoerde review door HOULE2013 is data uit 13 studies narratief geanalyseerd naar het effect van 'Self Management Support' (SMS) bij personen met een depressie. De onderzochte groepen waren divers: personen wel of niet in episode of alleen personen met een hoog risico op terugval. De door hulpverleners gegeven interventies waren ook divers (in een groep, individueel soms met familie erbij),

---

<sup>3</sup> Overzicht van de belangrijkste studies die antwoord geven op een bepaalde uitgangsvraag.

maar bevatten in meer of mindere mate de volgende onderwerpen: actie plan, gedragsactivatie, shared decision making, coping, educatie, levensstijl, preventieplan, plan bij een terugval, aanleren van competenties, zelfmonitoring en therapietrouw. De resultaten waren in de meeste gevallen in het voordeel van SMS in vergelijking met gebruikelijke zorg. Dit gold met name voor vermindering van de ernst van depressie. En alhoewel de resultaten minder sterk waren traden ook verbetering op in zelfmanagement gedrag, kwaliteit van leven en het functioneren. Er lijkt geen verschil te zijn met betrekking tot het voorkomen van terugvallen. Met betrekking tot zorggebruik en self-efficacy zijn de resultaten onduidelijk. De resultaten geven een indicatie van het effect maar doordat de studies niet groot genoeg zijn kan er nog geen precieze conclusie worden getrokken.

#### *Psychose of Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA)*

In een redelijk goed uitgevoerde review door SIANTZ2014 is data uit 7 RCT's narratief geanalyseerd naar het effect van zelfmanagement voor personen met een EPA in de Verenigde staten. De onderzochte personen verbleven voornamelijk buiten een psychiatrisch ziekenhuis (ambulant, eerste lijn). De onderzochte EPA groepen waren divers: mensen met schizofrenie, een bipolaire stoornis, chronische depressie en een mix van EPA diagnoses. De zelfmanagent-interventie bestond altijd uit psycho-educatie sessies door een professional of peer, soms met achteraf nog boostersessies. De inhoud ging voor namelijk over het aanleren van vaardigheden over ziekte management (problem solving (probleem oplossen), medicatie management, levensstijl, monitoring, inschakelen hulp, ontwikkelen van actieplannen). De resultaten waren allen in het voordeel van zelfmanagement ten opzichte van de gebruikelijk zorg in de Verenigde Staten en er werden geen negatieve effecten gevonden. In 5 tot 6 studies werden significante resultaten gevonden met betrekking tot functioneren, attitude ten opzicht van zelfmanagement en zelfmanagent gedrag (functioneren in diverse sociale rollen, gebruik maken van zorg, gezonde eten en activering). In mindere mate (3 studies) werd er ook significante positieve effecten gevonden met betrekking tot de gehele gezondheid. Door de verschillen in kwaliteit van de studies, type interventies en sectoren moeten de resultaten voorzichtig worden geïnterpreteerd.

In de goed uitgevoerde review door VANDERKRIEKE2014 is het effect van verschillende typen e-mental health zelfmanagement interventies onderzocht ten opzichte van gebruikelijke zorg bij personen met een psychotische stoornis. Er werden drie meta-analysen uitgevoerd. Voor de psycho-educatieve interventies (k=3) werd een klein niet significant effect gevonden op kennis. Ook werd er een klein effect gevonden voor de communicatie en shared decision making interventie (k=2; N=587) op tevredenheid, dit effect was wel significant (SMD= 0,21 (95%BI 0,03-0,38). Voor de medicatie management interventies (k=2; N=137) werd een groot significant effect (SMD= 0,92 (95%BI 0,51-1,33) gevonden op therapietrouw. De conclusies over deze uitkomsten moeten voorzichtig worden getrokken omdat ze niet erg precies zijn (te weinig cliënten of kans dat het effect niet klinisch relevant is).

In een matig uitgevoerde review door ZOU2013 is het effect van zelfmanagement interventies in vergelijking met gebruikelijke zorg op mensen met de diagnose schizofrenie onderzocht. In de 13 geïncludeerde RCT's zaten alleen groepsinterventies die cliënten voorbereiden om zelfmanagement toe te passen. De sessies bestreken vaak de volgende gebieden: medicatiemanagement, herkennen van vroege signalen van een terugval, het ontwikkelen van een terugvalpreventie plan en het omgaan met persistente

symptomen. Na een meta-analyse werden de volgende resultaten in het voordeel van zelfmanagement gevonden: 46% minder kans op terugval (N=534), 45% minder kans op ziekenhuisopname (N=771), de Odds ratio<sup>4</sup> was 2,57 groter om therapietrouw te blijven (N=435) en significant meer reductie in psychiatrische symptomen (N=408). De resultaten met betrekking tot psychosociaal functioneren zijn onduidelijk. De reden hiervoor is dat er geen meta-analyse kon worden uitgevoerd en de helft van de studies wel een significant resultaat liet zien en de andere helft niet. De resultaten moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd omdat Odds ratio's geïnterpreteerd zijn als Relatief Risico (dit hoeft niet per se verkeerd te zijn), niet overal heterogeniteit is gerapporteerd en er een fixed effect model is gebruikt (een random effect model zou gebruikelijk zijn geweest).

#### 2.3.4 Conclusies / samenvatting wetenschappelijke literatuur

Er kunnen alleen GRADE<sup>5</sup> conclusies getrokken worden over systematische reviews waar een meta-analyse is toegepast (VANDERKRIEKE2014 en ZOU2013). Bij de narratieve reviews worden narratieve conclusies getrokken.

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     | Strategieën op het gebied van zingeving, ziektemanagement, relaties, peers, normalisatie en het ervaren van succes kunnen effectief zijn om als persoon met een psychiatrische aandoening vertrouwen te krijgen in de toekomst dan wel in het eigen herstel. Het aangaan en onderhouden van relaties met familie, peers en professionals is daarbij essentieel.<br><br>SCHRANK2012 (goed uitgevoerde review) |
|                     | Ondersteuning bij het aanleren van zelfmanagementstrategieën bij personen met een depressie resulteert in de meeste (niet alle) gevallen tot een vermindering van de ernst van de depressie(s). Er is ook enig effect op zelfmanagement gedrag, kwaliteit van leven en het functioneren. Resultaten op zorggebruik en self-efficacy zijn onduidelijk.<br><br>HOULE2013 (matig uitgevoerde review)            |
|                     | Het aanleren van zelfmanagement strategieën bij personen met een EPA die buiten een instelling verblijven heeft een positief effect op functioneren, attitude t.o.v. zelfmanagement en zelfmanagement gedrag. Resultaten op de algehele gezondheid zijn onduidelijk.<br><br>SIANTZ2014 (redelijk goed uitgevoerde review)                                                                                    |
| <b>Laag</b><br>⊕⊕○○ | Drie type e-mental health zelfmanagement interventies (psycho-educatie, communicatie en shared decision making, en medicatie management) bij personen met een psychotische stoornis laten na toepassing verschillende effecten zien:<br>• Een psycho educatie interventie heeft geen significant effect op kennis.                                                                                           |

<sup>4</sup> De verhouding tussen de waarschijnlijkheid dat een gebeurtenis voorvalt (zal voorvallen) en de waarschijnlijkheid dat ze niet voorvalt (zal voorvallen).

<sup>5</sup> Methodiek voor het beoordelen en graderen van de kwaliteit van wetenschappelijke studies en van aanbevelingen, alom gebruikt bij richtlijnen/zorgstandaard ontwikkeling.

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Een communicatie en shared decision making interventie heeft een klein effect op tevredenheid.</li> <li>• Een medicatie management interventie heeft een groot effect op therapietrouw.</li> </ul> <p>Er is een beperkt vertrouwen in deze effect schattingen.</p> <p>VANDERKRIEKE2014 (goed uitgevoerde review)</p>                                                                 |
| <b>Laag</b><br>⊕⊕○○ | <p>Het aanleren van zelfmanagement door groepsbijeenkomsten bij personen met schizofrenie heeft een positief effect op terugval (46% minder kans), ziekenhuisopname (45% minder kans), psychiatrische symptomen en therapietrouw (2,5 keer meer kans). Er is geen significant effect op psychosociaal functioneren.</p> <p>Er is beperkt vertrouwen in deze effect schattingen.</p> <p>ZOU2013 (matig uitgevoerde review)</p> |

## 2.4 Literatuur

Alphen, C. van, Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggeman, R., Castelein S. ... Wel, T. van (2012). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, De Tijdstroom.

Balkom, A.L.J.M. van, Vliet, I.M. van, Emmelkamp, P.M.G., Bockting, C.L.H., Spijker, J., Hermens, M.L.M., Meeuwissen, J.A.C. namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. 3<sup>e</sup> revisie. Utrecht: Trimbos-instituut.

Barlow, J.H., Ellard, D.R., Hainsworth, J.M., Jones, F.R., & Fisher, A. (2005). A review of self-management interventions for panic disorders, phobias and obsessive-compulsive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 272–285.

Barlow, J. (2010). Self-care. In: J.H. Stone, M. Blouin (eds). *International encyclopedia of rehabilitation*. Geraadpleegd op: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/334/>

CBO (2014). *Zorgmodule zelfmanagement 1.0. Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten*. Utrecht, CBO.

Engels, J., & Dijcks, B. (2010). *Zelfmanagement: Verkenning en agendasetting. Oriënterend onderzoek onder patiëntvertegenwoordigers, professionals en onderzoekers naar de betekenis van zelfmanagement bij chronische aandoeningen*. Utrecht: Vilans.

Gagne, C. (2004). *Rehabilitatie: Een weg tot herstel*. Voordracht studiedag 'Rehabilitatie en herstel', Groningen, 14 juni. Groningen: Lectoraat Rehabilitatie Hanzehogeschool.

Houle, J., Gascon-Depatie, M., Belanger-Dumontier, G., & Cardinal, C. (2013). Depression self-management support: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 91, 271-279.

Kupka, R., Goossens, P., Bendegem, M. van, Daemen, P., Daggenvoorde, T., Daniels, M., Dols, A. ... Duin, D. van (2015). Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen. 3<sup>e</sup> herz. ed. Utrecht: Trimbos-instituut, De Tijdstroom.

Meijel, B. van (2006). Preventie van psychotische terugval door voegsignalering en vroege interventie. In B. van Meijel & T. Kuipers (red.) *Zorg rondom schizofrenie*. (pp. 105 -120). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A., & Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine*, 74, 554-564.

Siantz, E. & Aranda, M.A.P. (2014). Chronic disease self-management interventions for adults with serious mental illness: A systematic review of the literature. *General Hospital Psychiatry*, 36, 233-244.

Spijker, J., Bockting, C.L.H., Meeuwissen, J.A.C., Vliet, I.M. van, Emmelkamp, P.M.G., Hermens, M.L.M., van Balkom, A.L.J.M. namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. 3<sup>e</sup> revisie. Utrecht: Trimbos-instituut.

Krieke, L. van der, Wunderink, L., Emerencia, A.C., Jonge, J.P. de, & Sytema, S. (2014). E-mental health self-management for psychotic disorders: State of the art and future perspectives. *Psychiatric Services*, 65, 33-49.

Zou, H., Li, Z., Nolan, M. T., Arthur, D., Wang, H., & Hu, L. (2013). Self-management education interventions for persons with schizophrenia: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22, 256-271.

### 3. Visie op zelfmanagement

#### 3.1 Inleiding

*Uitgangsvragen:*

*Welke visie(s) op zelfmanagement is/zijn relevant om zelfmanagement mogelijkheden samen met de cliënt te onderzoeken?*

- Zijn er gemeenschappelijke elementen in de verschillende visies te onderkennen?*
- Welke documenten, instrumenten en tools faciliteren dit proces?*
- Is het hierbij relevant om de positie van familie/naasten mee te nemen?*

##### 3.1.1 Wat is zelfmanagement?

In hoofdstuk 2 is de definiëring van zelfmanagement aan de orde geweest. De volgende elementen zijn van belang. Het gaat om het zelf omgaan met de aandoening en aspecten die er mee samenhangen en het omgaan met de risicofactoren. Verder betreft het zelf inzetten van eventuele leefstijlveranderingen en keuzes maken in het alledaagse leven. Ook gaat het om het werken aan herstel in brede zin en uiteindelijk de regievoering over het eigen leven. Het één en ander kan, indien relevant, het beste plaatsvinden in afstemming met en met oog voor de naasten.

Zelfmanagementbevordering is gericht op het bevorderen van vaardigheden van de cliënt om zelf in actie te komen, oplossingen te zoeken en regie te hebben over het eigen leven. Hulpverleners hebben hierin een belangrijke ondersteunende taak.

In dit hoofdstuk ligt de focus op het achterliggende gedachtegoed ofwel de visie waarop het één en ander gebaseerd is. Het is van belang dat de hulpverlener er kennis van heeft en vanuit een dergelijke visie werkt.

De visie op zelfmanagement sluit in belangrijke mate aan op de eerder genoemde dynamische visie van Huber op gezondheid in het algemeen. Huber (2014, p. 238) definieert gezondheid als:

*"Het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven."*

Ondersteuning van zelfmanagement bij cliënten zou in onze optiek direct bij deze visie moeten aansluiten. Het wil zeggen, dat bij zelfmanagement vooral de vaardigheden rond het omgaan met de aandoening centraal zouden moeten staan, en niet de aandoening op zichzelf. Uit deze visie vloeit voort, dat er bij goede zelfmanagement vooral veel aandacht zal moeten zijn voor adaptieve vaardigheden van mensen, zoals basisgezondheidsvaardigheden, het versterken van veerkracht en het vermogen om regie te voeren (ZonMw, 2012). Daarbij worden mensen dus aangesproken op hun kracht en hun mogelijkheden, in plaats van op hun zwakte.

### 3.1.2 *Kwaliteit van leven volgens de cliënt zelf*

Wanneer het ondersteunen van zelfmanagement centraal gesteld wordt in de zorgverlening impliceert dit ook "het recht erkennen van mensen met een psychische aandoening om, net als mensen die zonder psychische aandoening, gezondheid niet (altijd) op de eerste plaats te laten komen in hun leven". Ook vanuit ethisch perspectief moet het bevorderen van zelfmanagement worden nagestreefd, aangezien bijna alle mensen in principe intrinsiek gemotiveerd zijn om hun welzijn te bevorderen en te behouden." (CBO, 2014; Ryan, 2000). Vanuit cliëntenperspectief is zelfmanagement dan ook adequaat of succesvol wanneer het leidt tot een verbetering van de kwaliteit van leven. Cliënten bepalen zelf (eventueel samen met hun naasten) wat 'kwaliteit van leven' voor hen betekent. Ze krijgen – voor zo ver mogelijk en relevant – motivatie, kennis, inzicht en vaardigheden om zelf (het leven met of zonder) de aandoening te managen. Het kan betekenen dat cliënten andere keuzes maken dan hulpverleners of naasten zouden willen zien of zelf zouden maken (Synchroon, 2013; CBO, 2014).

### 3.1.3 *Ruimte voor verschil*

Dat bij zelfmanagement de vaardigheden om zelf om te gaan met de aandoening en zelf de regie te voeren centraal staan, wil uiteraard niet zeggen dat iedereen deze vaardigheden in gelijke mate beheerst of zou kunnen beheersen. In onze visie op zelfmanagement is ruimte voor individuele verschillen daarbij en dus ook ruimte voor de mate waarin daarbij ondersteuning door hulpverleners of naasten nodig is. In onze visie op zelfmanagement zou de nodige ondersteuning zich vooral moeten richten op zelfmanagementbevordering, oftewel op het bevorderen van de vaardigheden van de cliënt om zelf in actie te komen, oplossingen te zoeken en regie te hebben over eigen leven. Dit om een zo zelfredzaam en zelfstandig mogelijk en een zo zorgonafhankelijk mogelijk leven te leiden. Een van de doelen van deze module is uit te werken hoe deze passende begeleiding en ondersteuning bij zelfmanagement er uit zou moeten zien.

### 3.1.4 *Aansluitend op andere visies*

Bovenstaande visie op zelfmanagement sluit ook aan op een meer emancipatoire visie op gezondheid die al in verschillende stromingen en modellen in de gezondheidszorg terug te vinden is. In deze emancipatoire visie staat de cliënt centraal; de cliënt als individu dat zelf richting geeft aan zijn leven en de zorg die hij nodig heeft ofwel zorg op maat (GGZ Nederland, 2009). Een belangrijk voorbeeld hierbij is het *Chronic Care Model* (CCM), waarin zelfmanagement een van de pijlers is. Dit model is in de jaren negentig ontwikkeld door de Amerikaan Edward Wagner (1996). De basis van het Chronic Care Model is de gedachte dat mensen met een chronische ziekte pas hun gedrag veranderen wanneer zij in dit proces een leidende rol krijgen ([www.kennispleinchronischezorg.nl](http://www.kennispleinchronischezorg.nl)). Een ander voorbeeld is het werkmodel van de cliëntgerichte zorg of wel de *person-centred care* (NICE, 2011), waarbij rekening wordt gehouden met de behoeften, voorkeuren en kracht (sterke punten) van cliënten. Cliënten zouden daarbij de mogelijkheid moeten hebben om geïnformeerde keuzes te kunnen maken over hun zorg en behandeling. Vanuit deze emancipatoire visie op gezondheid is het dan ook zeer belangrijk dat cliënt, naaste en hulpverlener samenwerken en als 'partners' optrekken.

De visie is ook in lijn met het gedachtegoed van het *Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid* (HEE)- team en herstelondersteunende zorg. Daarbij worden drie pijlers onderscheiden: a) Herstel staat niet gelijk aan genezing, maar betekent dat je leert zien waar je eigen kwetsbaarheden en talenten liggen en dat je met gebruikmaking daarvan weer baas wordt over je eigen leven; b) Empowerment is het ontdekken en aanboren van je eigen kracht, en c) Ervaringsdeskundigheid is de toepassing van de kennis die mensen met psychische beperkingen op grond van hun ervaringen opbouwen ([www.hee-team.nl](http://www.hee-team.nl)).

De visie is ook in overeenstemming met de aanname dat zelfmanagement in verband kan worden gebracht met de vermaatschappelijking van de zorg (community care). Hierbij gaat het om de sociale integratie van de zieke, humanisering van de zorg en meer aandacht voor maatschappelijke determinanten van psychische problemen (van Dijn, 2010). Mensen met beperkingen dienen dus zoveel mogelijk deel uit te maken van de samenleving en daarnaast dient de zorg zoveel mogelijk in de samenleving aangeboden te worden (CBO, 2014).

### 3.1.5 Naasten

Hoewel in het voorgaande vooral gesproken is over zelfmanagementondersteuning van de cliënten, pleiten de familieorganisaties in de ggz ervoor dat de hulpverlening zich voortdurend bewust blijft van de positie van de naasten. Zie hiervoor de in ontwikkeling zijnde *generieke module Ondersteuning familiesysteem en mantelzorg* (begin 2016 gereed).

Familieorganisaties pleiten er voor om naasten als gelijkwaardige partner in de zorg te zien. (LPGGz, 2014; Wollaars, 2014): Erken naasten als het even kan als essentiële hulpbron. Zij zien vaak het eerst dat het bij een cliënt mis dreigt te gaan en het is dan ook van belang hen te betrekken bij een nood- of signaleringsplan. Naasten bieden in veel gevallen al hulp aan de cliënt. Hierbij kunnen ze vaak zelf ook ondersteuning gebruiken, bijvoorbeeld in het leren omgaan met een partner of kind met psychische problemen. Hulpverleners dienen volgens de familieorganisaties ook oog te hebben voor de draagkracht en draaglast van de naasten. Wijs de naasten wanneer relevant op: het beschikbare hulp- en cursusaanbod, de mogelijke rol van de familievertrouwenspersoon (FVP), opleidingen tot familie-ervaringsdeskundigen, familieverenigingen en lotgenotencontact.

## 3.2 Samenvatting

Samenvattend worden in het navolgende een aantal kernthema's genoemd die aan de basis liggen van de aan zelfmanagement gerelateerde visies.

- Bij zelfmanagement staat het leven centraal en niet de aandoening of de klachten.
- De focus van zelfmanagement ligt op het dagelijks leven waar ziekte of klachten een onderdeel van zijn.
- Zelfmanagement moet gezien worden in het licht van 'gezondheid'. *Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen in het leven*
- Cliënten worden in hun kracht en hun mogelijkheden aangesproken.
- De cliënt staat centraal en heeft een leidende rol; de cliënt als individu dat zelf richting geeft aan zijn leven en de zorg die hij nodig heeft (zorg op maat).

- Samenwerking tussen cliënt, naaste en hulpverlener is essentieel, zij trekken in principe als 'partners' op.
- Mensen met beperkingen dienen zoveel mogelijk deel uit te maken van de samenleving.
- De zorg dient zo veel mogelijk in de samenleving aangeboden te worden.
- Zo veel mogelijk wordt rekening gehouden met de behoeften, voorkeuren en kracht (sterke punten) van cliënten.
- Cliënten moet de mogelijkheid hebben om geïnformeerde keuzes te maken over hun zorg en behandeling.
- Zelfmanagement is adequaat of succesvol wanneer het leidt tot een optimale kwaliteit van leven. Wat kwaliteit van leven betekent, bepalen cliënten zelf (eventueel samen met hun naasten).
- Cliënten kunnen andere keuzes maken dan hulpverleners of naasten zouden willen zien of zelf zouden maken.
- De positie van de naasten is onderwerp van gesprek tussen cliënt en hulpverlener. Naasten zijn een gelijkwaardige partner in de zorg.
- Bij de ondersteuning van zelfmanagement dient er ruimte te zijn voor individuele verschillen en dat impliceert dat er verschillen zijn in de mate van ondersteuning die hulpverleners bieden.

### 3.3 Conclusie

Een hulpverlener die zelfmanagement ondersteunt, kan dit niet doen zonder een achterliggende visie. Deze visie geeft richting aan de het handelen, de attitude en de kennis waarover een hulpverlening moet beschikken. Een visie op samenwerking met de cliënt en diens naaste in een zo gelijkwaardig mogelijke hulpverleningsrelatie, een visie op de leidende rol die cliënten moeten hebben bij de doelbepaling en het traject dat daarop volgt en een visie op de rol die naasten bij dit alles dienen te spelen.

### 3.4 Literatuur

CBO (2014). *Zorgmodule zelfmanagement 1.0. Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten*. Utrecht, CBO.

Dijn, H. de (2010). *Vermaatschappelijking van de zorg: In welke maatschappij?* K.U. Leuven Lezing gehouden op de Academische Zitting n.a.v. 100 jaar Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw in Brugge op 3 december 2010.

GGZ Nederland (2009). *Naar herstel en burgerschap: Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: GGZ Nederland.

Huber, M.A.S. (2014). *Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food*. Maastricht, Universiteit van Maastricht. Proefschrift.

LPGGz (2014). *Zelfmanagement en passende zorg: Programma's van eisen*. Utrecht: LPGGz.

NICE (2011). *Service user experience in adult mental health: Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services*. NICE guidelines [CG136]. London, National Institute for Health and Care Excellence.

ZonMw (2012). Parelproject ZonMw: Parel voor een nieuw concept van gezondheid. Utrecht, ZonMw.

[http://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Parels/Factsheet\\_NI\\_def\\_websiteversie\\_.pdf](http://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Parels/Factsheet_NI_def_websiteversie_.pdf)

Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.

Synchroon (2013). *Tussenrapportage Project zelfmanagement in de praktijk*. Synchroon, Ros Robuust. Utrecht: Vilans.

Wagner, E.H., Austin, B.T., Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*, 74(4), 511-544.

Wollaars, M. (2014). *Bouwstenen en passende zorg*. Utrecht: LPGGz.

## 4. Kennis en vaardigheden hulpverlener

### 4.1 Inleiding

#### *Uitgangsvragen:*

*Over welke kennis en vaardigheden dient een hulpverlener te beschikken om zelfmanagement mogelijkheden samen met de cliënt te onderzoeken?*

- Is hierin een relevant onderscheid te maken naar specifieke cliëntengroepen?*
- Is het hierbij relevant een onderscheid te maken naar de fase van behandeling/herstel/aandoening de cliënt zit?*
- Is het hierbij relevant om de positie van familie/naasten mee te nemen?*
- Welke documenten, instrumenten en tools faciliteren dit proces?*

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag over welke kennis en vaardigheden een hulpverlener moet beschikken om op een goede en deskundige manier samen met cliënten en naasten mogelijkheden voor zelfmanagement te onderzoeken en waar mogelijk zelfmanagement van de cliënt te ondersteunen. Het gaat hier om zowel wetenschappelijke als professionele en ervaringskennis. In paragraaf 4.2 staan de resultaten van de focusgroep met cliënten- en familievertegenwoordigers met betrekking tot dit thema vermeld en in paragraaf 4.3 staan de uitkomsten die gebaseerd zijn op de googlesearch en de uitspraken van de werkgroep. De uitkomsten zijn gegroepeerd aan de hand van een vijftal aspecten: 1- Communicatievaardigheden, 2- Samenwerkingsvaardigheden, 3- Coachende vaardigheden, 4- Regie laten behouden en 5- Aandacht voor (mogelijkheden in) de omgeving.

In paragraaf 4.4 wordt ingegaan op een aantal specifieke hulpverleningstechnieken en gesprekstechnieken. Paragraaf 4.5 focust op veranderingsprocessen en paragraaf 4.6 richt zich op de zelfhulp- en zelfmanagementinstrumenten.

Vrijwel elke hulpverlener heeft zelf ook ervaringen als 'patiënt', in de reguliere zorg of in de ggz, of heeft mensen in de naaste omgeving die enige vorm van behandeling of ondersteuning nodig hebben of hadden. Vanuit cliëntenzijde wordt benadrukt dat het belangrijk is dat hulpverleners zich bewust zijn van deze ervaringen. Door deze bewustwording lukt het hulpverleners mogelijk beter om zich te verplaatsen in de positie van de cliënt en diens naaste. Wezenlijk is ook om de ervaringskennis van cliënten op waarde te schatten. De verschillende soorten kennis zijn complementair en onmisbaar.

#### *Idee van een ervaringsdeskundige:*

Hulpverleners in de huidige situatie zijn onvoldoende voorbereid op de wijze waarop zij kunnen bijdragen aan het zelfmanagementproces van hun cliënten: het is niet een kwestie van een iets andere opstelling, het is radicaler dan dat. Meest ideaal zou zijn als ze zich er bewust van zijn dat zij (als zij in de schoenen van de cliënt stonden) het niet veel anders zouden doen dan hun cliënt. En dus feitelijk net zo onwetend zijn als de cliënt zelf.

Een hulpverlener dient rekening te houden met de drie voorwaarden voor zelfmanagement.

1. De cliënt moet gemotiveerd zijn: Ziet hij het belang ervan in?
2. De cliënt moet ertoe in staat zijn: Kan de cliënt het?
3. De gelegenheid moet er zijn, ofwel de randvoorwaarden moeten in orde zijn: Kan de juiste ondersteuning geboden worden (Herwijnen & Arts, 2015).

Goede samenwerking tussen hulpverlener, cliënt en naaste is essentieel. Basiskennis over zelfmanagement bij de hulpverlener als startpunt is daarbij onmisbaar. Het moet echter ook gezien worden als het startpunt voor een proces van kennisvermeerdering. Tijdens dit proces wordt steeds meer kennis verzameld om van daaruit de juiste gezamenlijke keuzes te maken met betrekking tot het te volgen zelfmanagement pad van de individuele cliënt met zijn specifieke aandoening en specifieke achtergrondkenmerken en/of leefsituatie. Het is bij dit proces belangrijk rekening te houden met de fase van behandeling en/of herstel waar de cliënt en de naaste zich in bevindt. Ook de aard en ernst van de aandoening is van invloed op de vormgeving van zelfmanagement.

Vanuit familiezijde wordt benadrukt dat het juist omdat het nog geen vanzelfsprekendheid is, belangrijk is om steeds opnieuw te bekijken of de positie van naasten in relatie tot het zelfmanagement wel voldoende wordt meegenomen. In dit hoofdstuk wordt een aantal technieken besproken die daarbij onmisbaar zijn.

De hulpverlener krijgt een belangrijke rol in de coaching: het begeleiden van de cliënt en naaste bij zelfmanagement. Hierbij zijn goede communicatievaardigheden essentieel. Een hulpverlener kan niet zonder zelfreflectie en in dit kader gaat het om het bewust zijn van de eigen visie op zelfmanagement. De eigen norm is niet dé norm. Hoewel het een vanzelfsprekendheid is, lijken cliënten dat niet altijd zo te ervaren. Een hulpverlener die voor zich zelf zelfredzaamheid hoog in het vaandel heeft staan, kan een cliënt al snel overvragen. Het gaat om de afstemming en samenwerking met de cliënt: Wat wil de cliënt? Wat kan de cliënt? Wat kan/wil de cliënt leren?

Veel van kennis en vaardigheden hebben te maken met het tot stand brengen van een goede samenwerking en het onderhouden van een goede hulpverlener-cliënt relatie. Een relatie waar binnen het voor de cliënt mogelijk is om te groeien. De hulpverlener heeft echter ook een hele praktische taak in het wegwijs maken van de cliënt.

Vele ervaringsdeskundigen zijn bijvoorbeeld werkzaam in de ggz en uit het feit dat zij dat bereikt hebben, kunnen anderen moed putten. Het is in de eerste plaats dus belangrijk dat hulpverleners kennis en overzicht hebben van geschikt zelfzorgaanbod, zoals EHealth, zelfhulpboeken, herstelwerkgroepen, websites waarop kennis en ervaringen worden uitgewisseld en gelijkgestemden elkaar kunnen treffen en andere beschikbare zelfzorg methodieken.

Bij zelfhulp- en zelfmanagementinstrumenten kan gedacht worden aan uiteenlopende instrumenten ter ondersteuning van de eigen regie voor de cliënt. Er valt veel onder de term instrument; van ondersteuning in een lotgenotengroep tot een zelfhulpboek. Het is voor hulpverleners van belang dat zij zich verdiepen in de veelheid van mogelijkheden zodat zij hun cliënten daar ook enigszins wegwijs in kunnen maken. Wat voor de één werkt hoeft niet voor de ander geschikt te zijn. Daar komt bij dat sommige instrumenten zich vooral richten op een groep mensen met een specifieke aandoening, een bepaald klachtenpatroon of specifieke behoeften, terwijl andere instrumenten een meer generiek karakter hebben. Daarom kunnen cliënt en hulpverlener samen kijken naar het meest passende instrument. In paragraaf 4.6 wordt nader ingegaan op de zelfhulp- en zelfmanagementinstrumenten.

## **4.2 Benodigde kennis en vaardigheden volgens ervaringsdeskundigen**

In de focusgroep met cliënten- en familievertegenwoordigers is een aantal thema's genoemd dat volgens cliënten en naasten essentieel is. Omdat ze zo expliciet genoemd werden tijdens de focusgroep worden ze hieronder apart uitgelicht maar er is veel overlap met wat op andere plaatsen in de onderbouwing genoemd wordt (zo ook onder 4.3). Daarnaast kan veel van het onderstaande als bekend beschouwd worden maar vanuit cliënten- en familiezijde komen geluiden dat dit niet altijd zo ervaren wordt.

### *4.2.1 Communicatievaardigheden*

De cliënten- en familievertegenwoordigers benadrukken dat het belangrijk is om:

- Goed te luisteren naar de cliënt, écht te horen wat de cliënt wil of vraagt en te controleren of je de cliënt goed begrepen hebt. Het gaat om zorg op maat en advies op maat. De mening van de cliënt is leidend voor de aanpak van de problematiek.
- Je kwetsbaar/eerlijk op te stellen naar de cliënt; schroom bijvoorbeeld niet om toe te geven als je geen antwoord hebt.
- Jouw cliënt en zijn wensen serieus te nemen.

### *4.2.2 Samenwerkingsvaardigheden*

De cliënten- en familievertegenwoordigers benadrukken verder dat het belangrijk is om:

- Geregeld te evalueren; vindt de cliënt dat hij voldoende vooruitgang boekt en wat zijn de consequenties hiervan voor het behandelcontact? "Komen wij samen nog verder? Is ons contact helpend voor jou?"
- Voldoende voorinformatie te verstrekken.

### *4.2.3 Coachende vaardigheden*

De cliënten- en familievertegenwoordigers benadrukken dat het belangrijk is om/dat:

- Goed de ontwikkeling van de cliënt te volgen.
- Een cliënt te helpen zijn hulpvraag zo concreet mogelijk te formuleren. Praktische vragen terug te leggen bij cliënt. Open vragen te blijven stellen en spiegelen en reflecteren.
- Vragen te stellen in de categorie "wat wil jij?" en "waar word/werd jij blij van?" dit zijn vragen die versterkend werken. Als de cliënt niet meteen een antwoord heeft, kan hij daar thuis rustig over nadenken en later op terugkomen.
- Het zelfinzicht van de cliënt te stimuleren, hierdoor wordt zelfmanagement eenvoudiger.
- Cliënten eerst voldoende tijd en aandacht besteden aan het accepteren van hun situatie, alvorens te proberen deze te verbeteren.
- Cliënten in contact komen/zijn met zichzelf en hun dromen.
- Cliënten zich ervan bewust zijn dat herstel tijd nodig heeft en langer kan duren dan men verwacht/wil.
- Cliënten zich ervan bewust zijn dat herstel gepaard kan gaan met tegenslagen.
- Cliënten worden uitgedaagd zichzelf en/of hun omgeving te bewijzen dat ze het wél zelf kunnen.
- De hulpverlener de succesverhalen die hij kent deelt met de cliënt. Aan de hand van succesverhalen van ervaringsdeskundigen, kan de cliënt zich bewust worden van zijn mogelijkheden, dit zal hoop geven.

#### 4.2.4 Regie laten behouden

Cliënten- en familievertegenwoordigers menen dat de hulpverlener aan de cliënt duidelijk moet maken dat:

- De regie over zelfmanagement bij de cliënt ligt.
- De cliënt zelf kan bepalen of hij bij een behandelaar wil blijven. Als de 'klik' er bijvoorbeeld niet is, of als uit een tussentijdse evaluatie blijkt dat de voortgang te wensen over laat, is het misschien beter om deze behandeling te stoppen of een andere hulpverlener te zoeken.
- De cliënt meer eigen verantwoordelijkheid te durven geven (bijvoorbeeld bij medicatie).
- Cliënten zelf bepalen of zij hun diagnose willen weten
- Wat hij van wie kan verwachten: voor medicatie ga je naar de psychiater, of een huisarts, voor coaching van je zelfmanagement naar je therapeut et cetera. Zo kan een cliënt ook in zijn directe omgeving bepalen wat hij aan wie wil vragen. Ook hierbij kan de ervaringsdeskundige een rol hebben als rolmodel of adviesverstrekker.
- Een duidelijk "product" van zelfmanagement te maken: maak cliënten overduidelijk dat zijzelf de regie hebben, vertel hen duidelijk wat er van hen verwacht wordt, maak duidelijk wat zij mogen verwachten, gebruik duidelijke taal.
- Cliënten inzage en inspraak in, en zeggenschap over het eigen dossier hebben.

#### 4.2.5 Aandacht voor (mogelijkheden in) de omgeving

De cliënten- en familievertegenwoordigers benadrukken dat het belangrijk is om:

- Te wijzen op (verwijzen naar) de regionale cliëntenorganisatie in de buurt, lotgenotencontact, rolmodellen (ervaringsdeskundigen als rolmodel) en zelfregieversterkende trainingen. Dat heeft onder andere te maken met het hoopgevend effect dat ervaringsdeskundigen kunnen hebben.
- Het netwerk van de cliënt te betrekken; om hen te ondersteunen maar ook om met hen te kijken naar de kansen en mogelijkheden bij het begeleiden van de cliënt.
- Cliënten (buiten de hulpverlening) contact hebben met lotgenoten, bijvoorbeeld via de regionale cliëntenorganisatie, of herstelwerkplaats in de buurt.

### 4.3 Benodigde kennis en vaardigheden volgens andere bronnen

In het navolgende komen de uitkomsten met betrekking tot de benodigde kennis en vaardigheden aan de orde die gebaseerd zijn op de googlesearch en de uitspraken van de werkgroep.

Het is voor hulpverleners van belang algemene kennis te verwerven over de *visie en randvoorwaarden* die in deze module besproken worden (zie hoofdstukken 2 en 6), aangezien deze de basis vormen voor keuzes in het vormgeven van zelfmanagement.

Deze kennis brengt met zich mee dat de hulpverlener:

- altijd zal werken vanuit een *samenwerkingsmodel* waarbij de regie over de wijze waarop iemand wil leven met de aandoening zo veel mogelijk bij de cliënt ligt.
- samen met de cliënt (en naaste) de *sociale kaart en mogelijke hulpbronnen* in de omgeving van cliënt goed in kaart brengt. De hulpverlener overziet wat de

*bevorderende en belemmerende factoren* zijn voor het oppakken van de regie over de zorg en het eigen leven in de specifieke situatie van de cliënt.

- kennis heeft van het *opstellen van een signaleringsplan, crisiskaart en/of Triadekaart* en deze samen met de cliënt en eventuele naaste toepast op zijn specifieke situatie.
- weet wat er in de verschillende aandoeningsspecifieke multidisciplinaire richtlijnen (en zorgstandaarden) staat over zelfmanagement, zelfmanagementinstrumenten en terugvalpreventie.

#### 4.3.1 *Communicatievaardigheden*

Goede communicatievaardigheden zijn voor ggz-hulpverleners essentieel. Er kan aangenomen worden dat hulpverleners beschikken over deze vaardigheden. We belichten hier vooral de vaardigheden die van belang zijn bij de ondersteuning van zelfmanagement.

Het gaat om contact maken en authentiek zijn:

- Wederzijds contact waarbij de hulpverlener bijvoorbeeld ook laat zien wie hij is en wat hem drijft.
- Contact waarbij het verhaal van de cliënt centraal staat.
- Contact waarbij de professionele mening slechts met mate geuit wordt.

Tips van een ervaringsdeskundige:

Wees ervan bewust dat zelfmanagement-oplossingen niet altijd even voor de hand liggend zijn. De voor de hand liggende oplossingen heeft de hulpvrager vaak al zonder succes geprobeerd, daarom klopt hij nu aan bij de hulpverlening. Hulpvrager heeft zelf ook vaak moeite de juiste oplossing te vinden, aangezien hij een soort blinde vlek heeft ontwikkeld voor keuzes in zijn voordeel.

Wees als hulpverlener niet bang om man en paard te noemen, daar hebben we veel meer aan dan aan de softe aanpak. Respectvolle eerlijkheid en duidelijkheid zijn de snelste weg omhoog. Bovendien zijn we gewoon mensen die er (even) niet uitkomen. Het komt je geloofwaardigheid ook ten goede. Je cliënt hoeft je niet aardig te vinden, je cliënt moet je kunnen vertrouwen.

Tips van een ervaringsdeskundige (vervolg):

Hulpvragers zijn gewend te leunen op hulpverleners. Hulpverleners zijn gewend om hulp te verlenen. Een goede manier om als hulpverlener in een zelfmanagement-proces te staan is om zo neutraal als Zwitserland te zijn en aldoor te vragen naar: wat vind jij er zelf van, wat denk jij er zelf over, wat wil jij zelf. De mening van de hulpverlener doet er eigenlijk niet toe, alleen maar aanmoedigen dat iemand zijn eigen ideeën volgt. Dát versterken. Jij bent de supporter van je cliënt, jij bent misschien wel de enige die tegen hem/haar zegt dat zijn/haar eigen ideeën goed zijn. Jij bent degene die hem/haar vertelt dat, als iets niet lukt, dit niet ligt aan zijn/haar persoonlijkheid, maar dat het blijkbaar niet het juiste spoor was. Jij bent degene die hem/haar onvoorwaardelijk gaat steunen, jij gaat de tegenhanger zijn van wie of wat je cliënt heeft afgeleerd te luisteren naar zichzelf.

Als hulpverlener is het handig om al je vooroordelen even "uit" te zetten, want je cliënt heeft de ruimte nodig om te kunnen brainstormen, zeer persoonlijke zaken te vertellen.

De oplossingen liggen soms op zeer onconventionele plekken. Het kan dan erg helpen om in ieder geval één iemand in je leven te hebben die nergens raar van opkijkt. En als je er wel raar van opkijkt, doe dat dan maar op luchtige toon en blijf aangeven dat 't het proberen waard is, ook al zou je het zelf nooit doen.

Benut het contact dat je hebt met de cliënt optimaal. Benader de klachten van de cliënt als een praktisch probleem, zonder te veel op eieren te lopen. Het is wat het is, psychische klachten zijn heel vervelend maar je gaat er over het algemeen niet dood aan.

Het gaat om vaardigheden om informatie over te brengen (de Silva, 2011). Een cliënt heeft informatie nodig om het leven meer in eigen hand te kunnen nemen.

Het gaat ook om geduld hebben en er op toezien dat de cliënt zichzelf beperkte behapbare doelen stelt. Een hulpverlener moet er rekening mee houden dat veranderprocessen doorgaans niet snel en doorgaans ook niet lineair gaan (meer over veranderprocessen later in dit hoofdstuk).

Movisie heeft in 2013 een set vragen ([Questions Zelfregie, QueZ](#)) geformuleerd die bedoeld zijn voor professionals en vrijwilligers die willen werken vanuit de eigen regie van mensen in kwetsbare situaties. De vragen helpen om het gesprek over eigen regie en zelfmanagement aan te gaan. Ze zijn gegroepeerd rond de vier elementen van zelfregie:

1. *Eigenaarschap*: De cliënt beslist en heeft de leiding. De professional volgt.
2. *Kracht*: De kracht van de cliënt is minstens zo belangrijk als zijn problemen. De professional toont vertrouwen en vraagt ook naar de kracht.
3. *Motivatie*: De motivatie van de cliënt is de enige maatstaf voor wat een goede keuze is. De professional helpt de cliënt zijn motivatie te vinden.
4. *Contacten*: Contacten met anderen zijn cruciaal. De professional ondersteunt de cliënt bij het in kaart brengen en versterken van zijn contacten.

#### 4.3.2 Samenwerkingsvaardigheden

Het belang van goede samenwerking is al eerder onderstreept. Hieronder wordt ingezoomd op de gezamenlijke besluitvorming (shared decision making). Dit is een vorm van samenwerken waarin hulpverlener en cliënt (en de eventuele naaste) ondanks verschillende rollen en - posities streven naar een zo gelijkwaardig mogelijke onderlinge relatie. Het principe van 'shared decision making' is dat het een combinatie biedt van informatie, steun en besluitvorming.

Aan gezamenlijke besluitvorming ligt het uitwisselen van informatie ten grondslag. Het uitwisselen van ervaringskennis en professionele kennis. Informatie vanuit de arts naar de cliënt (informatie over de diagnose, de prognose, de behandelmogelijkheden en de voor- en nadelen ervan) en informatie vanuit de cliënt naar de arts (in welke mate wil de cliënt betrokken zijn bij de besluitvorming en wat zijn de persoonlijke voorkeuren met betrekking tot de behandeling). Deze uitwisseling moet leiden tot een gezamenlijk genomen beslissing over diagnostiek, behandeling of zorg (Ouwens 2012).

Een goed beschreven interventie om ook de naasten op te nemen in het proces van shared decision making is de Triadekaart van Ypsilon. De kaart biedt een kapstok om met

elkaar in gesprek te komen; maakt concreet wat naasten wel én niet aan de zorg bijdragen; maakt duidelijk welke ondersteuning zij daarbij zelf nodig hebben; signaleert taken die blijven 'hangen' en geeft door de tijd heen een beeld van het verloop.

Op <http://www.kennispleinchronischezorg.nl> zijn [negen stappen](#) uitgewerkt waarlangs gezamenlijke besluitvorming vorm kan krijgen:

Stap 1 Zeg duidelijk tegen de cliënt dát er een beslissing genomen gaat worden.

Stap 2 Leg uit dat de beslissing samen kan worden genomen. Veel cliënten verwachten niet dat ze mogen deelnemen aan het besluitvormingsproces. Deel dit expliciet met de cliënt.

Stap 3 Geef aan dat er verschillende mogelijkheden zijn en dat de cliënt hieruit kan kiezen.

Stap 4 Geef informatie over de verschillende mogelijkheden met de voor- en nadelen. Bied evenwichtige informatie over de mogelijke alternatieven. Geef nog niet je eigen voorkeur. Vraag of de cliënt bedenktijd nodig heeft om eventueel een keuzehulp of om belangrijke andere mensen te raadplegen.

Stap 5 Ga bij de cliënt na of hij alle mogelijkheden heeft begrepen. Alleen als de cliënt alles begrijpt, kan hij op een actieve en functionele manier bijdragen aan een beslissing.

Stap 6 Achterhaal wat de voorkeur van de cliënt is. Bij deze stap maak je ook als zorgverlener je idee kenbaar.

Stap 7 Onderhandel om tot een beslissing te komen als je het niet met elkaar eens bent.

Stap 8 Neem gezamenlijk een besluit. Vraag waar de cliënt wellicht geen verantwoordelijkheid voor wil dragen. In de ideale situatie bereik je samen een beslissing door middel van onderhandelen. Je bent dan ook beiden verantwoordelijk voor de beslissing.

Stap 9 Stel samen met de cliënt een plan op om de beslissing uit te voeren. Stel vast wanneer de cliënt bepaald gedrag wil en kan uitvoeren. Maak vervolgafspraken. Kijk waar in dit stappenplan ook de naasten een rol kunnen spelen.

#### *4.3.3 Coachende vaardigheden*

Het vergroten van zelfmanagement vergt een gedragsverandering bij cliënten en hierin kunnen hulpverleners een belangrijke functie hebben. Zij kunnen het veranderingsproces bij cliënten ondersteunen en stimuleren door cliënten te helpen concrete en realistische doelen te stellen (Engels & Arkesteijn, 2011). Van belang is dat een hulpverlener een reëel beeld schetst van veranderingsprocessen: voorbereiden op terugval, hoe kun je een terugval herkennen en zoveel mogelijk voorkomen? De hulpverlener kan de cliënt het vertrouwen geven dat hij in staat is om het leven meer in eigen hand te nemen en zich in meer of mindere mate los te maken van de hulpverlening.

Ook gaat het om het bewust worden van eigen ervaringen van de cliënt. Een hulpverlener kan een cliënt stimuleren om na te denken over de ervaringen die hij of zij opgedaan heeft met de aandoening: wat hielp (niet) in het verleden, wat is een aanpak die past bij de cliënt, wat heeft de cliënt wel en niet nodig, wat wil hij met de hulpverlening en wat kan hij met naasten oplossen. Voor sommige cliënten zal het nieuw zijn om op deze manier over de eigen ervaringen na te denken. Hulpverleners kunnen cliënten coachen bij het aanleren van strategieën om de problemen op te lossen. Cliënt en hulpverlener kunnen samen de problemen ontrafelen en het in die zin behapbaar maken (Engels & Arkesteijn, 2011).

Tip van een ervaringsdeskundige:

Als je zover bent dat je hulp zoekt bij huisarts of ggz, heb je meestal alles al geprobeerd wat binnen de mogelijkheden van het "normale" valt en misschien ook al een uitstapje daarbuiten geprobeerd. Het is echter vaak nodig om iets te doen/laten wat zover buiten je persoonlijke en/of maatschappelijke comfort zone ligt, dat je het al van de tafel veegt voor het geprobeerd te hebben. Het zit als het ware op je blinde vlek. Door te beginnen met kleine stapjes of een klacht die iemand erg hoog zit, kan je als hulpverlener iemand gemakkelijker bewegen tot meer naar zichzelf luisteren. De eerste keer is gewoon het moeilijkst, maar succesvol gedrag mag zichzelf graag herhalen.

Hulpverleners moeten bereid zijn om zichzelf (deels) overbodig te maken. Hulpverleners kunnen hun cliënten stimuleren ook buiten de ggz om andere ondersteuningsmogelijkheden te zoeken. Ook hierbij gaat het weer om het verkennen van wat passend is voor de cliënt: Niet iedereen zit te wachten op lotgenotencontact en aan de andere kant niet iedereen heeft een goed beeld van wat lotgenotencontact in kan houden.

Tip van een ervaringsdeskundige:

Zelfmanagement is niet iets wat je een uurtje per week doet. Hiervoor is tijd nodig. De meeste sessies bij hulpverleners duren maximaal een uur. Dat is, gezien hetgeen een cliënt wil bereiken, kort. Het is daarom best lekker als je gebruik kunt maken van een vertrouwde vriend, familielid of telefonische hulpdienst als bijvoorbeeld Sensor om je hart eens te luchten.

Behulpzaam kan zijn de [toolbox](#) die te vinden is op [www.zelfmanagement.com](http://www.zelfmanagement.com). Ook op <http://www.kennispleinchronischezorg.nl> worden handvatten gegeven voor het [coachen](#) van cliënten.

#### 4.3.4 Regie laten behouden

Hulpverleners dienen zich ervan bewust te zijn dat de zelfmanagementbehoefte van cliënten kan verschillen (per persoon maar ook in de tijd fluctuerend).

Inmiddels wordt vooral in huisartsenpraktijken ervaring opgedaan met het Self Management Screeningsinstrument (SeMaS), een instrument dat in kaart brengt in hoeverre het investeren in zelfmanagement passend is bij een cliënt. Het is een vragenlijst die een cliënt op verzoek van de hulpverlener invult (online of op papier). Meer informatie op het [kennisplein chronische zorg](#)

Een cliënt heeft niet altijd de vaardigheden in huis heeft om de regie over de zorg in eigen hand te nemen. De hulpverlener dient daarom een inschatting te kunnen maken van de vaardigheden van de cliënt op de volgende zes gebieden:

- Probleemoplossend vermogen – het inschatten van situaties en het vinden van oplossingen voor nu en in de toekomst.
- Besliskundig vermogen – het nemen van de juiste beslissingen of maatregelen op het juiste moment in de juiste volgorde.
- Hulpbronnen gebruiken – het tijdig zoeken, vinden en gebruiken van de juiste hulpbronnen, bijvoorbeeld het ophogen of verlagen van de medicatie, contact opnemen met een zorgverlener enzovoort.

- Relatie met de hulpverlener onderhouden – het opbouwen en onderhouden van een goede relatie met de zorgverlener. Cliënt is een actieve partner in het zorgproces, rapporteert trends in zijn gezondheidstoestand, neemt geïnformeerde beslissingen en bespreekt deze met de zorgverlener.
- Plannen – het opstellen en uitvoeren van een concreet actieplan voor de korte termijn.
- Self-tailoring – het monitoren van het verloop van de ziekte en tijdig inzetten van de opgedane zelfmanagementvaardigheden (Trappenburg et al., 2014).

De hulpverlener verkent met de cliënt in hoeverre deze regie heeft of wil nemen, welke vragen en problemen hij tegenkomt, en wat hij nodig heeft. Het kan zijn dat door complexiteit of ernst van de klachten, of door psychosociale situatie van de cliënt het nemen van regie (tijdelijk) niet mogelijk is. Het gesprek heeft een positieve invalshoek, de verkenning vraagt naar kansen en mogelijkheden die de cliënt ziet. Maar ook aandacht voor de kwetsbaarheden en onmogelijkheden is essentieel om tot goede aansluiting te komen. De zorgverlener nodigt de cliënt uit zijn opvattingen, inzichten en voorkeuren te verwoorden.

Hulpverleners kunnen de cliënten doen inzien dat ze weer meer in eigen hand kunnen nemen. Dat is een proces en vergt begeleiding en een proactieve- en activerende houding. Een taak van de hulpverlener is dit proces op gang helpen te brengen. Er moet een proces op gang komen voor zowel de cliënt als de hulpverlener. Cliënten moeten weer eigenaar worden van hun eigen proces van gezondheid. Voor hulpverleners kan het een forse stap zijn om de regie over te dragen aan de cliënt. Bijvoorbeeld cliënten zelf binnen marges de medicatie laten aanpassen.

Deze processen kunnen door middel van de oplossingsgerichte benadering op gang gebracht worden. Het vergt veel oefening. Er moet veel energie gestoken worden in activeren en het vergroten van bewustwording. Het gaat om een attitudeverandering voor beide partijen.

Probeer als hulpverlener ook buiten het professionele denkkader te handelen. Cliënten kunnen doelen stellen die buiten het bereik van de hulpverlener kunnen liggen. Waar een hulpverlener vanuit de eigen deskundigheid het bijvoorbeeld van belang vindt om symptomen van een aandoening te verminderen, blijken cliënten vaak het verbeteren van de kwaliteit van leven door middel van het aangaan van sociale contacten relevanter vinden (Katsakou et al., 2012). Van belang is om op zoek te gaan naar overeenkomstige subdoelen maar een cliënt kan ook elders ondersteuning gaan zoeken voor het bereiken van bepaalde doelen.

De hulpverlener moet duidelijkheid geven over de grenzen en mogelijkheden. Dit impliceert grenzen kunnen stellen en ook het vermogen om aan een cliënt te vertellen dat je als hulpverlener (nog) geen oplossing weet.

#### *4.3.5 Aandacht voor (mogelijkheden in) de omgeving*

Van belang is dat de hulpverlener zicht krijgt op de mensen om de cliënt heen. Zijn er mensen die de cliënt kunnen steunen of samen met de cliënt activiteiten kunnen ondernemen? Het gaat ook om andere ondersteuning die het liefst dicht bij de woonomgeving van de cliënt gezocht wordt.

### *Naasten*

De omgeving van de cliënt is van invloed op zijn zelfmanagementmogelijkheden en de eigen regie. Heb als hulpverlener aandacht voor de thuissituatie, persoonlijke relaties, rollen en taken in het gezin, wonen en werken, inkomen en opleiding. Open het gesprek over het al dan niet ervaren van steun van naasten bij het voeren van regie over het eigen leven en het omgaan met de aandoening. Hierbij speelt vanzelfsprekend de culturele achtergrond en daaruit voorkomende verschillen in beleving van gezondheid en gedrag, en ziekte en zorg een rol. Als hier geen aandacht voor is, kan dit leiden tot misverstanden. Het kan een negatief effect hebben op het proces van zelfmanagementondersteuning (CBO, 2014).

Ook moet gekeken worden naar de (on)mogelijkheden en ondersteuningsmogelijkheden van de naasten (indien betrokken naasten beschikbaar zijn). Het betrekken van familie en naasten kan bij het gehele traject, van klachtenverkenning en behandelplan-bespreking tot (preventie van) terugval, ambulant en klinisch. Morée, Scholten en Schreuder Goedheijt (2006) brachten in kaart wat bevorderende factoren zijn in het zelfmanagement van naasten door hun ondersteuningsvragen te benoemen.

De hulpverlener dient aandacht aan te besteden aan deze factoren:

1. informatie, advies, emotionele en educatieve steun (informatie over voorzieningen/het ziektebeeld, leren van vaardigheden in de verzorging, hulp bij sociaal-emotionele problemen, lotgenotencontact).
2. praktische hulp (hulp bij regelwerk, hulp bij het huishouden, maaltijdvoorziening, klussendienst, boodschappenservice, vervoer).
3. respijtzorg (incidentele of regelmatige opvang van de zorgvrager buitenshuis (dagopvang, logeerhuis) of thuis (oppas, toezicht)).
4. materiële steun (hulpmiddelen en woonaanpassing, parkeerplaatsen, huisvesting).
5. financiële steun (vergoeding onkosten, persoonsgebonden budget).
6. arbeid en zorg (onthefing sollicitatieplicht, thuiswerken, oplossen van tijdknelpunten, flexibele werktijden).
7. inspraak (invloed op gemeentelijk beleid, belangenbehartiging). Naasten zijn een bron van informatie, ze signaleren vaak als eerste onrust en zorgen voor steun en opvang (Wollaars, 2014). Ook voor alle naastbetrokkenen is psycho-educatie, voorlichting, steun, het vinden van een eigen weg, en het nemen van beargumenteerde beslissingen van belang. Het Expertisecentrum Mantelzorg heeft een [overzicht met verschillende tools](#) rondom het betrekken van naasten.

Naasten in de GGZ horen regelmatig dat de privacy van de cliënt betrokkenheid bij de behandeling in de weg staat, terwijl dit in andere sectoren niet gebeurt (Bovenkamp & Trappenburg, 2009). Nog te vaak is dit het gevolg van een gebrek aan kennis. Ypsilon zette met hulp van tal van deskundigen op een rij hoe het écht zit met privacy (Ypsilon, 2013).

### *Regionaal aanbod*

De hulpverlener dient op de hoogte te zijn van het regionale aanbod (met een regionale sociale kaart), om goed met de cliënt mee te kunnen denken over een zo zelfstandig en passend mogelijk aanbod. Dit houdt in dat de hulpverlener zowel intramuraal als ambulant over de grenzen kijkt van het eigen beschikbare aanbod. Ook welzijn is hier belangrijk: de sociale wijkteams, huisarts/POH-GGZ en ondersteuning vanuit de Wmo horen bij het regionale aanbod. Verwijzing naar, of samenwerking met, maatschappelijk

werk, buurthuis of sportclub is ook mogelijk, mits dit aan de behoefte van de cliënt voldoet (LPGGz, 2014; Wollaars, 2014).

Ook is het van belang om te weten wat cliënten- en familieorganisaties lokaal of regionaal aanbieden. Ondersteuning krijgen van ervaringsdeskundigen die 'in het zelfde schuitje zitten of hebben gezeten' kan de motivatie voor verandering mogelijk vergroten. De ervaringsdeskundigen kunnen dan een voorbeeldfunctie hebben.

## **4.4 Hulpverleningstechnieken**

Hierboven genoemde aspecten geven een leidraad van de belangrijke kennis en vaardigheden waarover een hulpverlener dient te beschikken. In het navolgende wordt een aantal geschikte technieken voor de ondersteuning bij zelfmanagement uitgelicht.

De keuze om met één of meerdere van deze methodes, technieken of benaderingen te gaan werken, hangt af van de achtergrond, competenties en interesses van de hulpverlener en van de cliënt, maar ook van de mogelijkheden binnen de organisatie. Is een hulpverlener bijvoorbeeld al geschoold in een bepaalde methode of zijn er mogelijkheden om scholing te volgen?

Er kunnen grote verschillen bestaan tussen hulpverleners uit de basis ggz en hulpverleners uit de specialistische ggz. Hieronder staan om deze reden meerdere methoden of benaderingen beschreven. Bovendien gaat het om een aanbod op maat dat cliënten ondersteunt bij hun zelfmanagement. Mogelijk kan de inzet van (onderdelen van) methoden hierbij helpend zijn.

### *4.4.1 Informatieverstrekking en psycho-educatie*

Er zijn verschillende typen informatie te onderscheiden waar de cliënt, mede door de komst van internet en nieuwe media, de beschikking over heeft:

- Informatie over de aandoening via websites: [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl) van het Nederlands Huisartsen Genootschap, [www.psychischegezondheid.nl](http://www.psychischegezondheid.nl) van het Fonds Psychische Gezondheid en [www.nvvp.net](http://www.nvvp.net) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Daarnaast zijn er voor meerdere aandoeningen specifieke websites.
- Zorginhoudelijke informatie uit het medisch dossier. De hulpverlener kan deze informatie aan de cliënt overgedragen.
- Keuze-informatie over bijvoorbeeld de kwaliteit van de behandeling van zorginstelling X of gezondheidsinformatie, zoals voorlichting over preventie van ziekte. Voornamelijk 'derde partijen' leveren deze informatie, zoals de zorgverzekeraar, overheidspartijen, onderzoekers, apothekers of de farmaceutische industrie.
- Ervaringsinformatie over bijvoorbeeld het leven met een ziekte of het effect dat medicijngebruik heeft op de persoon. Deze informatie is afkomstig van lotgenoten, via internetfora, regionale cliëntenorganisaties en/of landelijke cliëntenorganisaties (Gerards, 2010). De hulpverlener beschikt niet over al deze informatie maar kan er wel naar verwijzen.

Hulpverleners worden het meest geassocieerd met het verstrekken van zorg- of aandoeningsspecifieke informatie. De techniek die in dit kader gebruikt wordt is psycho-educatie. Met betrekking tot zelfmanagement gaat het om het overdragen van kennis of informeren van de cliënt over alle basisaspecten en mogelijkheden van zelfmanagement. Het is dan van belang dat de hulpverlener zich op de hoogte stelt in hoeverre psycho-

educatie wenselijk is bij de specifieke aandoening. Er zijn namelijk aandoeningen waarbij psycho-educatie niet of minder van belang zou zijn, zoals schizofrenie.

De hulpverlener doet er goed aan om te vertellen waarom dergelijke informatie van belang is: zelf keuzes maken, het leven meer in eigen hand nemen, wat de cliënt kan verwachten van de hulpverlener en dergelijke.

Ook kan de hulpverlener delen wat zijn achterliggende visie en het beoogde samenwerkingsmodel is: streven naar gelijkwaardigheid, de regie zo veel mogelijk bij de cliënt laten, komen tot gezamenlijke besluitvorming, het belang van ervaringskennis et cetera. Door middel van de psycho-educatie deelt de hulpverlener professionele kennis en de laatste wetenschappelijke inzichten met de cliënt. Het hoeft echter niet te betekenen dat de hulpverlener alles uitzoekt en deelt met de cliënt. Het kan ook in een gezamenlijke zoektocht naar informatie vorm krijgen of de hulpverlener kan de cliënt wijzen op kwalitatief goede informatiebronnen.

#### 4.4.2 Gespreksvoering

Meerdere technieken of benaderingen zijn van belang voor de gespreksvoering. Ze hebben gemeen dat ze zich richten op: de doelen die de cliënt zelf formuleert en veranderingen waarvoor de cliënt gemotiveerd is. Hieronder worden enkele technieken en benaderingen kort toegelicht. Motiverende gespreksvoering wordt het meest in verband gebracht met zelfmanagement. Daarom wordt deze benadering in meer detail beschreven.

Onderstaande beschrijvingen zijn gebaseerd op de *Handreiking ondersteuning bij zelfmanagement van patiënten met chronische psychiatrische aandoeningen* (Meije, Hendriksen, van Bakel & Sinnema, in ontwikkeling). Meer informatie is te vinden in de bijlage van deze handreiking.

##### *Motiverende Gespreksvoering*

Motiverende Gespreksvoering is een methode om te bevorderen dat de cliënt tot verandering van zijn gewoontegedrag overgaat, in dit geval tot het nemen van meer regie over eigen leven en aandoening. De methode is gericht op het opbouwen van de intrinsieke motivatie van de persoon zodat de verandering van binnenuit kan groeien, en dus niet van buitenaf opgelegd hoeft te worden. Daarom wordt ook gesproken van 'motivation building' en niet zozeer van 'problem solving'.

Als hulpverleners een cliënt willen stimuleren tot meer zelfmanagement, betekent dat vaak dat de cliënt iets aan zijn houding moet veranderen. Cliënten die jarenlang intensieve hulp hebben gehad en hieraan gewend zijn geraakt, kunnen wat angstig of vermijdend reageren op een voorstel richting het nemen van meer eigen regie. Vaak zal enige weerstand of op zijn minst ambivalentie zichtbaar zijn.

Om cliënten bewust te maken van de weerstand en/of de ambivalentie en van daaruit verandering na te streven, kan motiverende gespreksvoering worden toegepast, een techniek die oorspronkelijk afkomstig is uit de verslavingszorg (Rollnick, Miller & Butler, 2009).

Bij motiverende gespreksvoering gaat het er niet om iemand toe te spreken of iets op te leggen, maar juist om iemand zelf aan het denken te zetten. Uitgangspunt is dat de zorgverlener door middel van bepaalde gesprekstechnieken verandertaal uitlokt bij

cliënten. De zorgverlener en de cliënt werken daarbij samen. Er wordt een speciaal hiervoor ontwikkelde gesprekstechniek toegepast.

De grondleggers hebben de volgende definitie aan motiverende gespreksvoering gegeven "een op samenwerking gebaseerde methodiek, die cliëntgericht is en gekarakteriseerd wordt door een bewust doelgerichte stijl van communicatie, gericht op het ontlocken en versterken van intrinsieke motivatie tot verandering" (Rollnick et al., 2009).

Hulpverleners leren motiverende gespreksvoering door middel van trainingen, die op verschillende plaatsen in Nederland worden aangeboden. Er is veel onderzoek gedaan naar de effecten van motiverende gespreksvoering. Meta-analyses en reviews laten positieve resultaten zien bij diverse doelgroepen, zoals bij verslavingsproblematiek en bij gedragsveranderingsprogramma's (Rollnick et al., 2009).

Speciaal voor mensen zonder ziekte-inzicht (anosognosie) ontwikkelde Xavier Amador (2000) de LEAP-methode, een andere vorm van motivational interviewing, die in Nederland verder werd doorontwikkeld door Jules Tielens (2012) tot zijn Verbindende gesprekstechniek. Inmiddels is deze techniek ook beschikbaar gekomen voor familieleden en naasten via trainingen die Ypsilon organiseert onder de noemer [Ziek? Hoezo ziek!?](#)

#### *Oplossingsgerichte therapie / gespreksvoering*

Oplossingsgerichte therapie is een in de psychiatrische praktijk breed inzetbare vorm van kortdurende, autonomieversterkende techniek, waarbij niet de aard of oorzaak van het probleem centraal staat, maar de door de cliënt gewenste toekomst.

#### *Strengths Model*

Het Strengths Model is een benadering waarin de individuele krachten van cliënten centraal staan, die ontleend worden aan wensen, competenties en vertrouwen. Om tot wasdom te komen zijn veelal ook omgevingskrachten nodig: sociale relaties, materiële hulpbronnen en diensten en mogelijkheden die zich voordoen.

Het Strengths Model gaat ervan uit dat mensen met een ernstige psychiatrische aandoening voortdurend kunnen leren, groeien en veranderen, als de individuele en omgevingskrachten op de juiste wijze worden aangewend.

#### *Narratieve benadering*

De narratieve benadering gaat ervan uit dat de manier waarop mensen hun verhaal vertellen, bepaalt hoe ze in het leven staan. Door deze verhalen te analyseren en waar nodig bij te stellen, ontstaat ruimte voor nieuwe inzichten.

#### *Presentiebenadering*

De presentiebenadering verwoordt de basishouding van de rehabilitatie- en herstelbenadering: het naast de ander staan, zonder op voorhand in actie te schieten. In de presentiebenadering staat de relatie voorop en vormt de rol van de hulpverlener zich al naar gelang de behoeften van de cliënt.

Hoe weet je of je zorg ook aansluit bij de vraag? Het lijkt heel simpel: je vraagt het de cliënt. Maar hoe doe je dat als je cliëntengroep een lager IQ heeft? Als er grote cultuurverschillen zijn? Of als je cliëntengroep zó ziek is dat je het ze nauwelijks kan vragen? Bij Inforsa, onderdeel van Arkin, worstelden behandelaars met die vraag. De doelgroep van de kliniek voor Langdurige Intensieve Zorg bestaat uit cliënten met ernstige, meervoudige psychiatrische aandoeningen die een langdurige patroon van

ernstig ontregelend (ontwrichtend) gedrag vertonen. Deze cliënten zijn moeilijk in zorg te krijgen en/of te houden, hun vaak explosieve gedrag is moeilijk te voorspellen.

In co-creatie met een aantal cliënten- en familieorganisaties onder leiding van Ypsilon werd WIEK ontwikkeld. WIEK staat voor: **W**HO-QOL<sup>6</sup> geïnspireerd, **I**n gesprek met de cliënt als **E**xpert over de eigen beleefde **K**waliteit van leven. Met medewerking van een 'expert-triade groep' (cliënten, naastbetrokkenen en medewerkers) hebben we de WHO-QOL- 100 teruggebracht naar een lijst van 10 onderwerpen die van grote invloed zijn op de kwaliteit van leven binnen Inforsa. De twee onderwerpen die de cliënt als belangrijkste aanwijst maken de maanden erna deel uit van de actieve zorg. Na drie en zes maanden wordt opnieuw via een interview gekeken hoe de cliënt op dat moment zijn kwaliteit van leven beleeft, en maakt hij opnieuw (dezelfde of een andere) keuze met behulp van de 10 onderwerpen.

## 4.5 Veranderingsprocessen

Gedragsverandering gaat niet zomaar. Mensen zijn gehecht aan hun gebruikelijke manier van doen. Mensen die hun gedrag veranderen, doorlopen een proces waarin ze nadenken over de noodzaak hun gedrag te veranderen, een keuze maken voor veranderen en deze verandering tenslotte daadwerkelijk toepassen. Van belang is dat hulpverleners kennis hebben van veranderprocessen. Prochaska en DiClemente ontwikkelden in 1992 een model voor het proces van gedragsverandering.

Zij onderscheidden de volgende stadia van verandering:

1. Voorbeschouwing: overweging of je een probleem hebt
2. Overpeinzing: nadenken over het probleem en of verandering kan helpen.
3. Beslissing/voorbereiding: besluiten te veranderen en plannen maken hoe dat te doen.
4. Actie: aan het werk zijn met de verandering
5. Consolidatie: de verandering volhouden en als dat lukt, is het doel bereikt
6. Terugval: terugvallen in de oude gewoonte en teruggaan naar stadium 2

Voor de hulpverlener is het van belang om te weten om in welke fase een cliënt zit. Dit voorkomt mogelijk niet realistische verwachtingen. Het is bijvoorbeeld voor de cliënt en de hulpverlener demotiverend om te spreken over een terugval wanneer de cliënt in 'stadium 2' zit. De cliënt doet wellicht stappen in de richting van een verandering maar heeft dan nog niet besloten of hij daadwerkelijk wil veranderen.

Tip van een ervaringsdeskundige:

Een goede graadmeter om te bepalen of de hulpvrager op de goede weg zit, is als hij het nieuwe gedrag kan volhouden. Alles wat niet vol te houden is, was geen goed idee. Met alles wat hulpvrager wel volhoudt, zit hij op de goede weg. Ook als het ogenschijnlijk "ongezond" of "onverstandig" gedrag is. Als hulpverlener is het daarom van groot belang om op zijn minst neutraal tegenover ongezond/onverstandig gedrag te staan. Ongezond/onverstandig gedrag is namelijk een kwestie van perceptie: wat jou ongezond/onverstandig lijkt, kan wel eens de redding voor een ander betekenen.

---

<sup>6</sup> World Health Organisation Quality Of Life

## 4.6 Kennis over zelfhulp- en zelfmanagementinstrumenten

Hulpverleners dienen toegang te hebben tot het brede aanbod van zelfmanagementinstrumenten. In de module en de onderbouwing worden geen lijsten van instrumenten gepubliceerd maar wel enkele links opgenomen waar dergelijke instrumenten te vinden zijn (zie ook bijlage 5). Het is aan de hulpverlener om kennis te hebben van het beschikbare aanbod en dit aan te bieden indien van toepassing en/of gewenst. Het is aan de cliënt om al dan niet samen met de hulpverleners te zoeken naar de meest passende mogelijkheden.

Het één en ander dient lokaal uitgezocht te worden alleen al omdat niet alle voorzieningen een landelijke dekking hebben. Het is van belang om ook oog voor de kwaliteit van de instrumenten: Door wie is het gemaakt of door wie wordt het georganiseerd? Waren cliënten- en/of naasten betrokken bij de ontwikkeling van het instrument? Is er ervaring opgedaan met het instrument?

Hulpverleners doen er goed aan om met hun cliënten te spreken over verstandig gebruik van online instrumenten. Cliënten kunnen positieve ervaringen opdoen door onderling ervaringen uit te wisselen in een forum.

Voor fora geldt echter wel dat het van belang is dat er actieve en deskundige moderators 'achter' zitten die in de gaten houden wat er op het forum gebeurt. Vergelijk de 'pro-ana sites' waar mensen met eetstoornissen 'tips' kunnen krijgen om verder af te vallen. Ondersteunen bij zelfmanagement betekent in dit geval cliënten 'online weerbaar' maken

### *Voorbeelden instrumenten*

Hieronder worden enige voorbeelden gegeven van aandoening specifieke instrumenten en meer generieke instrumenten om een indruk te geven van de veelheid aan mogelijkheden. De NPCF heeft de [digitale zorggids](#) ontwikkeld waarin onder andere app's en websites voor lotgenotencontact te vinden zijn. Op het gebied van digitale zorg is het verstandig kennis te nemen van de visie op [digitale zorg vanuit gebruikersperspectief](#) en de [informatiebrochure voor cliënten](#), die eerder zijn ontwikkeld in een samenwerking tussen diverse cliënten- en familieorganisaties. Dit geeft een richting van de wensen van cliënten bij de inzet van digitaal aanbod, en geeft praktische tips van en voor mensen met psychische klachten en hun naasten.

Het is ook goed om [WRAP](#) te noemen, wat staat voor Wellness Recovery Action Plan, een in Amerika ontwikkeld zelfhulp-instrument dat meer en meer gebruikt wordt (Boertien, van Bakel & van Weeghel, 2012). Het is een instrument met een heldere structuur en sterk geworteld in het herstelconcept. Het ondersteunt mensen om weer greep te krijgen (en te houden) op het leven wanneer dat ontregeld raakt door ernstige gebeurtenissen. De WRAP is een plan dat mensen zelf maken voor herstel in hun eigen leven. Dit proces wint sterk aan kracht door ervaringsdeskundige ondersteuning en uitwisseling. Zie ook de zorgstandaard Herstelondersteunende zorg.

Zie ook de zorgstandaard Digitale zorg. Deze zorgstandaard ondersteunt zorgverleners zodat zij zich niet alleen een goed beeld van e-health kunnen vormen, maar ook vertrouwen krijgen in gefundeerde keuzes van de toegepaste e-health.

Tijdens de focusgroep hebben de cliëntenvertegenwoordigers enkele hulpmiddelen genoemd die aansluiten bij zelfmanagement, het betreft instrumenten waar ze zelfstandig dan wel samen met de hulpverlener gebruik van kunnen maken.

De werkgroep heeft dit lijstje aangevuld met andere zelfmanagement instrumenten:

- Het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) toegankelijk maken voor cliënten zodat ze zelf inzage krijgen en kennis te hebben over het eigen dossier (consultverslagen, laboratoriumuitslagen) en contact kunnen onderhouden met de behandelaar. (Het UMC is hier in 2015 mee gestart.)
- [De Triadekaart](#) ondersteunt samenwerking tussen cliënt, naasten en hulpverlener.
- Bed op recept voor mensen die kortdurend ondersteuning vanuit de kliniek nodig hebben
- [Eigen Kracht Conferenties](#): Een bijeenkomst waarbij de cliënt samen met familie en bekenden een plan voor de toekomst maakt (familiegroepsplan).
- Via [www.zelfregietool.nl](http://www.zelfregietool.nl) kan de cliënt met iemand in contact komen die hem begrijpt en zijn vragen herkent. De cliënt kan ervaringen delen, verhalen horen, praktische oplossingen of andere inzichten krijgen die hem ook weer verder kunnen helpen. Het is dus niet raar om iets te hebben. Het is wel gek om er zelf niets aan te doen.
- <http://www.zelfhulpverbindt.nl> het contactpunt voor zelfhulp en ervaringskennis.
- Stoornis specifieke keuzehulpen: [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl) en [www.keuzehulpen.nl](http://www.keuzehulpen.nl)
- Apps: [ADD8](#) een Android-app voor mensen met ADHD en ADD  
[DGT onderweg](#) een app voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis die dialectische gedragstherapie volgen.  
[Medalert](#) hulpmiddel voor mensen die medicatie gebruiken.  
[Therappi](#) en [Moodgym](#) voor mensen met somberheidsklachten
- Zelfhulpgroepen als [Anonieme Alcoholisten](#) en [Eetproblemen](#)
- Online zelfhulp georganiseerd door de ggz:
  - o [Verslavingsproblematiek](#), [Grip op je dip](#) en [Slaapproblemen](#)
  - o [Zelfhulpwijzer](#) en online [zelfhulp cursussen](#) die door veel verzekeraars vergoed worden.
- Telefonische hulplijnen als [Sensoor.nl](http://www.sensoor.nl), bijvoorbeeld rond [Eenzaamheid](#).
- Persoonlijk Gezondheidsdossier voor mensen die hun aandoening meer zelf willen managen<sup>7</sup>, bijvoorbeeld [www.patient1.nl](http://www.patient1.nl)

## 4.7 Samenvatting

De hulpverlener dient rekening te houden met de drie voorwaarden voor zelfmanagement:

1. De cliënt moet gemotiveerd zijn: Ziet hij het belang ervan in?
2. De cliënt moet ertoe in staat zijn: Kan de cliënt het?
3. De gelegenheid moet er zijn, ofwel de randvoorwaarden moeten in orde zijn: Kan de juiste ondersteuning geboden worden (Herwijnen & Arts, 2015).

---

<sup>7</sup> De aanbieders van dergelijke instrumenten sluiten soms contracten af met ggz-zorgaanbieders. U kunt u veelal ook zelf aanmelden bij aanbieders als Patient1 en vervolgens afspraken maken met uw hulpverlener over het gebruik.

Van belang is dat de hulpverlener over voldoende kennis en vaardigheden beschikt met betrekking tot communicatie, samenwerking, coaching, omgaan met de aandoening en terugvalpreventie, het overdragen van de regie en aandacht voor de omgeving.

Waaronder bijvoorbeeld:

- Contact waarbij het verhaal van de cliënt centraal staat en de mening van de professionele slechts met mate geuit wordt.
- Geduld hebben en informatie kunnen overbrengen.
- In staat zijn om te komen tot gezamenlijke besluitvorming (SDM).
- Het ondersteunen van het veranderingsproces bij cliënten en dit stimuleren door cliënten te helpen concrete en realistische doelen te stellen.
- Het samen met de cliënt verkennen in hoeverre deze regie heeft of wil nemen, welke vragen en problemen hij tegenkomt, en wat hij nodig heeft.
- Aandacht hebben voor de naasten van de cliënt, enerzijds omdat cliënten veelal steun krijgen van de naasten en omdat zij goed op de hoogte zijn van de situatie van de cliënt en anderzijds om de draaglast en de draagkracht van naasten in de gaten te houden.

Naast dit alles dient de hulpverlener te beschikken over een aantal hulpverleningstechnieken die zelfmanagement ondersteunend zijn. Welke technieken een hulpverlener inzet, hangt af van de achtergrond, competenties en interesses van de hulpverlener en van de cliënt, maar ook van de mogelijkheden binnen de organisatie. Van belang is ook dat de hulpverlener deelt wat zijn achterliggende visie en het beoogde samenwerkingsmodel is.

De hulpverlener dient ook vaardigheden te beschikken om te komen tot gezamenlijke besluitvorming (SDM). Hulpverlener, cliënt en (indien relevant) naasten werken samen om op basis van uitgebalanceerde informatie de juiste paden te verkennen en beslissingen te nemen.

Aandacht is besteed aan de vorm van de gespreksvoering. Verschillende methoden en technieken zijn genoemd: Oplossingsgerichte therapie / gespreksvoering, Strengths Model, narratieve benadering, presentie benadering, motiverende gespreksvoering en de LEAP-methode.

Van belang is dat hulpverleners kennis hebben van veranderprocessen: leefstijl veranderingen gaan doorgaans niet via een lineair pad. Veranderen gaat met toppen en dalen en het is van belang om kennis te hebben van de verschillende veranderstadia zoals Prochaska en DiClemente (1992) die beschreven hebben: voorbeschouwing, overpeinzing, beslissing/voorbereiding, actie, consolidatie en terugval.

Hulpverleners dienen kennis te nemen van de veelheid aan (online) beschikbare zelfmanagement- dan wel zelfhulpinstrumenten. Van belang is dat hulpverleners weten waar deze instrumenten te vinden zijn zodat ze er samen met hun cliënten naar kunnen kijken en/of hun cliënten er op kunnen wijzen. De hulpverleners dienen zich erin te verdiepen zodat zij de cliënt wegwijst en zo nodig ook weerbaar kunnen maken.

## 4.8 Conclusie

Een hulpverlener die zelfmanagement ondersteunt dient te beschikken over specifieke kennis en vaardigheden die gericht zijn om 'naar boven te halen' wat de cliënt van belang vindt. En om cliënten te helpen om te gaan met hun aandoening en om terugval te voorkómen. Hiervoor zijn gesprekstechnieken als motiverende gespreksvoering heel belangrijk. Ook vaardigheden om goede samenwerking met de cliënt (en zijn naasten) tot stand te brengen zijn onmisbaar.

## 4.9 Aanbevelingen

Wat betreft de '*kennis en vaardigheden*' doen we de volgende aanbevelingen:

- Wees je bewust van de kennis en vaardigheden waarover je moet beschikken als hulpverlener en volg zo nodig scholing.
- Maak gebruik van zelfregie- en zelfmanagementinstrumenten die (online) beschikbaar zijn en wijs cliënten en hun naasten op het bestaan ervan.

Wat betreft de '*inhoud van de ondersteuning*' doen we de volgende aanbevelingen:

- Ondersteun de cliënt bij het aanleren van zelfmanagementstrategieën.
- Gebruik gespreksvoeringstechnieken die aansluiten op het vergroten van de zelfmanagement van de cliënt, zoals motiverende gespreksvoering of oplossingsgerichte therapie.
- Ga in op de relaties van een cliënt en zijn sociale verbondenheid. Ondersteun de cliënt in het contact maken met anderen, aansluitend bij zijn of haar wensen en behoeften.
- Wijs de cliënt op de het mogelijke belang van contact met lotgenoten en ervaringsdeskundigen op het gebied van omgaan met de aandoening, en ondersteun de cliënt bij het aangaan van deze contacten, aansluitend bij zijn of haar wensen en behoeften.
- Ondersteun de cliënt bij het zoveel mogelijk leren leiden van een 'normaal leven'.
- Besteed aandacht aan levensdoelen en zingeving.
- Besteed daarnaast ook aandacht aan de emotionele kant van de aandoening, in eerste instantie steunend, maar in tweede instantie ook gericht op zelfmanagement van emoties.
- Ondersteun de cliënt opdat hij succeservaringen kan opdoen: Zoek samen naar specifieke onderwerpen die de cliënt zelfvertrouwen geven.

Vroege onderkenning en preventiefase:

- In deze fase is de hulpverlening veelal nog niet in beeld. Voor cliënten en hun naasten kunnen in deze fase EHealth-instrumenten van belang zijn.
- (Online) gezondheidsinformatie die een cliënt zelf kan raadplegen, kan hem mogelijk doen inzien dat hij (vroegtijdig) hulp kan/moet zoeken.

(De onderstaande aanbevelingen zijn mede tot stand gekomen door de informatie uit eerdere hoofdstukken)

In de diagnostische fase gaat het om:

- Spreek de cliënt aan op zijn 'gezonde' kanten: bespreek zijn sterke kanten en kwaliteiten en besteed ook aandacht aan wat last geeft. Dit kan overigens ook in de hierop volgende fasen.

- Formuleer hypotheses samen met de cliënt. Hier kunnen de vier vragen voor een 'persoonlijke diagnose' gesteld worden (van Os, 2014): Wat is er met je gebeurd? Wat is je kwetsbaarheid en weerbaarheid? Wat wil je bereiken? Wat heb je nodig?

In de behandel-, begeleiding en terugvalpreventie fase gaat het om:

- Besteed aandacht aan hoe om te gaan met de aandoening en eventuele aanpassingen in de levensstijl.
- Spreek vóór de afronding van een behandeling met de cliënt (en eventuele naaste) over het herkennen van vroege signalen en wat te doen wanneer de klachten verergeren.
- Zorg dat er een crisisplan of terugvalpreventieplan op papier wordt gezet samen met de cliënt.

In zowel de herstel -, participatie -, re-integratie - en langdurige ggz fase gaat het om:

- Zet te allen tijde de beoogde kwaliteit van leven zoals geformuleerd door de cliënt centraal.

Zelfmanagement mag overigens niet verward worden met een cliënt de boodschap geven dat hij of zij het alleen moet doen. Het blijft van groot belang dat de hulpverlener de cliënt een veilige, steunende omgeving biedt. Kenmerkend is dat juist vanuit de veilige, ondersteunende relatie van hulpverlener met cliënt samen wordt gewerkt aan meer zelfmanagement.

## 4.10 Literatuur

Amador, X.F. & Johanson, A.L. (2000). *I am not sick, I don't need help!* New York: Vida Press.

Boertien, D., Bakel, M. van, & Weeghel, J. van (2012). Wellness Recovery Action Plan in Nederland: Een herstelmethode bij psychische ontwrichting. *MGv*, 67, 276–283.

Bovenkamp, H.M. van de & Trappenburg, M.J. (2009). De moeizame relatie tussen hulpverleners en familieleden in de GGZ. *MGv*, 64, 27–38.

CBO (2014). *Zorgmodule zelfmanagement 1.0. Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten*. Utrecht: CBO.

Engels, J. & Arkesteijn, S. (2011). *Ondersteun zelfmanagement van chronisch zieken: In tien stappen zet uw team zelfmanagement blijvend centraal*. Utrecht: Vilans.

Gerads, R. (2010). *De patiënt als gezagvoerder, de dokter als copiloot: De weg naar een gedigitaliseerde zorgrelatie*. Den Haag: NICTIS en RVZ.

<http://www.zelfmanagement.com/thema-s/e-health/uitgelicht/>

Herwijnen, M. van, & Arts J. (2015). Zo zet je aan tot zelfmanagement. *Medisch Contact*, 17, 837-839.

Katsakou, C., Marougka, S., Barnicot, K., Savill, M., White, H., Lockwood, K. & Priebe, S. (2012). Recovery in Borderline Personality Disorder (BPD): A qualitative study of service users' perspectives. *PLoS ONE*, 7(5), e36517. doi:10.1371/journal.pone.0036517

LPGGz (2014). *Zelfmanagement en passende zorg: Programma's van Eisen*. Utrecht: LPGGz.

Morée, M., Scholten, C. & Schreuder Goedheijt, T. (2006). *Handreiking mantelzorgondersteuning in de Wmo*. Den Haag: Ministerie van VWS & VNG.

Meije, D., Hendriksen, A., Bakel, M. van, & Sinnema, H. (2016). *Ondersteuning bij zelfmanagement van patiënten met chronische psychiatrische aandoeningen. Handreiking voor hulpverleners in de huisartsenzorg en generalistische basis GGZ*. In concept. Utrecht: Trimbos-instituut.

Ouwens, M., Burg, S. van der, Faber M., & Weijden, T. van der (2012). *Shared decision making & zelfmanagement: Literatuuronderzoek naar begripsbepaling*. Nijmegen: IQ Scientific institute for Quality of Healthcare, UMC St Radboud.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, 183–218.

Rollnick, S., Miller, W.R. & Butler, C.C. (2009). *Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg: Werken aan gedragsverandering als je maar 7 minuten hebt*. Ouderkerk aan de IJssel: Ekklesia.

Silva, D. de (2011). *Evidence: Helping people help themselves*. London: the Health Foundation.

Tielens, J. (2012). *In gesprek met psychose*. Utrecht: De Tijdstroom.

Trappenburg, J.C.A., Jonkman, N.H., Jaarsma, T., Os-Medendorp, H., Kort, H.S.M., Wit, N. de, Hoes, A. & Schuurmans, M.J. (2014). Zelfmanagement bij chronische ziekten. *Huisarts en Wetenschap*, 57(3), 120-124.

Wollaars M. (2014). *Bouwstenen en passende zorg*. Utrecht: LPGGz.

Ypsilon (2013). *Wie zorgt praat mee: Informatie over privacy en autonomie voor familieleden en naastbetrokkenen*. Rotterdam: Ypsilon

## 5. Attitude hulpverlener

### 5.1 Inleiding

*Uitgangsvragen:*

*Welke attitude van de hulpverlener is relevant om zelfmanagement mogelijkheden samen met de cliënt te onderzoeken?*

- Is hierin een relevant onderscheid te maken naar specifieke cliëntengroepen?*
- Is hierbij het relevant een onderscheid te maken naar de fase van behandeling/herstel/aandoening de cliënt zit?*
- Is het hierbij relevant om de positie van familie/naasten mee te nemen?*
- Welke documenten, instrumenten en tools faciliteren dit proces?*

Het is lastig om een onderscheid te maken tussen de wenselijke 'basis' attitude van een hulpverlener en de attitude waarover een hulpverlener moet beschikken om zelfmanagement van cliënten optimaal te kunnen ondersteunen. Het gaat om: interactie, de relatie tussen cliënt en hulpverlener, samenwerking en communicatie (semantiek, woordkeuze). In het navolgende wordt een aantal attitude aspecten uitgelicht die specifiek van belang zijn in dit kader maar feitelijk zijn ze altijd van belang in de relatie tussen cliënt en hulpverlener en in het hulpverleningsproces.

Onder attitude verstaan wij, een houding, een overtuiging en een opstelling. Het is een verzameling van complexe persoonlijke eigenschappen, waar emoties, motivaties en denkwijzen deel van uitmaken.

Het navolgende is voor een groot deel gebaseerd op *Zelfmanagement: verkenning en agendasetting* van Engels en Dijcks (2010).

#### 5.1.1 Verder kijken dan de aandoening

Cliënten geven aan dat hulpverleners meer naar de kwaliteit van leven moeten kijken ofwel meer voorbij de aandoening moeten kijken. Cliënten kunnen andere prioriteiten hebben en wellicht zelfs prioriteiten die meer op het sociaal maatschappelijke domein liggen, bijvoorbeeld het aangaan van vriendschappelijke relaties of het verkrijgen van werk. De hulpverlener dient de leefwereld van de cliënt centraal te zetten. Bij hulpverleners kan dit ambivalentie oproepen: cliënten komen bij de ggz omdat zij een psychische aandoening of psychische klachten hebben. De attitude van hulpverleners om zich vooral te richten op de symptomen en het verminderen, laten verdwijnen van of leren leven met deze symptomen is vanuit deze optiek logisch. Echter, de essentie van een psychische aandoening voor een cliënt is de mate van lijdensdruk en/of disfunctioneren.

In dit kader is het van belang om het KOP-model te noemen. Een techniek die vooral in de basis ggz steeds vaker gebruikt wordt. Het KOP-model verklaart psychische klachten met de hypothese dat klachten (K) ontstaan als gevolg van de combinatie van stressvolle levensomstandigheden (O) en de (niet adequate of niet adaptieve) manier waarop de cliënt op die levensomstandigheden reageert (P). De behandeling wordt uitgevoerd in de vorm van geleide zelfhulp. Hierbij ligt de nadruk ook op het belang van non-specifieke factoren en het opbouwen van een goede therapeutische relatie. (Rijnders, 2015).

Voor hulpverleners is het zoeken naar een nieuwe rolinvulling en nieuwe grenzen: wat hoort wel en wat hoort niet bij mijn taakgebied. Hulpverleners dienen zich te realiseren dat ze bij de ondersteuning van zelfmanagement ondersteuning bieden bij het beantwoorden van een ander soort hulpvraag: wat wil de cliënt doen/bereiken (wat is zijn/haar wens/behoefte) en hoe kun je als hulpverlener daarbij ondersteunen?

### 5.1.2 *Streven naar samenwerking*

Cliënten hebben behoefte aan een hulpverlener die: respect en medeleven toont, oprechte interesse heeft, luistert en de tijd neemt, de mens ziet, vraagt wat hij of zij wil, zich in hem of haar verplaatst en aansluit bij de leefwereld van de ander (LPGGz, 2014; Wollaars, 2014). Samenwerking tussen de hulpverlener, cliënt en indien van toepassing zijn naasten is wezenlijk. Ieder heeft zijn rol en er is een gelijkwaardige inbreng in deze samenwerkingsrelatie. De cliënt kan beschouwd worden als medebehandelaar; soms weet hij/zij namelijk beter, of zelfs het beste, wat goed is of helpend.

Hulpverlener en cliënt (en naasten) hebben hun kennis en expertise, hun inbreng en zeggenschap in deze relatie. Van belang is dat hulpverlener en cliënt vanuit een gelijkwaardige houding met elkaar omgaan, waarin de verschillen in rollen en posities wederzijds gerespecteerd en serieus genomen worden.

Op deze manier kan de hulpverlener gebruik maken van de ervaringskennis van de cliënt en naasten. Het kan zijn dat dan andere streefdoelen naar voren komen met een ander plan van aanpak als gevolg. Op deze manier wordt eerder duidelijk welke aanpak of behandeling voor die betreffende cliënt al dan niet goed werkt. *'Vanuit deze ervaringskennis kunnen cliënten soms ook andere – minder optimale – keuzes maken dan de professional voor ogen heeft. De cliënt kiest soms eerder voor kwaliteit van leven dan een gezond leven. Zelfmanagement houdt in dat de professional hiervoor respect toont en de zorg hierop afstemt (Engels & Dijcks, 2010).'*

Een ervaringsdeskundige zegt hierover: Binnen het zelfmanagement-traject dient een cliënt de ruimte te hebben om fouten te maken. De cliënt heeft ruimte nodig om risico's te kunnen nemen die in de ogen van anderen wellicht onverantwoord lijken, paden in te slaan die anderen onverstandig dan wel verkeerd toeschijnen. Denk hierbij ook aan bijvoorbeeld zelf invloed hebben op medicijngebruik of ongebruikelijk gedrag. Het lijkt me van belang dat zowel cliënt als hulpverlener ervan doordrongen zijn dat de mogelijkheden onbeperkt zijn zolang er geen praktische bezwaren zijn en er geen sprake is van gevaar voor jezelf of een ander. Hierin heeft de mening van de cliënt een zwaarwegend belang heeft.

De hulpverlener zorgt voor een basis van veiligheid en vertrouwen in de samenwerkingsrelatie. Dit ten behoeve van een gezonde groei van het herstelvermogen, meer zelfvertrouwen en bevorderen van de eigen regie (LPGGz, 2014; Wollaars, 2014).

### 5.1.3 *Gericht zijn op zelf oplossend vermogen van cliënten*

Hulpverleners kunnen cliënten een strategie leren om zelf problemen op te lossen. Cliënt en hulpverlener gaan daarvoor eerst het probleem met de cliënt ontrafelen om het daarna makkelijker te kunnen oppakken. Ondersteun als hulpverlener de cliënt bij de

volgende vragen: 1. Waar sta ik? 2. Welk doel heb ik? 3. Welk plan heb ik? 4. Welke relaties kan ik leggen? (Engels & Dijcks, 2010)

Een ervaringsdeskundige zegt hierover:

Het is handig als hulpverleners zich er bewust van zijn dat zij waarschijnlijk dezelfde "dode hoeken" hebben als de cliënt en dat cliënt wat dat betreft een voorsprong op hen heeft doordat hij/zij zelf het beste weet hoe hij/zij zich voelt, waar hij/zij behoefte aan heeft en waar de obstakels liggen.

Van belang is dat de cliënt gaat beschikken over de volgende vaardigheden en een hulpverlener kan hem ondersteunen bij het verkrijgen van deze vaardigheden (in hoeverre het lukt, zal van persoon tot persoon verschillen):

- probleemoplossend vermogen.
- het kunnen stellen en realiseren van persoonlijke doelen.
- gezondheid bevorderend handelen en grenzen stellen.
- een constructieve, actieve houding en benadering.

Tijdens de focusgroep met cliënten is gevraagd naar 'zelfmanagement-activerende prikkels'. Diverse ervaringsdeskundigen noemen hier hun besef van hun eigen kracht, oerkracht of innerlijke kracht. Het is belangrijk om cliënten er op te wijzen dat ze hier naar op zoek kunnen gaan.

#### 5.1.4 Gericht zijn op gezamenlijke besluitvorming

Wanneer de cliënt voldoende invloed kan uitoefenen, kan hij samen met de hulpverlener en zijn eventuele naaste beslissen over bijvoorbeeld de meest wenselijke therapie of aanpak. (Zie ook paragraaf 4.2.2)

Vanaf de start dient duidelijk te zijn dat het doel van de gesprekken is om te komen tot een gezamenlijk genomen besluit. Onderzoek heeft laten zien dat 'shared decision making' een effectieve strategie is, waarbij bereikt wordt dat de cliënt aan het eind van het proces onder andere meer kennis en een beter begrip heeft van de mogelijkheden en onmogelijkheden; meer achter de genomen beslissingen staat; beter meewerkt; en meer zelfvertrouwen heeft ten opzichte van de keuzes dan wanneer 'shared decision making' niet is toegepast (Coulter & Collins, 2011).

De hulpverlener dient erop gericht te zijn, de cliënt van alle relevante informatie te voorzien dan wel de cliënten te ondersteunen bij het verwerven van deze kennis. Dit kan door psycho-educatie maar ook door de cliënt te wijzen op andere informatiebronnen: brochures, websites, cliëntenorganisaties en dergelijke (zie 4.3.1). De hulpverlener ondersteunt de cliënt bij het afwegen van de kennis. Het CBO (2014, p. 25) plaatst hierbij een belangrijke kanttekening: *Patiënten zullen niet vanzelfsprekend de regie (kunnen) nemen en de eigen prioriteiten voorop te durven stellen. Het respect voor de deskundigheid en autoriteit van zorgverleners is vaak diepgeworteld. Dit betekent ook dat patiënten het vertrouwen moeten hebben dat hun mening telt, dat zij open en eerlijk kunnen zijn over de successen en minder goede resultaten van hun inspanningen. Voor zorgverleners is de uitdaging zich bewust te zijn van de rol die zij zelf kunnen spelen, om uit bestaande routines te breken, om de kwaliteit van hun zorg af te lezen uit klinische resultaten én uit de ervaren baat door patiënten en het vertrouwen waarmee patiënten de problemen die de ziekte met zich meebrengt, tegemoet treden. Inzicht en*

*vertrouwen in eigen kunnen helpen de patiënt om dingen anders te doen en zo klachten te verminderen en beperkingen tegen te gaan.*

#### *5.1.5 Bedacht zijn op verwaarlozing*

Zo veel mogelijk de autonomie bij de cliënt laten betekent niet dat de hulpverlener zich kan terugtrekken. Dus niet: *"De cliënt is zelf verantwoordelijk, wij als hulpverleners niet. Als de cliënt niet gemotiveerd is, dan wij ook niet."* Een hulpverlener mag zelfmanagement nooit zien als een excuus om niets te doen (Engels & Dijcks, 2010).<sup>1</sup> De hulpverlener motiveert en activeert. Hij laat de regie waar mogelijk bij de cliënt, bevordert waar nodig de eigen kracht van de cliënt, en biedt ondersteuning waar nodig (LPGGz, 2014; Wollaars, 2014).

#### *5.1.6 Gericht zijn op coaching*

De hulpverlener is behandelaar én coach, de cliënt is medebehandelaar én regisseur (CBO 2014). Hulpverleners doen er goed aan om hun expertrol vooral als coach vorm te geven. Het bewust worden van deze rollen maakt het voor hulpverlener en cliënt makkelijker om er specifiek aan te werken.

De coaching kan zich onder andere richten op het vergroten van het vertrouwen in eigen kunnen bij de cliënt (ook wel *self-efficacy* genoemd). Een open houding is wenselijk. Alles is bespreekbaar; ook taboeonderwerpen zoals een doodswens en zelfbeschadiging.

Hoe meer vertrouwen in eigen kunnen, hoe groter de kans dat (LAZ, 2010):

- een cliënt een groter aandeel kan en durft te nemen in de eigen zorg
- een verandering wordt volgehouden c.q. een interventie werkt.

Het opbouwen van het vertrouwen in eigen kunnen is van essentieel belang voor mensen willen zij een groter aandeel kunnen en durven nemen in de eigen zorg (de Silva, 2011). Dit geldt niet alleen in de beginfase maar in elke fase waarin er (grote) veranderingen optreden.

Hoe meer vertrouwen er is, hoe groter de kans dat mensen regie willen en durven pakken, weloverwogen keuzes maken en noodzakelijke veranderingen in leefstijl aanbrengen en volhouden.

#### *5.1.7 Perspectievolle benadering*

De hulpverlener hanteert een perspectievolle benadering door samen met de cliënt te onderzoeken waar de cliënt behoefte aan heeft en de cliënt te ondersteunen bij het zoeken naar oplossingsrichtingen. De hulpverlener biedt hoop en straalt uit vertrouwen te hebben in het kunnen van de cliënt. De hulpverlener kijkt niet alleen naar de psychische kwetsbaarheid, maar ook naar de mens en zijn of haar interesses en mogelijkheden.

#### *5.1.8 Gericht zijn op het betrekken van de naasten*

Een persoon is niet los te zien van zijn sociale omgeving. Het zou dan ook vanzelfsprekend moeten zijn om naasten te betrekken (LPGGz, 2015).

De uitgangspunten hierbij zijn:

- Het betrekken van naasten gebeurt altijd in samenspraak met de cliënt.

- De naasten worden betrokken tenzij er zwaarwegende argumenten zijn om het niet te doen en/of de naasten niet of beperkt in beeld zijn.
- De hulpverlener maakt onderlinge afspraken met de naasten. De naasten worden erkend als essentiële hulpbron, en worden als partner in de zorg behandeld.
- Naasten spelen ook een rol bij andere aspecten in het leven van de cliënt. Denk bijvoorbeeld aan werk, sport en hobby's. De hulpverlener kan hierover afspraken maken met de naasten.

Naasten kunnen zelf ook ondersteuning gebruiken, bijvoorbeeld in het leren omgaan met een partner, ouder of kind met psychische problemen. Of het omgaan met de cliënt die het leven meer in eigen hand probeert te nemen. Belangrijk is dat de hulpverlener oog heeft voor de draagkracht en draaglast van de naasten, voordat ook zij te kampen krijgen met psychische problemen.

## **5.2 Samenvatting**

Veel van de attitude aspecten die genoemd worden in dit hoofdstuk zijn feitelijk vrij basale houdingsaspecten waarover elke hulpverlener zou moeten beschikken. Toch zijn er een aantal uitgelicht omdat ze aan de basis staan van goede ondersteuning van zelfmanagement. Wat cliënten belangrijk vinden in het leven, het verbeteren van hun kwaliteit van leven, gaat veelal verder dan het onder controle krijgen van de psychische aandoening. Veel veranderingen die cliënten wensen, liggen op het sociaal maatschappelijke domein. Dit betekent voor hulpverleners mogelijk een andere rolinvulling en een nadere oriëntering op de grenzen van het eigen hulpverlenersschap.

Een goede relatie tussen cliënt en hulpverlener is nastrevenswaardig. Het gaat om een relatie waarin ieder zijn eigen rol en positie heeft en er een gelijkwaardige inbreng is. Dit impliceert de gelijke waardering van ervaringskennis en professionele kennis en kan leiden tot samenwerking waarbij de synthese van beide leidend is. Dit kan resulteren in gezamenlijke besluitvorming over de weg die de cliënt (al dan niet samen met de hulpverlener) gaat nemen om zijn doel te bereiken.

Van belang is dat hulpverleners hun cliënten een strategie leren om zelf problemen op te lossen. Hiervoor hebben cliënten vaardigheden nodig als probleemoplossend vermogen, het kunnen stellen en realiseren van persoonlijke doelen, gezondheid bevorderend handelen en grenzen stellen en een constructieve, actieve houding en benadering. In hoeverre het een cliënt lukt om deze vaardigheden te verwerven, zal van persoon tot persoon verschillen. Een coachende rol van de hulpverlener is hierbij hoe dan ook essentieel.

Hulpverleners kunnen er naar streven om zo veel mogelijk de autonomie bij de cliënt laten maar ze moeten altijd bedacht zijn op verwaarlozing. Niet iedereen is in staat het leven (volledig) in eigen hand te nemen.

Een van de belangrijkste houdingsaspecten is een perspectiefvolle grondhouding. Een hulpverlener dient uit te stralen vertrouwen te hebben in het kunnen van de cliënt.

De hulpverlener dient het een vanzelfsprekendheid te vinden om naasten te betrekken. Dit gebeurt altijd in samenspraak met de cliënt. De naasten kunnen een partner zijn in de zorg en er dient ook aandacht te zijn voor hun noden.

### **5.3 Conclusie**

De attitude van een hulpverlener is essentieel bij het ondersteunen van zelfmanagement. Denk hierbij aan het werken vanuit een gelijkwaardige houding en gezamenlijke besluitvorming. Een hulpverlener die vertrouwen uitstraalt in het kunnen van de cliënt, stimuleert hem om de regie over het leven weer meer op te pakken. Hierbij moet een cliënt nooit losgezien worden van zijn omgeving en het is dan ook van belang om aandacht te besteden aan de naasten.

### **5.4 Aanbevelingen**

- Kijk verder dan de aandoening. Wees gericht op (versterking van) het zelfoplossend vermogen van cliënten, veerkracht en het vermogen om regie te voeren.
- Streef naar samenwerking en gezamenlijke besluitvorming, waarbij in alle stappen goed wordt geluisterd en wordt aangesloten bij het perspectief, de wensen en de behoeften van de cliënt.
- Blijf bedacht op de mogelijkheden en onmogelijkheden rondom zelfmanagement: maak samen met de cliënt en diens naaste een inschatting van welke mate van zelfregie voor een cliënt mogelijk en wenselijk is.
- Hanteer een positieve benadering: Richt je eerder op wat de cliënt (al) wel kan dan op wat hij niet kan.
- Luister goed naar de cliënt; hoor écht wat de cliënt wilt of vraagt en controleer of je de cliënt goed begrepen hebt. Het gaat om zorg op maat en advies op maat. De mening van de cliënt is leidend voor de aanpak van de problematiek.
- Blijf altijd onderzoeken wat de mogelijkheden en onmogelijkheden van de cliënt zijn; blijf altijd alert op hoe het met de motivatie van de cliënt gaat; laat interventies daar op flexibele wijze op aansluiten.
- Onderzoek over welke levensgebieden de cliënt zelf de regie wil voeren en over welke (nog) niet.
- Betrek en erken naasten als het even kan als essentiële hulpbron, rekening houdend met de mogelijkheden en onmogelijkheden binnen families (met toestemming van de cliënt). Heb daarnaast ook oog voor de draagkracht en draaglast van de naasten en wees ervan bewust dat naasten ook ondersteuning bij zelfmanagement nodig kunnen hebben.

## 5.5 Literatuur

CBO (2014). *Zorgmodule zelfmanagement 1.0. Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten*. Utrecht: CBO.

Coulter, A., & Collins A. (2011). *Making shared decision-making a reality: No decision about me, without me*. London: The King's Fund.

Engels, J., & Dijcks, B. (2010). *Zelfmanagement: Verkenning en agendasetting. Oriënterend onderzoek onder patiëntvertegenwoordigers, professionals en onderzoekers naar de betekenis van zelfmanagement bij chronische aandoeningen*. Utrecht: Vilans.

LAZ (2010). *Verkenkend onderzoek zelfmanagement 2010: Bevindingen en adviezen vanuit de ziektespecifieke werkgroepen van het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement NPCF-CBO*. S.L.: NPCF, CBO.

LPGGz (2014). *Zelfmanagement en passende zorg: Programma's van eisen*. Utrecht: LPGGz.

LPGGz (2015). *Werken aan zelfmanagement en passende zorg*. Utrecht: LPGGz.

Rijnders, P., & Heene, E. (2015). Het KOP-model: Een generalistische richtlijn voor de Basis GGZ. *GZ-Psychologie*, 5, 26-29.

Silva, D. de (2011). *Evidence: Helping people help themselves*. London: the Health Foundation.

Wollaars M. (2014). *Bouwstenen en passende zorg*. Utrecht: LPGGz.

## 6. Randvoorwaarden organisatie van zorg

### 6.1 Inleiding

Uitgangsvragen:

Aan welke randvoorwaarden dient de zorgorganisatie te voldoen om zelfmanagementmogelijkheden van de cliënt te optimaliseren?

- Is het hierbij relevant om de positie van familie/naasten mee te nemen?

Naast aspecten die van toepassing zijn op de competenties van de individuele hulpverleners zoals het beschikken over kennis, vaardigheden, attitude en visie, zijn er factoren in de zorgorganisatie die bevorderend dan wel belemmerend zijn bij de ondersteuning van zelfmanagement. Het ondersteunen van zelfmanagement speelt zich niet af in een geïsoleerde omgeving, maar in de context van het leven van de cliënt. Er moet dus met verschillende randvoorwaarden rekening worden gehouden. Meer focus op het ondersteunen van zelfmanagement vraagt om een kritische blik op de organisatie van de zorg (CBO, 2014). Georganiseerd moet worden dat cliënten optimaal met zelfmanagement bezig kunnen zijn en dat hulpverleners zelfmanagement kunnen ondersteunen.

In het navolgende worden praktische suggesties gedaan die betrekking hebben op de volgende randvoorwaarden. Waar mogelijk wordt verwezen naar bestaande producten die er op nageslagen kunnen worden.

- Organisatie van de zorg(processen)
- Samenwerking op teamniveau en in de zorgketen
- Scholing van de hulpverleners
- Beschikbaarheid van zelfmanagement- dan wel zelfhulpinstrumenten
- Ondersteunende ICT en nieuwe technologieën
- Financiering
- Wet- en regelgeving

#### 6.1.1 *Organisatie van de zorg(processen)*

Individuele hulpverleners kunnen hun werkwijze aanpassen zodat ze beter in staat zijn hun cliënten te ondersteunen bij het verbeteren van de zelfmanagementvaardigheden. Dit vergt vervolgens wijzigingen in de organisatie van zorg: Zorgorganisaties moeten zelfmanagementondersteuning integraal opnemen in hun zorgaanbod. Allereerst op teamniveau: het team dient een gezamenlijke visie op zelfmanagement te hebben dan wel te ontwikkelen. Zie hiervoor het tien stappen plan van Vilans: [Klik hier](#). Daarnaast dienen de werkprocessen aangepast te worden. Zelfmanagement wordt zo ingepast in elk consult: bijvoorbeeld door samen online een zelfhulp tool te bekijken

Zo zelfstandig mogelijk leven kan betekenen minder contact met de hulpverlening, maar vraagt wel om een goede toegankelijkheid van zorg als dit nodig is. Een verbreding van contactmogelijkheden behoort tot de opties. Daarnaast kunnen op organisatieniveau de mogelijkheden verkend worden om bijvoorbeeld de tijdsduur van het consult te flexibiliseren zodat aan de start van de behandeling voldoende tijd geïnvesteerd kan worden in kennisoverdracht (langere of meer frequente consulten). Mogelijk kan de frequentie van de face-to-face consulten verminderen wanneer de cliënt meer het heft in eigen hand neemt.

Let hierbij echter wel op dat er wel behoefte kan blijven aan tussentijds contact (e-mail, telefonisch, beeldbellen) of ander contact (groepsbijeenkomsten, huisbezoeken). Bij dit alles lopen hulpverleners doorgaans aan tegen de beperkingen van het zorgverzekeringsstelsel omdat ze te maken hebben met een budgetplafond (zie paragraaf 6.1.6).

### *6.1.2 Samenwerking op teamniveau en in de zorgketen*

Afstemming op teamniveau is wezenlijk. Zelfmanagement impliceert veelal een verschuiving van de verantwoordelijkheden wanneer een cliënt meer zelf in de hand neemt. Teamleden moeten zich vertrouwd (veilig) voelen bij een bepaalde benadering, bijvoorbeeld wanneer een cliënt met minder behandeling of begeleiding zijn leven oppakt. Hierover moeten in het team afstemming zijn en duidelijke afspraken gemaakt worden zodat een team één lijn kan trekken, in taken en verantwoordelijkheden. Alle betrokkenen dienen te weten in welke mate de cliënt zelfredzaam is. Dit zorgt ervoor dat de cliënt op een eenduidige manier kan worden benaderd.

Een goede afstemming, samenwerking en informatie-uitwisseling tussen verschillende hulpverleners in de zorgketen en met cliënt, liefst in samenwerking met naasten, is van belang omdat cliënten ondersteuning wellicht deels op andere plaatsen gaan zoeken.

Er dient naast aandacht voor de psyche ook aandacht te zijn voor andere levensgebieden die (deels) buiten zorg vallen: wonen, werk/opleiding, het opbouwen van sociale relaties, zinvolle dagbesteding en vrijetijdsbesteding. Hiervoor is afstemming met vrijwilligersorganisaties, zelfhulpinitiatieven, huisartsen, wijkteams en dergelijke wezenlijk. Eén en ander is alleen al van belang om de zorgketen in kaart te brengen en onderlinge verwijzingen te vergemakkelijken.

### *6.1.3 Scholing van de hulpverleners*

Zorgorganisaties dienen te investeren in het nieuwe cliëntbeeld bij hulpverleners. In de opleiding tot zorgverlener, evenals in nascholingstrajecten zal meer aandacht moeten zijn voor de verschillende fasen van gezondheid van de cliënt en de verschillende rollen die de zorgverlener of een andere dienstverlener hierbij heeft (Gerads, 2010).

Hulpverleners dienen over de gewenste vaardigheden te beschikken om cliënten optimaal te kunnen ondersteunen bij zelfmanagement. Het gaat om het aanleren en up-to-date houden van bijvoorbeeld gesprekstechnieken als [motiverende gespreksvoering](#) of het versterken van de coachende vaardigheden. Overigens zijn dergelijke cursussen niet een eenmalige exercitie maar is 'onderhoud' noodzakelijk.

Ook trainingen die vanuit cliënten zijn opgezet zijn relevant. Zo biedt de LSR, steunpunt en koepelorganisatie voor cliëntenraden in de gehandicapten- en curatieve sector, de cursus '[Cliënten Trainen Hulpverleners](#)' (CTH). De training koppelt ervaringskennis van de cliënt aan deskundigheid van de hulpverlener met als doel samen tot een betere, effectievere en cliëntgerichte zorg te komen. Tijdens de focusgroep adviseerden de cliënten- en familievertegenwoordigers: Laat hulpverleners tijdens hun studie al contact hebben met ervaringsdeskundigen.

#### 6.1.4 *Ondersteunende ICT en nieuwe technologieën*

Ondersteunende informatie- en communicatietechnologie (ICT) en computer- en internetgebruik is niet meer weg te denken uit de huidige zorgpraktijk. Het spreekt voor zich dat hulpverleners over voldoende computer- en internetvaardigheden moeten beschikken om cliënten te kunnen ondersteunen bij internet en computergebruik in het kader van zelfmanagement. Zie de zorgstandaard Digitale zorg.

Bij het gebruik van ICT in het kader van zelfmanagement kan aan veel verschillende zaken gedacht worden:

- Online communicatie tussen cliënten en hulpverleners (vergelijk gebruik e-mail of videocontact via bijvoorbeeld Skype)
- Mogelijkheden om online afspraken te maken met hulpverleners zodat een cliënt iets kan plannen op een moment dat hem uitkomt.
- Online beschikbare zelfhulpinstrumenten.
- Het elektronisch patiënten dossier (EPD) waarmee (indien de cliënt daar toestemming voor geeft) efficiënter informatie uitgewisseld kan worden in de zorgketen zodat de cliënt niet telkens opnieuw zijn verhaal moet doen. Denk ook aan het online toegankelijk maken van het signaleringsplan voor verschillende partijen die een rol vervullen in geval van (dreigende) crisis.
- Een persoonlijk gezondheidsdossier waarin cliënten gegevens over zich zelf bij kunnen houden en waar de hulpverlener toegang toe kan krijgen.
- De ontwikkeling van apps
- Het digitaal beschikbaar stellen van informatie.
- Het monitoren van de aandoening, bijvoorbeeld de stemming bijhouden in een stemmingsmeter. Het meten van bloedwaarden en het digitaal verwerken.

De mogelijkheden zijn talloos en het gebruik van ICT in de zorgpraktijk lijkt alleen maar toe te nemen. Zorgorganisaties dienen hierin proactief te handelen en hun cliënten waar mogelijk toegang te geven tot de uiteenlopende ICT-toepassingen. Hierbij is het wel van belang om rekening te houden met de privacy-gevoeligheid van bepaalde informatie

#### 6.1.5 *Financiering*

Financiers kunnen de hulpverleners die zij contracteren, stimuleren tot het ondersteunen van zelfmanagement. Het thema zelfmanagement zou een vast agendapunt moeten zijn bij de zorginkoopgesprekken van de verzekeraar met de zorgaanbieder. Van belang is dat cliëntenvertegenwoordigers bij deze gesprekken betrokken worden opdat zij zelf het belang van zelfmanagement voor het voetlicht kunnen brengen. Mogelijk moet een andere financieringsconstructie bedacht worden voor deze nieuwe vorm van zorgverlening. Op termijn is het denkbaar dat het een kostenbesparing oplevert maar in eerste instantie vergt het mogelijk een investering in de nieuwe vorm van zorg die aan de cliënt geboden wordt.

Het huidige zorgverzekeringsstelsel is naar verwachting niet flexibel genoeg om de mogelijkheden op het gebied van zelfmanagement te optimaliseren. Mede door het budgetplafond en de administratieve druk hebben hulpverleners momenteel onvoldoende tijd om cliënten voldoende te informeren gedurende het proces van diagnosestelling en de daarop volgende behandelfase. De mogelijkheden voor gezamenlijke besluitvorming en het gezamenlijk zoeken naar behandel en ondersteuningsopties staan hierdoor onder druk.

### 6.1.6 Wet- en regelgeving

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) heeft in 2013 een advies opgesteld onder de titel "[Nieuwe verhoudingen in de spreekkamer/De participerende patiënt](#)". Dit advies handelt over een nieuwe rolverdeling tussen hulpverlener en cliënt (Legemaate, 2013). Het gaat om de veranderingen 'in de verdeling van verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid tussen zorgverlener en zorgvrager, zoals thans neergelegd in de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)* en de Wet klachtenrecht cliënten zorgsector ([Wklcz](#)), door ontwikkelingen als gezamenlijke besluitvorming en zelfmanagement. Het gaat ook om nieuwe rechten van de cliënt als het recht op keuze-informatie. Het gaat te ver om hier in dit kader diep op in te gaan maar het is duidelijk dat door de veranderende verhoudingen de wet- en regelgeving hier en daar ook weer tegen het licht moet worden gehouden. Voor meer informatie zie de RVZ rapportage.

## 6.2 Samenvatting

Er moet met verschillende randvoorwaarden rekening worden gehouden bij het ondersteunen van zelfmanagement. De hulpverlener kunnen het niet alleen en hebben hiervoor ook een 'zelfmanagement ondersteunende omgeving' nodig. Het gaat onder andere om:

- Het aanpassen van de organisatie van de zorgprocessen waaronder het flexibiliseren van de frequentie van hulpverleningscontacten.
- Het organisatie breed ontwikkelen van een gezamenlijke visie op zelfmanagement.
- Intensieve samenwerking op teamniveau en in de zorgketen zodat geanticipeerd kan worden op de (gedeeltelijke) verschuiving van de verantwoordelijkheden van hulpverlener naar cliënt. Daarnaast gaat het om afstemming, samenwerking en informatie-uitwisseling tussen verschillende hulpverleners in de zorgketen en met cliënt (en waar mogelijk naasten) zodat overal de werkwijze zo veel mogelijk overeenkomt.
- Scholing van de hulpverleners om de voor zelfmanagementondersteuning relevante vaardigheden op peil te houden dan wel te ontwikkelen. Denk aan gespreksvaardigheden als motiverende gesprekvoering maar ook aan computer- en internetvaardigheden.
- Het beschikbaar stellen van ondersteunende ICT en nieuwe technologieën. Denk aan mogelijkheden voor online communicatie tussen cliënt en hulpverlener en de beschikbaarheid van online informatie en zelfhulpinstrumenten.
- Financiering die niet alleen op doelmatigheid gericht dient te zijn maar ook rekening houdt met het bevorderen van eigen regie en zorg op maat.
- Aandacht hebben voor wet- en regelgeving en de veranderende verhoudingen tussen hulpverlening en cliënten. Er is in de afgelopen jaren al veel geregeld en het is goed om er kennis van te nemen.

## 6.3 Conclusie

De hulpverlener dient over voldoende kennis, vaardigheden en een passende attitude te beschikken om zelfmanagement van cliënten optimaal te kunnen ondersteunen. Dit zijn echter niet de enige factoren die van belang zijn. In dit hoofdstuk is ook benadrukt dat andere zaken ook aandacht behoeven, waaronder visieontwikkeling, scholingsmogelijkheden, ondersteuning door ICT en financiering. De hulpverleners

hebben hier niet altijd invloed op en hierbij wordt dan ook actie verwacht van andere 'partijen' zoals het management van de zorgorganisatie, financiers en andere stakeholders.

## **6.4 Aanbevelingen**

- Hulpverleners zouden ruimte moeten krijgen voor relevante scholing op het gebied van de ondersteuning van zelfmanagement.
- Contactmogelijkheden zouden geflexibiliseerd moeten kunnen worden, bijvoorbeeld door het inzetten van blended care.
- Effectieve interventies zouden beschikbaar moeten worden gemaakt voor cliënten en professionals en eventuele scholing hiervoor mogelijk gemaakt.
- De zorgorganisatie dient proactief te handelen op het gebied van ICT-toepassingen en nieuwe technologieën en de cliënten waar mogelijk toegang te geven.
- De zorgorganisatie moet binnen teams en in de zorgketen de afstemming, samenwerking en informatie-uitwisseling faciliteren, bijvoorbeeld rond het ontwikkelen van een gezamenlijke visie.

## 6.5 Literatuur

CBO (2014). *Zorgmodule zelfmanagement 1.0. Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten*. Utrecht: CBO.

Gerads, R. (2010). *De patiënt als gezagvoerder, de dokter als copiloot: De weg naar een gedigitaliseerde zorgrelatie*. Den Haag: NICTIS en RVZ.  
<http://www.zelfmanagement.com/thema-s/e-health/uitgelicht/>

Legemaate, J. (2013). *Nieuwe verhoudingen in de spreekkamer: Juridische aspecten*. Achtergrondstudie RVZ-advies. Amsterdam: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RvS).

## **Bijlagen**

1. Uitgangsvragen Zorgstandaard Zelfmanagement
2. Review protocol
3. Search history zelfmanagement bij ggz problematiek
4. Evidence tabellen
5. Online bronnen voor zelfmanagement instrumenten, zelfhulptools voor cliënten en achtergrondinformatie en tools voor hulpverleners

## Bijlage 1 Uitgangsvragen zorgstandaard zelfmanagement

| Thema's / hoofdstukken              | Hoofdvraag | Uitgangsvragen per thema                                                                                                       | Methode                                                              |
|-------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>A. Visie op zelfmanagement</b>   | <b>1.</b>  | A.1 Welke visie(s) op zelfmanagement is/zijn relevant om zelfmanagement mogelijkheden samen met de cliënt te onderzoeken?      | Beschikbare bronnen analyseren, eventueel beperkte literatuur search |
|                                     | Subvraag   | A.1.1 Zijn er gemeenschappelijke elementen in de verschillende visies te onderkennen?                                          | Analyse resultaten uit bovenstaande search                           |
|                                     | Subvraag   | A.1.2 Welke documenten, instrumenten en tools faciliteren dit proces?                                                          | Analyse resultaten uit bovenstaande search                           |
|                                     | Subvraag   | A.1.3 Is het hierbij relevant om de positie van familie/naasten mee te nemen?                                                  | Vraag meenemen in bovenstaande search                                |
| <b>B. Kennis van zelfmanagement</b> | <b>2.</b>  | B.1 Over welke kennis dient een hulpverlener te beschikken om zelfmanagement mogelijkheden samen met de cliënt te onderzoeken? | Beschikbare bronnen analyseren, eventueel beperkte literatuur search |
|                                     | Subvraag   | B.1.1 Is hierin een relevant onderscheid te maken naar specifieke cliëntengroepen?                                             | Vraag meenemen in bovenstaande search                                |
|                                     | Subvraag   | B.1.2 Is het hierbij relevant een onderscheid te maken naar de fase van behandeling/herstel/aandoening de cliënt zit?          | Vraag meenemen in bovenstaande search                                |
|                                     | Subvraag   | B.1.3 Is het hierbij relevant om de positie van familie/naasten mee te nemen?                                                  | Vraag meenemen in bovenstaande search                                |
|                                     | Subvraag   | B.1.4 Welke documenten, instrumenten en tools faciliteren dit proces?                                                          | Inventarisatie beschikbare bronnen en links                          |

| Thema's / hoofdstukken              | Hoofdvraag | Uitgangsvragen per thema                                                                                                             | Methode                                                                                                                                           |
|-------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>C. Attitude hulpverlener</b>     | <b>3.</b>  | C.1 Welke attitude van de hulpverlener is relevant om zelfmanagement mogelijkheden samen met de cliënt te onderzoeken?               | Beschikbare bronnen analyseren, eventueel beperkte literatuur search Focusgroep/concept map onder cliënten/naasten en hulpverleners? Vragenlijst? |
|                                     | Subvraag   | C.1.1 Is hierin een relevant onderscheid te maken naar specifieke cliëntengroepen?                                                   | Vraag meenemen in bovenstaande search                                                                                                             |
|                                     | Subvraag   | C.1.2 Is hierbij het relevant een onderscheid te maken naar de fase van behandeling/herstel/aandoening de cliënt zit?                | Vraag meenemen in bovenstaande search                                                                                                             |
|                                     | Subvraag   | C.1.3 Is het hierbij relevant om de positie van familie/naasten mee te nemen?                                                        | Vraag meenemen in bovenstaande search                                                                                                             |
|                                     | Subvraag   | C.1.4 Welke documenten, instrumenten en tools faciliteren dit proces?                                                                | Inventarisatie beschikbare bronnen en links                                                                                                       |
| <b>D. Vaardigheden hulpverlener</b> | <b>4.</b>  | D.1 Over welke vaardigheden dient een hulpverlener te beschikken om zelfmanagement mogelijkheden samen met de cliënt te onderzoeken? | Beschikbare bronnen analyseren, eventueel beperkte literatuur search Focusgroep/concept map onder cliënten/naasten en hulpverleners? Vragenlijst? |
|                                     | Subvraag   | D.1.1 Is hierin een relevant onderscheid te maken naar specifieke cliëntengroepen?                                                   | Vraag meenemen in bovenstaande search                                                                                                             |
|                                     | Subvraag   | D.1.2 Is hierbij het relevant een onderscheid te maken naar de fase van behandeling/herstel/aandoening de cliënt zit?                | Vraag meenemen in bovenstaande search                                                                                                             |
|                                     | Subvraag   | D.1.3 Is het hierbij relevant om de positie van familie/naasten mee te nemen?                                                        | Vraag meenemen in bovenstaande search                                                                                                             |
|                                     | Subvraag   | D.1.4 Welke documenten, instrumenten en tools faciliteren dit proces?                                                                | Inventarisatie beschikbare bronnen en links                                                                                                       |

| Thema's / hoofdstukken                         | Hoofdvraag | Uitgangsvragen per thema                                                                                                         | Methode                                                    |
|------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>E. Randvoorwaarden organisatie van zorg</b> | <b>7.</b>  | E.1 Aan welke randvoorwaarden dient de zorgorganisatie te voldoen om zelfmanagementmogelijkheden van de cliënt te optimaliseren? | Beschikbare bronnen analyseren                             |
|                                                | Subvraag   | E.1.1 Is het hierbij relevant om de positie van familie/naasten mee te nemen?                                                    | Vraag meenemen in bovenstaande search                      |
| <b>F. Inhoud cliëntenversie</b>                | <b>8</b>   | F.1 Welke informatie hebben cliënten en familie/naasten nodig om zelfmanagementvaardigheden (verder) te ontwikkelen?             | Concept mapping<br>bijeenkomst/focusgroep.<br>Vragenlijst? |

## Bijlage 2 Review protocol

| Onderwerp                                              | Effectiviteit van zelfmanagement interventies in de GGZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Uitgangsvragen</b>                                  | Wat is de effectiviteit van zelfmanagement voor mensen die ondersteuning, zorg en/of behandeling ontvangen van de ggz?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Criteria voor inclusie van studies in de review</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| • <i>Populatie</i>                                     | Alle cliënten die in behandeling zijn van de ggz                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| • <i>Interventie</i>                                   | Zelfmanagement interventies die gericht zijn op het psychisch en sociaal maatschappelijk functioneren van de cliënt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| • <i>Vergelijking</i>                                  | Gebruikelijke zorg, ondersteuning en behandeling die ggz-hulpverleners bieden                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| • <i>Kritische Uitkomstmaten</i>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteit van leven</li> <li>• Toename self-efficacy</li> <li>• Aantal terugvallen</li> <li>• Duur van opnames</li> <li>• Vertrouwen in eigen herstel</li> <li>• Doeloriëntatie (onderzoek rond WRAP)</li> <li>• Kennis over de aandoening</li> <li>• Mate van activering</li> <li>• Empowerment</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| • <i>Studiedesign</i>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematic reviews met check of RCT's na verschijnen systematic review de conclusies kunnen veranderen; indien ja - update van systematic review, indien nee – bestaande review gebruiken om aanbevelingen op te baseren</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| • <i>Minimum omvang steekproef</i>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• RCT: &gt; 10 per arm</li> <li>• Exclusie van studies met &gt;50% attrition uit een arm van de trial (tenzij adequate statistiek is toegepast om te corrigeren voor missende data)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Search strategie</b>                                | [termen populatie criteria] AND [RCT, systematic review]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Databases searched</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• CINAHL, Medline, PreMedline, PsycINFO</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Data searched</b>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2000 tot 10 juli 2015</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>De review strategie</b>                             | <p>De informatiespecialist van het Ti gaat een literatuursearch doen en de reviewer zal het één en ander analyseren. Daarom moet er een wetenschappelijk te beantwoorden vraagstelling geformuleerd worden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bestaande systematic reviews vanaf 2000 worden geselecteerd, beoordeeld en verwerkt in een beschrijvende review.</li> <li>• If the reviewer identifies a systematic review appropriate to the review question, we will search for studies (with the best available design) conducted or published since the review was conducted, and the reviewer will assess if any additional studies could affect the conclusions of the previous review. If new studies could change the conclusions, we will update the review and conduct a new analysis. If new studies could not change the conclusions of an existing review, the Guideline Development Group will use the existing review to inform their recommendations.</li> </ul> |

### Bijlage 3 Search history zelfmanagement bij ggz problematiek

*Totalen:*

*RCT's:*

|          |      |
|----------|------|
| PsycInfo | 680  |
| PubMed   | 380  |
| Cinahl   | 140  |
| Totaal   | 1200 |

Ontdubbeld en 208 dubbele referenties verwijderd. Blijft over: 992.

*SR's MA's*

|          |     |
|----------|-----|
| PsycInfo | 187 |
| PubMed   | 160 |
| Cinahl   | 85  |
| Totaal   | 432 |

Ontdubbeld en 49 dubbele referenties verwijderd. Blijft over: 383.

*PsycInfo*

| #  | Query                                                                                                                                                    | Limiters/Expanders                                                                                                                    | Last Run Via                                                                                             | Results |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| S8 | ( S5 AND (rct OR random*) ) AND<br>CC ( 3200 OR<br>321* OR 322* OR<br>323* OR 325* OR<br>326* OR 3300 OR<br>331* OR 334* OR<br>335* OR 337* OR<br>338* ) | Limiters - Publication<br>Year: 2000-<br>Search modes -<br>Boolean/Phrase                                                             | Interface - EBSCOhost<br>Research Databases<br>Search Screen -<br>Advanced Search<br>Database - PsycINFO | 680     |
| S7 | S5 AND (rct OR random*)                                                                                                                                  | Limiters - Publication<br>Year: 2000-<br>Search modes -<br>Boolean/Phrase                                                             | Interface - EBSCOhost<br>Research Databases<br>Search Screen -<br>Advanced Search<br>Database - PsycINFO | 1,050   |
| S6 | S1 OR S3                                                                                                                                                 | Limiters - Publication<br>Year: 2000-;<br>Methodology: -<br>Systematic Review, -<br>Meta Analysis<br>Search modes -<br>Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost<br>Research Databases<br>Search Screen -<br>Advanced Search<br>Database - PsycINFO | 187     |

| #  | Query                                                                                                                                 | Limiters/Expanders                                                        | Last Run Via                                                                                             | Results |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| S5 | S1 OR S3                                                                                                                              | Limiters - Publication<br>Year: 2000-<br>Search modes -<br>Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost<br>Research Databases<br>Search Screen -<br>Advanced Search<br>Database - PsycINFO | 6,814   |
| S4 | S1 OR S3                                                                                                                              | Search modes -<br>Boolean/Phrase                                          | Interface - EBSCOhost<br>Research Databases<br>Search Screen -<br>Advanced Search<br>Database - PsycINFO | 11,221  |
| S3 | TI ( "self<br>management" OR<br>"self care" OR<br>"self help" ) OR<br>KW ( "self<br>management" OR<br>"self care" OR<br>"self help" ) | Search modes -<br>Boolean/Phrase                                          | Interface - EBSCOhost<br>Research Databases<br>Search Screen -<br>Advanced Search<br>Database - PsycINFO | 9,293   |
| S2 | DE "Self Help<br>Techniques"                                                                                                          | Search modes -<br>Boolean/Phrase                                          | Interface - EBSCOhost<br>Research Databases<br>Search Screen -<br>Advanced Search<br>Database - PsycINFO | 3,634   |
| S1 | DE "Self<br>Management" OR<br>DE "Self<br>Instructional<br>Training"                                                                  | Search modes -<br>Boolean/Phrase                                          | Interface - EBSCOhost<br>Research Databases<br>Search Screen -<br>Advanced Search<br>Database - PsycINFO | 5,063   |

| Recent queries      |                     |                                                                                                                          |                      |          |
|---------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------|
| Search              | Add to builder      | Query                                                                                                                    | Items found          | Time     |
| <a href="#">#41</a> | <a href="#">Add</a> | Search systematic[sb] AND (#31)                                                                                          | <a href="#">160</a>  | 08:52:59 |
| <a href="#">#40</a> | <a href="#">Add</a> | Search systematic[sb] AND (#31) Filters: Publication date from 2000/01/01                                                | <a href="#">160</a>  | 08:52:59 |
| <a href="#">#38</a> | <a href="#">Add</a> | Search #31                                                                                                               | <a href="#">2031</a> | 08:52:35 |
| <a href="#">#37</a> | <a href="#">Add</a> | Search #31 Filters: Publication date from 2000/01/01                                                                     | <a href="#">2031</a> | 08:52:34 |
| <a href="#">#36</a> | <a href="#">Add</a> | Search (Therapy/Narrow[filter]) AND (#31)                                                                                | <a href="#">380</a>  | 08:52:24 |
| <a href="#">#35</a> | <a href="#">Add</a> | Search (Therapy/Narrow[filter]) AND (#31) Filters: Publication date from 2000/01/01                                      | <a href="#">380</a>  | 08:52:24 |
| <a href="#">#31</a> | <a href="#">Add</a> | Search (#9 OR #30) Filters: Publication date from 2000/01/01                                                             | <a href="#">2031</a> | 08:51:47 |
| <a href="#">#32</a> | <a href="#">Add</a> | Search (#9 OR #30)                                                                                                       | <a href="#">2031</a> | 08:51:47 |
| <a href="#">#30</a> | <a href="#">Add</a> | Search (#27 AND #6)                                                                                                      | <a href="#">130</a>  | 08:51:17 |
| <a href="#">#29</a> | <a href="#">Add</a> | Search (#27 AND #6) Filters: Publication date from 2000/01/01                                                            | <a href="#">130</a>  | 08:51:16 |
| <a href="#">#28</a> | <a href="#">Add</a> | Search (#17 OR #19 OR #21)                                                                                               | <a href="#">272</a>  | 08:50:54 |
| <a href="#">#27</a> | <a href="#">Add</a> | Search (#17 OR #19 OR #21) Filters: Publication date from 2000/01/01                                                     | <a href="#">272</a>  | 08:50:54 |
| <a href="#">#26</a> | <a href="#">Add</a> | Search ("supported self help" [tiab] OR "supported self help"[ot])                                                       | <a href="#">0</a>    | 08:49:51 |
| <a href="#">#25</a> | <a href="#">Add</a> | Search ("supported self help" [tiab] OR "supported self help"[ot]) Schema: all Filters: Publication date from 2000/01/01 | <a href="#">0</a>    | 08:49:51 |
| <a href="#">#23</a> | <a href="#">Add</a> | Search ("supported self help" [tiab] OR "supported self help"[ot]) Filters: Publication date from 2000/01/01             | <a href="#">0</a>    | 08:49:51 |
| <a href="#">#21</a> | <a href="#">Add</a> | Search ("guided self care"[tiab] OR "guided self care" [ot]) Filters: Publication date from 2000/01/01                   | <a href="#">12</a>   | 08:49:11 |
| <a href="#">#22</a> | <a href="#">Add</a> | Search ("guided self care"[tiab] OR "guided self care" [ot])                                                             | <a href="#">14</a>   | 08:49:11 |
| <a href="#">#20</a> | <a href="#">Add</a> | Search "supported self care"[tiab] OR "supported self care"[ot]                                                          | <a href="#">9</a>    | 08:48:27 |

## Recent queries

| Search              | Add to builder      | Query                                                                                                     | Items found            | Time     |
|---------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------|
| <a href="#">#19</a> | <a href="#">Add</a> | Search "supported self care"[tiab] OR "supported self care"[ot] Filters: Publication date from 2000/01/01 | <a href="#">9</a>      | 08:48:27 |
| <a href="#">#18</a> | <a href="#">Add</a> | Search ("guided self help" [tiab] OR "guided self help" [ot])                                             | <a href="#">263</a>    | 08:47:37 |
| <a href="#">#17</a> | <a href="#">Add</a> | Search ("guided self help" [tiab] OR "guided self help" [ot]) Filters: Publication date from 2000/01/01   | <a href="#">251</a>    | 08:47:37 |
| <a href="#">#16</a> | <a href="#">Add</a> | Search systematic[sb] AND (#9)                                                                            | <a href="#">153</a>    | 08:36:22 |
| <a href="#">#15</a> | <a href="#">Add</a> | Search systematic[sb] AND (#9) Filters: Publication date from 2000/01/01                                  | <a href="#">153</a>    | 08:36:22 |
| <a href="#">#13</a> | <a href="#">Add</a> | Search (Therapy/Narrow[filter]) AND (#9)                                                                  | <a href="#">349</a>    | 08:36:02 |
| <a href="#">#12</a> | <a href="#">Add</a> | Search (Therapy/Narrow[filter]) AND (#9) Filters: Publication date from 2000/01/01                        | <a href="#">349</a>    | 08:36:01 |
| <a href="#">#9</a>  | <a href="#">Add</a> | Search (#3 AND #6) Filters: Publication date from 2000/01/01                                              | <a href="#">1974</a>   | 08:34:54 |
| <a href="#">#7</a>  | <a href="#">Add</a> | Search (#3 AND #6)                                                                                        | <a href="#">2624</a>   | 08:34:54 |
| <a href="#">#6</a>  | <a href="#">Add</a> | Search "Mental Disorders"[Mesh]                                                                           | <a href="#">976732</a> | 08:33:37 |
| <a href="#">#3</a>  | <a href="#">Add</a> | Search "Self Care"[Mesh:NoExp] OR "self management" [tiab] OR "self management" [ot]                      | <a href="#">29973</a>  | 08:32:54 |
| <a href="#">#2</a>  | <a href="#">Add</a> | Search "Self Care"[Mesh:NoExp]                                                                            | <a href="#">24707</a>  | 08:32:16 |

## CINAHL

| #   | Query     | Limiters/Expanders                                                                                                     | Last Run Via                                                                               | Results |
|-----|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| S11 | S3 AND S6 | Limiters - Published Date: 20100101-; Publication Type: Meta Analysis, Systematic Review Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL | 85      |
| S10 | S3 AND S6 | Limiters - Published Date: 20100101-; Randomized Controlled Trial Search modes - Boolean/Phrase                        | Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL | 140     |

|    |           |                                                                             |                                                                                                        |       |
|----|-----------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| S9 | S3 AND S6 | Limiters - Published<br>Date: 20100101-<br>Search modes -<br>Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost<br>Research Databases<br>Search Screen -<br>Advanced Search<br>Database - CINAHL | 1,880 |
| S8 | S3 AND S6 | Search modes -<br>Boolean/Phrase                                            | Interface - EBSCOhost<br>Research Databases<br>Search Screen -<br>Advanced Search<br>Database - CINAHL | 4,541 |
| S7 | S3 AND S6 | Search modes -<br>Boolean/Phrase                                            | Interface - EBSCOhost<br>Research Databases<br>Search Screen -<br>Advanced Search<br>Database - CINAHL | 4,541 |

| #  | Query                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Limiters/<br>Expanders        | Last Run Via                                                                               | Results |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| S6 | (MH "Mental Disorders+")<br>OR (MH "Adjustment Disorders+") OR (MH "Intellectual Disability+")<br>OR (MH "Mental Disorders Diagnosed in Childhood+")<br>OR (MH "Neurotic Disorders+") OR (MH "Organic Mental Disorders+") OR (MH "Personality Disorders+")<br>OR (MH "Psychophysiological Disorders+") OR (MH "Pregnancy Complications, Psychiatric+") OR (MH "Psychotic Disorders+")<br>OR (MH "Phenylketonuria+") OR (MH "Child Behavior Disorders+") OR (MH "Child Development Disorders+") OR (MH "Child Development Disorders, Pervasive+")<br>OR (MH "Communicative Disorders+") OR (MH "Somatoform Disorders+")<br>OR (MH "Munchausen Syndrome+") OR (MH "Factitious Disorders+")<br>OR (MH "Stress Disorders, Post-Traumatic+") OR (MH "Phobic Disorders+") OR (MH "Sexual Addiction+")<br>OR (MH "Obsessive-Compulsive Disorder+")<br>OR (MH "Anxiety Disorders+") OR (MH "Depression+") OR (MH "Affective Disorders+") OR (MH "Learning Disorders+") OR (MH "Feeding and Eating Disorders of Childhood+")<br>OR (MH "Behavioral and Mental Disorders") OR (MH | Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL | 368,236 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <p>"Eating Disorders+") OR<br/> (MH "Tic+") OR (MH "Self-Injurious Behavior") OR<br/> (MH "Self Neglect") OR<br/> (MH "Sleep Disorders+")<br/> OR (MH "Social Behavior Disorders+") OR (MH "Stress") OR (MH "Suicide") OR (MH "Dyssomnias+") OR (MH "Parasomnias+") OR (MH "Stress, Psychological+")<br/> OR (MH "Psychoses, Substance-Induced+") OR (MH "Psychoses, Alcoholic+") OR (MH "Organic Mental Disorders, Substance-Induced+") OR (MH "Substance Withdrawal Syndrome+") OR (MH "Impulse Control Disorders+") OR (MH "Substance Use Disorders") OR (MH "Substance Abuse+") OR (MH "Alcohol-Related Disorders+") OR (MH "Alcohol Amnestic Disorder+") OR (MH "Substance Dependence+") OR (MH "Bipolar Disorder+") OR (MH "Cyclothymic Disorder") OR (MH "Affective Disorders, Psychotic") OR (MH "Mental Disorders, Chronic") OR (MH "Organic Mental Disorders, Psychotic") OR (MH "Delusions") OR (MH "Dementia") OR (MH "Alcohol Withdrawal Delirium") OR (MH "Paranoid Disorders") OR (MH "Postpartum Psychosis") OR (MH "Schizoaffective Disorder") OR (MH "Schizophrenia")</p> |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             |                                                                                                           |        |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|    | OR (MH "Schizophrenia, Childhood") OR (MH "Alcohol Withdrawal Syndrome") OR (MH "Korsakoff Syndrome") OR (MH "Alcoholic Intoxication") OR (MH "Alcoholism") OR (MH "Binge Drinking") OR (MH "Wernicke's Encephalopathy") OR (MH "Inhalant Abuse") OR (MH "Substance Abuse, Intravenous") OR (MH "Alcohol Abuse") OR (MH "Psychosexual Disorders") |                                                                                                             |                                                                                                           |        |
| S5 | (MH "Self Care") OR TI ( "self management" OR "self help" OR "self care" ) OR AB ( "self management" OR "self help" OR "self care" )                                                                                                                                                                                                              | Limiters -<br>Published Date: 20100101-;<br>Randomized Controlled Trial<br>Search modes -<br>Boolean/Phrase | Interface -<br>EBSCOhost<br>Research Databases<br>Search Screen -<br>Advanced Search Database -<br>CINAHL | 539    |
| S4 | (MH "Self Care") OR TI ( "self management" OR "self help" OR "self care" ) OR AB ( "self management" OR "self help" OR "self care" )                                                                                                                                                                                                              | Limiters -<br>Published Date: 20100101-<br>Search modes -<br>Boolean/Phrase                                 | Interface -<br>EBSCOhost<br>Research Databases<br>Search Screen -<br>Advanced Search Database -<br>CINAHL | 10,198 |
| S3 | (MH "Self Care") OR TI ( "self management" OR "self help" OR "self care" ) OR AB ( "self management" OR "self help" OR "self care" )                                                                                                                                                                                                              | Search modes -<br>Boolean/Phrase                                                                            | Interface -<br>EBSCOhost<br>Research Databases<br>Search Screen -<br>Advanced Search Database -<br>CINAHL | 26,943 |

| #  | Query                                                                      | Limiters/<br>Expanders        | Last Run Via                                                                                        | Results |
|----|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| S2 | (MH "Self Care") OR TI ( "self management" OR "self help" OR "self care" ) | Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost<br>Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 21,695  |
| S1 | (MH "Self Care")                                                           | Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost<br>Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 20,305  |

## Bijlage 4 Evidence tabellen

Alle psychiatrische stoornissen  
SCHRANK2012

| Reference: Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A., & Slade, M. (2012).<br>Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review. <i>Social Science &amp; Medicine</i> , 74, 554-564. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Methods</b>                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>Study aim: (1) What are the main hope measures used in mental health research? (2) What predicts hope (i.e. determinants of hope)? <b>(3) What can people do to increase their own hope (i.e. self-management of hope)?</b> (4) What can mental health services do to enhance hope (i.e. interventions for hope)?</p> <p>Study design/ Analysis: This review applies systematic review techniques and a narrative synthesis approach in order to answer four questions in relation to people with mental disorders:</p> <p>Setting: -</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Patients</b>                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>Number of studies: K= 5 qualitative studies</p> <p>(Number of) patients: N= (As regards study participants we included studies on adults of working age with a past or present diagnosis of mental disorder, based on ICD or DSM, who use or have used mental health services.)</p> <p>Age:-</p> <p>Sex:-</p> <p>Inclusion: In terms of studies design we included intervention studies investigating hope as a primary or secondary outcome; repeated measures studies investigating predictors for hope; cross-sectional studies investigating the correlation of hope with other variables; and qualitative studies using established qualitative research methodology with at least three participants.</p> <p>Exclusion: Data on users of forensic services were not included. Data on hope of providers or carers were excluded.</p> <p>Baseline characteristics: Service user participants</p> |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Interventions</b> | <p>Intervention: Suggested self-management strategies for hope give practical advice on topics central to the concept of recovery, including illness management, meaning, relationships, peer support, the notion of normality and the importance of success.</p> <p>Control:-</p> <p>Follow-up time:-</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Outcome</b>       | <p>Primary: Hope</p> <p>Secondary: -</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Results</b>       | <p>Aim 3: self-management strategies to manage hope<br/>For Aim 3 (selfmanagement strategies) only qualitative data were available. The suggested self-management strategies for hope give practical advice on topics central to the concept of recovery, including illness management, meaning, relationships, peer support, the notion of normality and the importance of success:</p> <p>Meaning<br/>Use imagery to receive comfort (Kirkpatrick et al., 2001); Viewing nature as symbols of life and growth (Noh et al., 2008); Assume meaningful roles, e.g. mental health community educator (Houghton, 2007); Find a symbol of hope e.g. personally relevant picture (Miller &amp; Happell, 2006)</p> <p>Illness management<br/>Gain insight to illness and find strategies to monitor and manage it (Houghton, 2007); Work to recognise early warning signs of decompensation and prevent relapse (Kirkpatrick et al., 2001); Actively change one's thoughts, think and talk about hope, see oneself as capable of making a change (Kirkpatrick et al., 2001)</p> <p>Relationships<br/>Develop networks and gain support from a partner, children, friends or professionals (Houghton, 2007); Maintain positive relationships to significant others (Kirkpatrick et al., 2001); Talk to people (Miller &amp; Happell, 2006); Be with others rather than alone, develop a sense of belonging within social groups or networks (Perry et al., 2007)</p> <p>Peers<br/>Learn about successful peers (e.g. through first person accounts, inspirational lectures, prominent people coping with illness) (Kirkpatrick et al., 2001, Perry et al., 2007); Learn from people who face greater difficulties (Noh et al., 2008); Watch television programs about physically or mentally disabled (Noh et al., 2008)</p> |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                    | <p>Normality<br/>Look to the future and achieve 'normality' (Houghton, 2007); Have a routine (Perry et al., 2007)</p> <p>Experience success<br/>Find specific objects of hope (Kirkpatrick et al., 2001); Set realistic goals (Kirkpatrick et al., 2001); Accomplish small daily tasks or change selfdestructive behaviour (Kirkpatrick et al., 2001); Achieve goals in work (Kirkpatrick et al., 2001);</p> <p>Discussion<br/>The suggested self-management strategies, e.g. imaginary techniques, cognitive reframing, seeking information and education, and building, maintaining and using social relations, are of particular practical relevance to mental health service provision. They are likely to be well received by service users and constitute particularly promising components for future interventions targeted at increasing hope. The self-management strategies, similar to qualitative findings on determinants, stress the importance of relationships, not only with family and peers, but also very importantly with service staff. Positively oriented intervention techniques have been repeatedly introduced but marginalised in mental health care due to its dominant focus on symptoms and deficits (Becker &amp; Marecek, 2008; Cowen &amp; Kilmer, 2002). Such evidence based positive techniques are a focus of positive psychology. Their application in a mental health service context might be highly valuable in supporting and complementing the establishment of recovery orientation.</p> |
| <b>Quality Assessment (AMSTAR)</b> | <p><b>+</b>; <b>-</b>; <b>?</b>; <b>NA</b> (Not applicable)<br/>Yes, No, Can't answer, Not applicable</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Was an 'a priori' design provided? +</li> <li>2. Was there duplicate study selection and data extraction? +</li> <li>3. Was a comprehensive literature search performed? +</li> <li>4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion? +</li> <li>5. Was a list of studies (included and excluded) provided? +</li> <li>6. Were the characteristics of the included studies provided? +</li> <li>7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented?-</li> <li>8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?-</li> <li>9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate?+</li> <li>10. Was the likelihood of publication bias assessed?-</li> <li>11. Was the conflict of interest stated?-</li> </ol> <p>General conclusion: Good review, only qualitative data</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| Reference: Houle J, Gascon-Depatie M, B+®langer-Dumontier G, Cardinal C. Depression self-management support: A systematic review. Patient Education and Counseling 2013; 91(3):271-279 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Methods</b>                                                                                                                                                                         | <p>Study aim: To systematically review empirical evidence regarding the efficacy of depression self-management support (SMS) interventions for improving depression symptomatology and preventing relapse.</p> <p>Study design: RCT, quasi RCT (k=1) and cohort (k=1)</p> <p>Analysis: Narrative</p> <p>Setting: -</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Patients</b>                                                                                                                                                                        | <p>Number of studies: K= 13</p> <p>Number of patients: N=19-386 per study (n=110,104,386,267,99,19)</p> <p>Age: mean range 43-50</p> <p>Sex: 64-74% female</p> <p>Inclusion: publication in English after 1995, qualitative or quantitative outcomes, an adult population, self-management support intervention.</p> <p>Exclusion: papers that did not report outcome measures and studies not focus on depression</p> <p>Baseline characteristics: heterogeneity between studies: euthymic (k=3, met k=1 high risk for relapse), persons with major depression (k=2) en a high risk group with euthymic and depressed patients (k=1)</p> |
| <b>Interventions</b><br><b>(Ned tekst)</b>                                                                                                                                             | <p>Intervention: Groep (k=2), individueel (k=4, en 1 studie met ook familie sessies). De interventies bevatten in meer of minder mate de volgende onderdelen: actie plan, gedragsactivatie, shared descision making, coping, educatie, levensstijl, preventieplan, plan bij een terugval, aanleren van competenties, zelfmonitoring en therapietrouw.</p> <p>Control: gebruikelijk zorg</p> <p>Follow-up time:</p>                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Outcome</b><br><b>(Ned tekst)</b>                                                                                                                                                   | <p>Depressive symptoms, Relapse, Quality of life and Functioning, Self-management behaviour, self-efficacy en Healthcare use.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Results</b></p> <p><b>(Ned tekst)</b></p> | <p><i>Depressie symptomen:</i> Bij 3 studies verminderde symptomen en bij 2 werden geen verschillen gevonden.</p> <p><i>Relapse:</i> Bij 1 studie verminderde de relapsen (had voornamelijk met therapietrouw van groep sessies te maken). 3 studies vonden geen significante verschillen</p> <p><i>Quality of life and Functioning:</i> bij twee studies verbeterde het functioneren en bij één de kwaliteit van leven. Een ander studie vond geen statistisch significante resultaten.</p> <p><i>Selfmanagement behavior and self-efficacy:</i> 1 studie vond dat therapietrouw verbeterde en zelfverzekerder waren om met bijwerkingen om te gaan. Verder verbeterde in een andere studie de kennis over depressie en de wijze om preventief te handelen. Een studie vond een verbetering in self-efficacy en een ander vond dit niet.</p> <p><i>Zorggebruik:</i> 1 studie vond dat cliënten meer gebruik maakten van eerste lijn zorg voor bepaalde problemen (maar juist minder voor depressie gerelateerde problemen). Een ander onderzoek vond geen verschil in zorggebruik</p> <p>The results were mostly positive. A majority of the trials assessing depression severity changes found SMS to be superior to care as usual. SMS interventions were found to improve self-management behaviors and self-efficacy. Mixed results were found concerning relapse rates. Promising results were found on assessments of functional status. Based on the findings, cost-effectiveness remains unclear.</p> <p>Conclusion: SMS has been mostly examined through pilot studies with insufficient power. The results are promising, but larger randomized controlled trials are needed.</p> <p>Practice implications: SMS interventions can be administered by non-physician professionals and are well accepted by patients, but more research is needed before we can recommend implementing specific depression SMS approaches in primary care.</p> |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Quality Assessment (AMSTAR)</b> | <p><b>+</b>; <b>-</b>; <b>?</b>; <b>NA</b> (Not applicable)<br/> Yes, No, Can't answer, Not applicable</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Was an 'a priori' design provided? +</li> <li>2. Was there duplicate study selection and data extraction?+/-</li> <li>3. Was a comprehensive literature search performed? ?<br/> <i>"Pubmed and PsycINFO databases were searched for relevant articles on depression SMS interventions. Scanning of references in the articles and relevant reviews and communications with field experts yielded additional articles. Two independent reviewers analyzed the articles for inclusion and data was extracted from the selected articles."</i></li> <li>4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion?</li> <li>5. Was a list of studies (included and excluded) provided? +/-</li> <li>6. Were the characteristics of the included studies provided?-</li> <li>7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented?-</li> <li>8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?-</li> <li>9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate?</li> <li>10. Was the likelihood of publication bias assessed??</li> <li>11. Was the conflict of interest stated? +</li> </ol> <p>General conclusion: moderate review</p> |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

*Psychose of Ernstige Psychiatrische Aandoeningen*  
SIANTZ2014

| <b>Reference: Siantz, E. &amp; Aranda, M. a. P. (2014). Chronic disease self-management interventions for adults with serious mental illness: A systematic review of the literature. General Hospital Psychiatry, 36, 233-244.</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Methods</b>                                                                                                                                                                                                                     | <p>Study aim: The objectives of this review are to identify and appraise chronic disease self-management studies tested with samples of US adults living with SMI.</p> <p>Study design: Systematic review</p> <p>Analysis: Narrative</p> <p>Setting: outpatient mental health center (23-26,31,32), primary care (25,29), Veterans mental health facility (28), supportive housing (30)</p> |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Patients</b>      | <p>Number of studies: K= 10 (7 RCT's)</p> <p>Number of patients: N= (range 12-183)</p> <p>Age: mean range 45,3-62y</p> <p>Sex:-</p> <p>Inclusion: Patients with serious mental illness (SMI) and Chronic Care Conditions (CCC), 18y and older, studies in the US,</p> <p>Exclusion:</p> <p>Baseline characteristics: 6 studies had participants with schizophrenia (23,26,27,30-32) 7 with bipolar disorder (24,25,28), 2 with major depression (23,32), and a unspecified SMI group (26,29,30)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Interventions</b> | <p>Intervention: chronic disease self-management (CDSM), to improve mental and physical health: all provided educational sessions. Rang of 4-24 weekly sessions, 6 studies offered booster sessions. Facilitators were nurses, peers, other healthcare educators.</p> <p>Types: peer led development of action plans, feedback+problemsolving+medications management+addiction, lifestyle intervention, bipolar medical care model (self-management sessions, monitoring, telephone contact), Life Goals collaborative care (group selfmanagement sessions with telephone contact), Illness management program, Diabetes education classes to stimulate self-management, Stafford CDSM program</p> <p>Control: TAU or Attention control</p> <p>Follow-up time: 1 to 3 years</p> |
| <b>Outcome</b>       | <p>Primary: functional status, self-management attitudes and behaviors, and overall health (Short form 12&amp;36, WHO-DAS, etc)</p> <p>Secondary: -</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Results</b>       | <p>Functional status: 5 studies reported significant changes</p> <p>Self-management attitudes (patient activation measure HARP): 5 studies reported significant changes</p> <p>Self-management behaviors: 6 studies reported and found changes in behavior: improvements in physical health service use, physical activity, healthy eating, patient activation, enhanced roll functioning.</p> <p>Overall health: 3 studies reported positive outcomes</p> <p>Conclusions: none of the cdsm programs reported negative results, generalizability is hard because of the different types of groups, interventions, settings, quality in method, etc that were included.</p>                                                                                                      |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                    | <p>Results: Favourable treatment effects were observed for adults with SMI across 10 studies that took place in different types of clinical settings. CDSM studies that met all search criteria had a wide range of methodological quality, indicating that this is a nascent field of study.</p> <p>Conclusions: Given the high chronic disease burden experienced by individuals with SMI combined with our nation's health care reform, emphasis on self-management to improve population health, coupled with advancing the quality of research to evaluate CDSM programs for adults with SMI, is critically needed.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Quality Assessment (AMSTAR)</b> | <p><b>+</b>; <b>-</b>; <b>?</b>; <b>NA</b> (Not applicable)<br/> Yes, No, Can't answer, Not applicable</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Was an 'a priori' design provided? <b>+</b></li> <li>2. Was there duplicate study selection and data extraction? <b>-</b></li> <li>3. Was a comprehensive literature search performed? <b>+</b></li> <li>4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion? <b>+</b></li> <li>5. Was a list of studies (included and excluded) provided? <b>+</b></li> <li>6. Were the characteristics of the included studies provided? <b>+</b></li> <li>7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? <b>+</b> <i>We include an appraisal of methodological quality of the chronic disease self-management (CDSM) studies that met our final criteria.</i></li> <li>8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? <b>+/-</b></li> <li>9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? <b>-</b></li> <li>10. Was the likelihood of publication bias assessed? <b>+</b></li> <li>11. Was the conflict of interest stated? <b>?</b></li> </ol> <p>General conclusion: reasonably good</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Reference: van der Krieke, L., Wunderink, L., Emerencia, A. C., Jonge, J. P. de, &amp; Sytema, S. (2014). E-mental health self-management for psychotic disorders: state of the art and future perspectives. <i>Psychiatric Services</i>, 65, 33-49.</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Methods</b>                                                                                                                                                                                                                                              | <p>Study aim: What types of e-mental health self-management interventions have been developed and evaluated? What is the current evidence on clinical outcome and cost-effectiveness of the identified interventions? To what extent are e-mental health self-management interventions oriented toward the service user?</p> <p>Study design: Systematic review</p> <p>Analysis: Narrative and meta-analysis (random effect model)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Patients</b>                                                                                                                                                                                                                                             | <p><i>Underlying is information about the whole systematic review, in the result section of this table demographics are presented per meta-analysis.</i></p> <p>Number of studies: K= 11 RCT's, 3 non RCT's and 14 feasibility and acceptability studies.</p> <p>Number of patients: N=4649 (range 29-507, and outlier of 2,817)</p> <p>Age:-</p> <p>Sex: range 21-68% female;</p> <p>Inclusion: Persons with psychotic disorders (clinical trials as well as Observational on E-mentalhealth self-management)</p> <p>Exclusion: Exclusion criteria were studies describing an e-health tool or intervention designed for research or diagnostic purposes only or for use by service users' relatives. Furthermore, we excluded articles investigating computer-based cognitive remediation or cognitive enhancement therapy, because good reviews of remediation have already been published</p> |
| <b>Interventions</b>                                                                                                                                                                                                                                        | <p>Intervention: E-mental health self-management interventions (psychoeducation, medication management, communication and shared decision making, management of daily functioning, lifestyle management, peer support, and real-time self-monitoring by daily measurements (experience sampling monitoring).)</p> <p>Control:TAU/WL/conventional intervention</p> <p>Follow-up time:-</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Outcome</b>                                                                                                                                                                                                                                              | Primary: Knowledge, medication adherence and satisfaction                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                | Secondary: -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Results</b> | <p>Across all studies, attrition varied from 0% to 50%</p> <p>Knowledge: The effect size for e-mental health computerized psychoeducation interventions compared with usual care on the outcome of knowledge was small (Hedges' <math>g=.37</math>; 95% confidence interval [CI]=<math>-.07</math> to <math>.80</math>), based on three studies (ref: 30 (US, N=30, 55%female), 32 (UK, N=112, 33%female), 37 (no data in table)).</p> <p>Medication management: E-health medication management interventions compared with care as usual had a large effect on medication adherence (Hedges' <math>g=.92</math>; CI=<math>.51-1.33</math>). This finding is based on two studies (38 (UK, N=108, 77%female), 40 (US, N=29, 40%female))</p> <p>Communication and shared decision making: E-health communication and shared decision-making interventions compared with care as usual had a small effect on satisfaction (Hedges' <math>g=.21</math>; CI=<math>.03-.38</math>), a finding based on two studies (42 (EU 6 countries, N=507, 35%female), 45 (US, N=80, 34%female)).</p> <p><i>Summary</i><br/>Summary effect sizes were large for medication management (.92) and small for psychoeducation (.37) and communication and shared decision making (.21). For all other studies, individual effect sizes were calculated. The only economic analysis conducted reported more short-term costs for the e-mental health intervention.</p> <p><i>Conclusions:</i> People with psychotic disorders were able and willing to use e-mental health services. Results suggest that e-mental health services are at least as effective as usual care or nontechnological approaches. Larger effects were found for medication management e-mental health services. No studies reported a negative effect. Results must be interpreted cautiously, because they are based on a small number of studies.</p> |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Quality Assessment (AMSTAR)</b> | <p><b>+</b>; <b>-</b>; <b>?</b>; <b>NA</b> (Not applicable)<br/> Yes, No, Can't answer, Not applicable</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Was an 'a priori' design provided? +</li> <li>2. Was there duplicate study selection and data extraction? +</li> <li>3. Was a comprehensive literature search performed? +</li> <li>4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion? +</li> <li>5. Was a list of studies (included and excluded) provided? +</li> <li>6. Were the characteristics of the included studies provided?</li> <li>7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? + by using the Downs and Black scale</li> <li>8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions? +</li> <li>9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? +/-</li> <li>10. Was the likelihood of publication bias assessed? +/- No, but it was discussed</li> <li>11. Was the conflict of interest stated? +</li> </ol> <p>GRADE:</p> <p>General conclusion: Good review</p> |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Reference: Zou, H., Li, Z., Nolan, M. T., Arthur, D., Wang, H., & Hu, L. (2013). Self-management education interventions for persons with schizophrenia: A meta-analysis. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 22, 256-271. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Methods</b>                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Study aim: The purpose of this meta-analysis was to examine outcomes of selfmanagement education intervention in persons with schizophrenia.</p> <p>Study design: Systematic review</p> <p>Analysis: Meta-analysis</p> <p>Setting: -</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Patients</b>                                                                                                                                                                                                                                | <p>Number of studies: K= 13</p> <p>Number of patients: N=1404 (46-236)</p> <p>Age: mean age 29.7-40 years</p> <p>Sex: range 42-100%</p> <p>Inclusion: 1 Randomized controlled trials (RCT). 2 Adult participants aged 18 years or more. 3 Participants with a diagnosis of schizophrenia according to the International Classification of Diseases, 10<sup>th</sup> Revision (ICD-10). 4 Control group participants that received either standard care or were on a wait list. 5 Outcome measures of relapse, re-hospitalization, adherence to psychotropic medication regimen, or psychiatric symptoms, or psychosocial functioning. 6 Studies had been reviewed by an institutional ethics committee prior to implementation.</p> <p>Exclusion: Studies were also excluded if the intervention provided only basic information about schizophrenia and its treatment, or focused solely on improving adherence to psychopharmacotherapy (e.g. Meder et al. 1998), or did not provide all information needed for estimating effect size.</p> |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Interventions</b> | <p>Intervention: The aim of self-management education is to facilitate the ability of the learner to carry out disease-specific medical regimens, guide health behaviour change, and provide emotional support for patients so that they can better manage their disease and live functional lives (Bourbeau et al. 2003). According to Mueser and McGurk (2004), effective self-management education in schizophrenia includes four areas of content: medication management, recognition of early warning signs of relapse, development of a relapse prevention plan, and coping skills for dealing with persistent symptoms (Mueser &amp; McGurk 2004).</p> <p>Control:TAU</p> <p>Follow-up time:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Outcome</b>       | <p>Primary: Outcomes assessed included relapse or re-hospitalization, medication adherence, psychiatric symptoms, and psychosocial functioning.</p> <p>Secondary:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Results</b>       | <p>See Table 2 under this table.</p> <p>Relapse: those receiving a self-management education intervention were found to be 46% less likely to experience relapse than those receiving treatment as usual (N=534, I2 = 0%)</p> <p>re-hospitalization: Participants receiving self-management education intervention were 45% less likely to experience re-hospitalization than those receiving treatment as usual (N=771, I2 = 0%)</p> <p>medication adherence: There was a 2.57- fold greater odds of adherence to medication for participants receiving self-management intervention than for those receiving treatment as usual. (N=435, I2 = ? % not reported)</p> <p>Psychiatric symptoms: Meta-analysis of these data demonstrated that participants receiving the self-management education intervention were significantly more likely to demonstrate a reduction in severity of symptoms (bprs). (N=408, I2 = ? % not reported) Was substantial heterogeneity for the PANNS scales (The PANNS scales however did demonstrate significant reduction in symptoms. Even with the <u>random model</u>)</p> |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                    | <p>Psychosocial functioning: Could not be performed because of incomplete information. Visual inspection of the five studies revealed a statistically significant improvement in psychosocial functioning in the self-management education intervention groups compared with the control groups. <u>In contrast</u>, five other studies revealed no significant improvement in psychosocial functioning following selfmanagement education in participants receiving the intervention</p> <p>Attrition rates in the two groups were also comparable. In the intervention groups, attrition rates varied from 0–37%, while in the control groups, attrition rates ranged 0–33%.</p> <p>RoB<br/>Although most studies in this meta-analysis scored above 3 based on the Jadad score, there are some issues of note. First, only five studies contained a description of the method of randomization. The method of generating the randomization sequence was not clear in the other eight studies. Second, three studies did not report whether they used blinding. Among 10 blinded studies, one study did not provide information about its method of blinding.</p>                           |
| <b>Quality Assessment (AMSTAR)</b> | <p><b>+</b>; <b>-</b>; <b>?</b>; <b>NA</b> (Not applicable)<br/>Yes, No, Can't answer, Not applicable</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Was an 'a priori' design provided? +</li> <li>2. Was there duplicate study selection and data extraction? +</li> <li>3. Was a comprehensive literature search performed? +</li> <li>4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion?+</li> <li>5. Was a list of studies (included and excluded) provided? +/-</li> <li>6. Were the characteristics of the included studies provided?</li> <li>7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented? + Jadad scale was used to assess the methodological quality</li> <li>8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?</li> <li>9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate? – (<i>FIXED EFFECTS MODEL, ONLY REPORTED I2 FOR 2, OR is interpreted as RR</i> )</li> <li>10. Was the likelihood of publication bias assessed? -</li> <li>11. Was the conflict of interest stated?-</li> </ol> <p>General conclusion: moderate review</p> |

## Bijlage 5 Zelfmanagement instrumenten en achtergrondinformatie

| Online bronnen                                                                                                                                                                                     | Korte beschrijving                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <a href="http://www.zelfmanagement.com/toolbox">www.zelfmanagement.com/toolbox</a>                                                                                                                 | Overzicht van de zelfmanagement-interventies en tools van het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (NPCF en CBO).                                               |
| <a href="http://www.kennispleinchronischezorg.nl">www.kennispleinchronischezorg.nl</a>                                                                                                             | Kennis, praktijkgerichte informatie en tools over actuele thema's in de chronische zorg (Vilans).                                                                  |
| <a href="http://www.gezondheidsvaardigheden.nl/tips-tools/">www.gezondheidsvaardigheden.nl/ tips-tools/</a>                                                                                        | Tips en tools over gezondheidsvaardigheden (CBO).                                                                                                                  |
| <a href="http://lhv.artsennet.nl/LHVproduct/Toolkit-Laaggeletterdheid.htm">http://lhv.artsennet.nl/LHVproduct/ Toolkit-Laaggeletterdheid.htm</a>                                                   | Een checklist voor huisartsenpraktijken om laaggeletterdheid te herkennen (Landelijke Huisartsen Vereniging).                                                      |
| <a href="http://www.thuisarts.nl">www.thuisarts.nl</a>                                                                                                                                             | Informatie over ziekte en gezondheid (Nederlands Huisartsen Genootschap). In 2014 komen ook keuzehulpen beschikbaar op de site.                                    |
| <a href="http://www.kiesbeter.nl">www.kiesbeter.nl</a>                                                                                                                                             | Informatie over wat goede zorg is en waar deze geleverd wordt (College voor Zorgverzekeringen).                                                                    |
| <a href="http://www.med-decs.org">www.med-decs.org</a>                                                                                                                                             | Internationale site voor hulp bij medische keuzen (Med-Decs).                                                                                                      |
| <a href="http://www.optiongrid.org">www.optiongrid.org</a>                                                                                                                                         | Internationale site met korte tools die gezondheidsopties helpen vergelijken (The Option Grid Collaborative).                                                      |
| <a href="http://www.loketgezondleven.nl">www.loketgezondleven.nl</a>                                                                                                                               | Overzicht van leefstijlinterventies (RIVM Centrum Gezond Leven).                                                                                                   |
| <a href="http://www.nisb.nl/doen/tools-en-instrumenten/toolbox-zelfmanagement-bij-leefstijlverandering">www.nisb.nl/doen/tools-en-instrumenten/toolbox-zelfmanagement-bij-leefstijlverandering</a> | Toolbox zelfmanagement bij leefstijlverandering                                                                                                                    |
| <a href="http://www.opeigenbenen.nu/nl/toolkit">www.opeigenbenen.nu/nl/toolkit</a>                                                                                                                 | Toolkit gericht op zelfmanagement bij jongeren en het transitieproces, inclusief aparte toolkit voor diabetes (Hogeschool Rotterdam, kenniscentrum Zorginnovatie). |
| <a href="http://www.zelfzorgondersteund.nl">www.zelfzorgondersteund.nl</a>                                                                                                                         | In 2014 komt een lijst met geschikte digitale patiëntenplatforms beschikbaar.                                                                                      |
| <a href="http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/em/producten-instrumenten-en-methoden.html">www.expertisecentrummantelzorg.nl/em/producten-instrumenten-en-methoden.html</a>                     | Instrumenten over mantelzorg, samenspel en familie-participatie.                                                                                                   |
| <a href="http://www.apotheek.nl">www.apotheek.nl</a>                                                                                                                                               | Informatie en instructiefilmpjes (KNMP)                                                                                                                            |
| <a href="http://www.diliguide.nl/richtlijnen/patienten">www.diliguide.nl/richtlijnen/patienten</a>                                                                                                 | Patiëntenversies van richtlijnen (CBO)                                                                                                                             |
| <a href="http://www.uwv.nl">www.uwv.nl</a>                                                                                                                                                         | Informatie over werk en ziekte, regelingen (UWV)                                                                                                                   |
| <a href="http://www.trimbos.nl">www.trimbos.nl</a>                                                                                                                                                 | Interventies over E-mental health en herstelgerichte zorg                                                                                                          |