

KNGF-richtlijn Zelfmanagement

Onder redactie van:

Dr. E.N. Mutubuki; M.C.M. van Doormaal, MSc; D. Conijn, MSc; S. Toonders, MSc; Prof. dr. R.W.J.G. Ostelo

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

De fysiotherapeuten van Nederland

Vvoe CM

Vereniging van Oefentherapeuten

Amersfoort, februari 2022

Alle onderdelen van de richtlijn, inclusief de samenvatting, zijn beschikbaar via **kngf.nl/kennisplatform**



Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie

De fysiotherapeuten van Nederland



Vereniging van Oefentherapeuten

KNGF-richtlijn 'Zelfmanagement' is een uitgave van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM).

Citeer deze richtlijn als volgt: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) / Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). KNGF-richtlijn Zelfmanagement. Amersfoort/Utrecht: KNGF/VvoCM; 2022.

Werkgroep

Dr. S. van Dulmen	voorzitter werkgroep
M. Dekker-Beems, MSc	psychosomatisch fysiotherapeut, afgevaardigde KNGF-NFP
C. van Haastert	senior adviseur, Patiëntenfederatie Nederland (vanaf maart 2021)
J. van der Steen	adviseur patiëntenbelang, Patiëntenfederatie Nederland (tot maart 2021)
Dr. T. Satink	onderzoeker, afgevaardigde EN
Dr. A.L. van Staa	onderzoeker/lector, afgevaardigde V&VN
S. Toonders, MSc	fysiotherapeut, onderzoeker, afgevaardigde KNGF (tot juni 2021)
M. van Veelen, MSc	fysiotherapeut, afgevaardigde KNGF
Dr. J. Verhoef	onderzoeker/lector, afgevaardigde KNGF
Dr. M. Wentink	oefentherapeut, afgevaardigde VvOCM

EN = Ergotherapie Nederland; KNGF = Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie; NFP = Nederlandse vereniging voor Fysiotherapie volgens de Psychosomatiek; NVFG = Nederlandse vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie; V&VN = Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland; VvOCM = Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.

Klankbordgroep

L. den Boeft, MSc	geriatriefysiotherapeut, afgevaardigde KNGF-NVFG
H. van Bommel, MSc	senior adviseur, Pharos
Dr. A. Feleus	onderzoeker, afgevaardigde KNGF
Dr. M. Pisters	onderzoeker/lector, afgevaardigde KNGF
E. Smeeten, MA	psychosomatisch oefentherapeut, VvOCM-PSOT
A.L. van der Valk, MSc	fysiotherapeut, afgevaardigde KNGF
Dr. B. Visser	onderzoeker/lector, afgevaardigde VvOCM

KNGF = Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie; NVFG = Nederlandse vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie; PSOT = Psychosomatisch Oefentherapeut; V&VN = Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland; VvOCM = Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.

Kerngroep

Dr. E.N. Mutubuki	onderzoeker, Amsterdam UMC
M.C.M. van Doormaal, MSc	senior beleidsmedewerker Kwaliteitsbeleid, KNGF
D. Conijn, MSc	beleidsmedewerker Kwaliteit en Wetenschap, VvOCM
S. Toonders, MSc	fysiotherapeut, onderzoeker (vanaf juni 2021)
Prof. dr. R.W.J.G. Ostelo	onderzoeker/lector, Amsterdam UMC en Vrije Universiteit

KNGF = Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie; UMC = Universitair medisch centrum; VvOCM = Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck.

Inhoudsopgave

A Algemene informatie 5
A.1 Inleiding 5
A.2 Achtergrond van zelfmanagement 7
A.3 Organisatie van zorg 7

B Diagnostisch proces 8
B.1 Bevorderende en belemmerende factoren 8

C Therapeutisch proces 8
C.1 Ondersteuning van het zelfmanagement 8

Toelichting 10

A Algemene informatie
Noot A.1 Inleiding 10
Noot A.2 Achtergrond van zelfmanagement 11
Noot A.3 Organisatie van zorg 13

B Diagnostisch proces
Noot B.1 Bevorderende en belemmerende factoren 15

C Therapeutisch proces
Noot C.1 Ondersteuning van het zelfmanagement 17

A Algemene informatie

A.1 Inleiding NOOT

Aanleiding voor de ontwikkeling van de richtlijn

Zelfmanagement is een aandoenings- en domeinoverstijgend onderwerp dat bij iedere patiënt die onder behandeling is van een fysio- of oefentherapeut van toepassing kan zijn. De behoefte aan zelfmanagement of zelfmanagementondersteuning bij verschillende aandoeningen groeit en wordt steeds belangrijker, mede doordat er steeds meer nadruk komt te liggen op persoonsgerichte zorg. Gunstige effecten van zelfmanagement zijn onder meer: het verkrijgen van meer autonomie, zelfvertrouwen, een betere levenskwaliteit en een meer optimale participatie. In de beroepsprofielen van de fysio- en oefentherapeut wordt uitgebreid aandacht besteed aan zelfmanagement als onderdeel van de behandeling. Door generieke aanbevelingen op te stellen, kunnen aandoenings- of domeinspecifieke richtlijnen in de toekomst naar deze richtlijn verwijzen. De ontwikkeling van deze richtlijn was onderdeel van het FAST-project (Fysio-/oefentherapie Aanpak Stroomlijning kwaliteitsstandaarden), waarin de haalbaarheid van het opstellen en de relevantie van aandoeningoverstijgende richtlijnen onderzocht werd.

Doel van de richtlijn

Deze generieke richtlijn beoogt een leidraad te geven ter ondersteuning van zelfmanagement in de dagelijkse praktijk van fysio- en oefentherapeutische diagnostiek en behandeling van patiënten die problemen ervaren met het bewegend functioneren. Met een systematische evaluatie van wetenschappelijk onderzoek en weging van patiëntvoorkeuren en professionele expertise, ondersteunt deze richtlijn therapeuten en patiënten in de klinische besluitvorming. Daarnaast biedt deze richtlijn transparantie aan andere zorgverleners en betrokken partijen ten aanzien van ondersteuning van zelfmanagement door fysio- en oefentherapeuten.
Aanbevelingen in een richtlijn zijn geen wetten of dwingende voorschriften. In principe wordt een therapeut geacht zich aan de aanbevelingen te houden, maar beargumenteerd afwijken is legitiem of zelfs noodzakelijk indien dit past bij de situatie en wensen van een individuele patiënt.

Doelgroep

Patiëntengroep. Deze generieke richtlijn is bedoeld ter ondersteuning van zelfmanagement bij de behandeling van alle patiënten (met chronische en niet-chronische aandoeningen) met problemen in het bewegend functioneren die behandeld worden door een fysiotherapeut of oefentherapeut.

Beoogde gebruikers van de richtlijn. Deze generieke richtlijn is primair gericht op fysiotherapeuten en oefentherapeuten die patiënten behandelen met problemen in het bewegend functioneren, ongeacht de setting (eerstelijnspraktijk, ziekenhuis of revalidatie-instelling; mono- of multidisciplinaire setting).

Overige zorgverleners. De richtlijn is ook relevant voor andere zorgverleners die betrokken zijn bij de begeleiding en behandeling van patiënten bij wie zelfmanagementondersteuning belangrijk is, zoals huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundigen, psychologen, ergotherapeuten, logopedisten, huidtherapeuten en diëtisten. Daarnaast is deze richtlijn relevant voor patiënten,

beleidsmakers en andere organisaties die betrokken zijn bij zelfmanagementondersteuning. De richtlijn geeft een duidelijk beeld van wat men op het gebied van zelfmanagementondersteuning kan verwachten van fysio- en oefentherapeuten.

Afbakening

Deze richtlijn is gericht op het diagnostisch en therapeutisch proces van de fysio- en oefentherapeut ten aanzien van het ondersteunen van zelfmanagement op het gebied van het bewegend functioneren. De aanbevelingen in deze richtlijn zijn generiek. Ze gelden voor alle patiënten met een hulpvraag op het gebied van zelfmanagement. Aanbevelingen ten aanzien van zelfmanagement die zijn opgenomen in aandoeningsspecifieke KNGF-richtlijnen zijn echter in alle gevallen leidend.

Leeswijzer

Deze richtlijn bestaat uit drie delen. De algemene informatie in deel A omvat de algemene inleiding, achtergrondinformatie over zelfmanagement en informatie over de wijze waarop de zorg is georganiseerd. In deel B wordt ingegaan op de bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van het zelfmanagement. Deel C betreft generieke zelfmanagementondersteuning die geldt voor alle patiënten die onder behandeling zijn van een fysio- of oefentherapeut. In dit deel worden ook de specifieke strategieën besproken die bij patiënten worden gehanteerd met dominant belemmerende factoren ten aanzien van zelfmanagement.
De verschillende onderwerpen binnen een deel vormen afzonderlijke op zichzelf staande modules. In elke module is de informatie vervolgens verdeeld over drie verdiepende lagen, waarbij met elke laag het desbetreffende onderwerp verder wordt uitgediept:

- De praktische handvatten, de aanbevelingen, zijn opgenomen in de Praktijkrichtlijn (de eerste laag).
- De informatie over het onderwerp dat aan de orde is, en de afwegingen die zijn gemaakt ten aanzien van de belangrijkste argumenten die leiden tot de aanbeveling dan wel een omschrijving, staan in de Toelichting, die bestaat uit noten (de tweede laag).
- De details over de wijze waarop deze informatie is vergaard (onder andere zoekstrategie, samenvatting van resultaten, beoordeling van bewijskracht en beschrijving van overwegingen), het proces waarlangs deze afweging tot stand is gekomen en de referenties van de gebruikte (wetenschappelijke) literatuur, staan in de Verantwoording (de derde laag).

Daar waar 'hij' geschreven staat, kan ook 'zij' gelezen worden. Waar 'therapeut' geschreven staat, kan 'fysiotherapeut' of 'oefentherapeut' worden gelezen. Waar 'therapie' geschreven staat, kan 'fysiotherapie' of 'oefentherapie' worden gelezen.

Methodiek

Deze richtlijn is ontwikkeld conform de 'KNGF-richtlijnenmethodiek 2019'. In aanvulling hierop is er gedurende de ontwikkeling van deze richtlijn een 'Addendum KNGF-richtlijnenmethodiek' ontwikkeld, waarbij er specifieke aandacht is geweest voor het generieke karakter van deze richtlijn. De wijze waarop de methodiek (inclusief het addendum) toegepast is en op welke wijze relevante externe partijen betrokken zijn bij de ontwikkeling, staan beschreven in de verantwoording van deze module.

A.2 Achtergrond van zelfmanagement NOOT

In deze generieke richtlijn Zelfmanagement wordt de volgende definitie van **zelfmanagement** gehanteerd:
'Zelfmanagement is het vermogen van een patiënt om om te gaan met lichamelijke, psychische en sociale consequenties van een aandoening/beperking en bijbehorende aanpassingen in leefstijl, in samenhang met de sociale omgeving. Zelfmanagement betekent dat patiënten zelf kunnen kiezen in hoeverre men de regie over het leven in eigen hand wil houden en mede richting wil geven aan hoe beschikbare zorg wordt ingezet.'

In deze generieke richtlijn Zelfmanagement wordt de volgende definitie van **zelfmanagement-ondersteuning** gehanteerd:
'Zelfmanagementondersteuning is het systematisch geven van educatie en ondersteunende interventies aan patiënten (en eventueel hun familie en sociaal netwerk) zodat patiënten in het dagelijks leven met de gevolgen van hun ziekte kunnen omgaan (op lichamelijk, mentaal en sociaal gebied). Daarbij ontwikkelt de patiënt vaardigheden en het vertrouwen om gezondheidsbevorderend gedrag in stand te kunnen houden voor de rest van het leven.'

De fysio- of oefentherapeut biedt deze zelfmanagementondersteuning aan, met als doel dat de patiënt zoveel mogelijk eigen regie over het leven krijgt en ervaart. Persoonsgerichte zorg die is gericht op zelfmanagement, is hiermee een van de essentiële onderdelen van het regulier handelen van de fysio- of oefentherapeut. De therapeut stemt de ondersteuning af op de behoefte van de patiënt (hulpvraag), binnen de grenzen van het vermogen van de patiënt om zelfmanagement uit te voeren en sluit aan bij de fase waarin de patiënt zich in het leven met zijn aandoening bevindt. Het proces wordt zoveel mogelijk middels gezamenlijke besluitvorming vormgegeven.

A.3 Organisatie van zorg NOOT

Ondersteun een patiënt in diens zelfmanagement uitsluitend binnen de grenzen van je eigen competenties ten aanzien van zelfmanagementondersteuning.

Wees alert op tekenen van beperkte gezondheidsvaardigheden van een patiënt en houd rekening met deze beperking tijdens het gehele therapeutische proces.

Stem bij het ondersteunen van zelfmanagement de communicatie af op de gezondheidsvaardigheden van de patiënt.

Overweeg bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden samen te werken met bij de patiënt betrokken hulpverleners, zoals het wijkteam, de sociaal raadsman en/of de allochtone zorgconsulent.

B Diagnostisch proces

B.1 Bevorderende en belemmerende factoren NOOT

Overweeg factoren die het zelfmanagement van een patiënt kunnen bevorderen of belemmeren bij iedere patiënt uit te vragen. Bepaal welke factoren voor de patiënt het meest relevant zijn voor het beloop van de onderliggende aandoening en het bewegend functioneren. Zie voor de relevante factoren het volgende kader.

Factoren die invloed kunnen hebben op het zelfmanagement

- Perceptie van de ziekte, aandoening of het letsel (bijvoorbeeld kennis en begrip van de gezondheidstoestand)
- Perceptie van de therapie (bijvoorbeeld verwachting van het resultaat van de therapie)
- Motivatie (bijvoorbeeld zelfredzaamheid)
- Gedrag gerelateerd aan fysieke activiteit (bijvoorbeeld ervaring uit beweeggeschiedenis)
- Sociale ondersteuning en begeleiding (bijvoorbeeld steun van lotgenoten)
- Omgevingsfactoren (bijvoorbeeld praktische belemmeringen uit de omgeving)
- Factoren die specifiek zijn voor een ziekte of aandoening (bijvoorbeeld kortademigheid bij COPD)
- Gezondheidsvaardigheden (bijvoorbeeld begrijpelijke communicatie)
- Coping (bijvoorbeeld acceptatie)

Overweeg specifieke vragen te stellen of een meetinstrument te gebruiken voor het bepalen van de mate waarin een bevorderende of belemmerende factor invloed heeft. Voorbeelden van relevante vragen en meetinstrumenten staan in noot B.1.

Overweeg bij de aanwezigheid van dominant herstelbelemmerende factoren ten aanzien van het zelfmanagement een specifieke behandelstrategie in te zetten (zie C.1 'Ondersteuning van het zelfmanagement'). Houd binnen deze interventies rekening met de factoren die voor de patiënt het meest van invloed zijn op het zelfmanagement.

Verwijs de patiënt (terug) naar de (huis)arts indien zelfmanagement door de aanwezigheid van een of meer dominant herstelbelemmerende factoren onvoldoende kan worden ondersteund binnen het domein van de fysio- of oefentherapeut.

C Therapeutisch proces

C.1 Ondersteuning van het zelfmanagement NOOT

Stimuleer bij iedere patiënt het zelfmanagement, ook als er geen sprake is van dominant belemmerende factoren ten aanzien van het zelfmanagement.

Overweeg het 5A-model (Achterhalen, Adviseren, Afspreken, Assisteren, Arrangeren) in te zetten ter ondersteuning van het zelfmanagement, ook als er geen sprake is van dominant belemmerende factoren ten aanzien van het zelfmanagement. Het 5A-model is opgenomen in de volgende tabel.

5A-model ter ondersteuning van het zelfmanagement in het algemeen

Stap binnen het 5A-model	Toelichting
Achterhalen	Inventariseer wat de wensen, behoeften, voorkeuren en beperkingen (denk aan fysieke en mentale capaciteit, lage gezondheidsvaardigheden) van de patiënt zijn om te kunnen inschatten wat nodig is om aandoening, onderliggend mechanisme en consequenties van de aandoening verder te verhelderen.
Adviseren	Educatie is een interactief proces tussen patiënt en therapeut met als doel de gedachten of het gedrag van de patiënt in relatie tot gezondheid in positief opzicht te veranderen.
Afspreken	Afhankelijk van wat de patiënt belangrijk vindt, kunnen specifieke doelen worden gesteld die voor de patiënt relevant zijn in het kader van het ondersteunen van het zelfmanagement. Tijdcontingent werken met monitoring en feedback speelt hierin een belangrijke rol.
Assisteren	Instructie, oefenen en/of demonstratie van specifieke handelingen, taken of activiteiten die moeilijk zijn voor de patiënt binnen zijn dagelijkse context. Werkzame factoren om eigen regie en zelfredzaamheid te bevorderen zijn: samen beslissen, behandelopties bespreken, succeservaringen (eigen effectiviteit) delen en werken in de authentieke omgeving van de patiënt.
Arrangeren	Vergroten van sociale en maatschappelijke steun. Deze steun kan ook ingezet worden wanneer communicatie met de patiënt moeizaam verloopt. Hierbij houdt de therapeut rekening met het kennisniveau, het bewustzijn en de motivatie van de patiënt.

Overweeg een specifieke strategie ter ondersteuning van het zelfmanagement in te zetten bij patiënten met een of meer dominant belemmerende factoren. Overweeg de strategie die het meest optimaal aansluit bij de dominant belemmerende factoren van de patiënt of pas elementen vanuit de verschillende strategieën toe. Zie voor meer informatie B.1 'Bevorderende en belemmerende factoren'.

Overweeg (elementen uit) 'Motivational Interviewing' (MI) toe te passen als motivatie een dominant belemmerende factor is bij het zelfmanagement ten aanzien van het bewegend functioneren. Informatie over de specifieke toepassing van MI is opgenomen in noot C.1.

Overweeg (elementen uit) 'Problem Solving Therapy' (PST) toe te passen als de perceptie van de ziekte of aandoening bij de patiënt een dominant belemmerende factor is bij het zelfmanagement ten aanzien van het bewegend functioneren. Wees terughoudend met het toepassen van PST bij patiënten met ernstige psychosomatische problematiek, zoals een klinische depressie of angststoornis. Informatie over de specifieke toepassing van PST is opgenomen in noot C.1.

Overweeg (elementen uit) 'Acceptance and Commitment Therapy' (ACT) toe te passen bij patiënten met chronische aandoeningen bij wie het niet accepteren van het gezondheidsprobleem een dominant belemmerende factor is bij het zelfmanagement ten aanzien van het bewegend functioneren. Informatie over de specifieke toepassing van ACT is opgenomen in noot C.1.

Overweeg (elementen uit) 'Solution-Focussed Brief Therapy' (SFBT) toe te passen om patiënten actief te betrekken bij het bedenken van oplossingen ten aanzien van het bewegend functioneren. Informatie over de specifieke toepassing van SFBT is opgenomen in noot C.1.

Toelichting

Noot A.1 Inleiding

In de Praktijkrichtlijn staan de aanleiding en het doel van deze richtlijn omschreven. In dit onderdeel van de richtlijn staat een toelichting op het FAST-project. De 'KNGF-richtlijn Zelfmanagement' is ontwikkeld volgens de 'KNGF-richtlijnenmethodiek 2019' (KNGF 2019). In de verantwoording van deze module staat beschreven op welke wijze deze methodiek is toegepast voor deze specifieke richtlijn.

FAST-project

Ontwikkeling van richtlijnen is een kostbaar en langdurig proces en de wijze waarop dit proces tot op heden voor de fysio- en oefentherapie gestalte krijgt (te weten op diagnose/aandoeningsniveau) sluit niet altijd aan op de dagelijks zorgpraktijk. Vanuit het systeemadvies fysio- en oefentherapie is onderzoek gedaan naar mogelijkheden om op een efficiëntere wijze aandoeningoverstijgende richtlijnen voor de fysio- en oefentherapie te ontwikkelen (Zorginstituut Nederland 2016). Hiervoor is begin 2018 door VUmc (sinds 7 juni 2018 Amsterdam UMC, locatie VUmc) en Ecorys een plan van aanpak opgesteld voor de ontwikkeling van dergelijke aandoeningoverstijgende richtlijnen (zowel generieke als domeinspecifieke), waardoor thema's met gemeenschappelijke elementen niet meer voor iedere aandoeningsspecifieke richtlijn afzonderlijk uitgewerkt hoeven te worden (VUmc/Ecorys 2018). De generieke richtlijnen betreffen aspecten van zorg die voor alle patiënten die bij een hulpverlener komen, van toepassing kunnen zijn, zoals zelfmanagement, het onderwerp van voorliggende richtlijn. De domeinspecifieke richtlijnen betreffen aspecten van zorg die van toepassing kunnen zijn voor alle patiënten met nauw aan elkaar verwante aandoeningen, zoals oncologische aandoeningen.
Dit advies van het VUmc en Ecorys werd uitgevoerd binnen het FAST-project (Fysio-/oefentherapie Aanpak Stroomlijning kwaliteitsstandaarden).

Het FAST-project is als volgt opgebouwd:

- **Deelproject 1** Ontwikkeling addendum op KNGF-richtlijnenmethodiek voor de ontwikkeling van generieke/domeinspecifieke richtlijnen en procesevaluatie.
- **Deelproject 2** Een 'proof-of-concept' van een generieke richtlijn met als onderwerp 'zelfmanagement'.
- **Deelproject 3** Een 'proof-of-concept' van een domeinspecifieke richtlijn met als onderwerp 'oncologie'.

Indien het plan van aanpak haalbaar blijkt en voor het werkveld relevante richtlijnen oplevert, wordt het addendum (deelproject 1) verwerkt in de KNGF-richtlijnenmethodiek (KNGF 2019). Daarmee kunnen in de toekomst (ook door andere paramedische beroepsgroepen) andere generieke en domeinspecifieke richtlijnen ontwikkeld worden.
Door in aandoeningsspecifieke richtlijnen naar deze generieke en domeinspecifieke richtlijnen te verwijzen en niet meermaals overeenkomstige uitgangsvragen te beantwoorden, zoals tot nog toe gebruikelijk is, zal richtlijnontwikkeling binnen de fysio- en oefentherapie efficiënter kunnen verlopen.

Status van een richtlijn

Aanbevelingen in een richtlijn zijn geen wetten of dwingende voorschriften. In principe wordt een therapeut geacht zich aan de aanbevelingen te houden, maar beargumenteerd afwijken is legitiem of zelfs noodzakelijk indien dit past bij de situatie en wensen van een individuele patiënt (AQUA 2021). PPRAKTIJKRICHTLIJN ^

Noot A.2 Achtergrond van zelfmanagement

De behoefte aan zelfmanagement of zelfmanagementondersteuning bij verschillende aandoeningen is een groeiend en belangrijk onderdeel van de zorg (Grady 2014; Holman 2000; Rijken 2008; Trappenburg 2013). In de literatuur worden verschillende termen en definities gebruikt die verwijzen naar zelfmanagement. Deze termen omvatten zelfhulp, zelfregie, zelfredzaamheid en zelfmanagementondersteuning. Ondersteuning van patiënten wordt steeds belangrijker. Dit komt mede door de groei van persoonsgerichte zorg, waardoor de focus is verschoven van de traditionele naar een meer coachende rol van de therapeut (Van Staa 2008).

Definities van zelfmanagement

De verschillende definities van zelfmanagement komen voort uit het feit dat er meerdere opvattingen bestaan over het doel van zelfmanagement.
De WHO definieert zelfzorg als 'het vermogen van individuen, gezinnen en gemeenschappen om de gezondheid te bevorderen, ziekten te voorkomen, de gezondheid te behouden en om met of zonder de steun van een zorgverlener om te gaan met ziekte en handicap' (WHO 1983).
Een andere internationale definitie van zelfmanagement is 'het vermogen van het individu om symptomen, behandeling, fysieke en psychosociale gevolgen en veranderingen in levensstijl die inherent zijn aan het leven met een chronische aandoening, te beheersen. Doeltreffend zelf-management omvat het vermogen om iemands toestand te bewaken en om de cognitieve, gedrags- en emotionele reacties te bewerkstelligen die nodig zijn om een bevredigende kwaliteit van leven te behouden. Zo ontstaat een dynamisch en continu proces van zelfregulatie' (Barlow 2002).
Andere definities van zelfmanagement die meer in de Nederlandse context worden gebruikt, zijn onder meer de definitie van het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement. Hun definitie is dat zelfmanagement 'het omgaan met de chronische aandoening (symptomen, behandeling, fysieke, psychische en sociale gevolgen en bijbehorende leefstijlaanpassingen) is op een zodanige manier dat de aandoening optimaal in het leven wordt geïntegreerd. Zelfmanagement houdt in dat mensen met een chronische ziekte zelf kunnen kiezen in hoeverre ze de regie over hun leven willen behouden en mee kunnen sturen hoe de beschikbare zorg wordt ingezet, om zo een optimale kwaliteit van leven te bereiken of te behouden' (LAZ 2010).
Een andere Nederlandse definitie van zelfmanagement is die van de Kerngroep Zelfmanagement, die zelfmanagement definieert als: 'de mate waarin iemand met één van meerdere ziekten en/

of beperkingen in staat is om de regie over het leven te behouden tot zover hij of zij dat wil en kan, door goed om te gaan met symptomen, behandeling, sociale en psychologische gevolgen van de ziekte (en) en/of beperkingen en daarbij horende leefstijlaanpassingen in samenhang met de sociale omgeving' (CBO 2014).

In deze generieke richtlijn Zelfmanagement is gekozen voor een combinatie van bovenstaande definities en expert opinion. Omdat zelfmanagement een breed begrip is, was een duidelijke definitie nodig om de reikwijdte van deze richtlijn af te bakenen. Daarnaast moest de definitie van toepassing zijn op zowel fysio- als oefentherapeuten. Dit leidde tot formulering van de volgende definitie van zelfmanagement zoals beschreven in de Praktijkrichtlijn.

Persoonsgerichte zorg gericht op zelfmanagement

In het fysio- en oefentherapeutisch handelen staat de patiënt met diens specifieke hulpvraag in de eigen leefomgeving centraal. Samen met de patiënt bepaalt de therapeut de behandeldoelen die passen bij de hulpvraag, mogelijkheden en vaardigheden van de patiënt, zoals zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden. De belangrijke aspecten omtrent persoonsgerichte zorg staan in het volgende kader.

Persoonsgerichte zorg (NHG 2020)

Persoonsgericht zorg is gericht op de zorgvraag van de patiënt en valt binnen de kaders van samen beslissen. Het betreft een kernwaarde in de beweegzorg:

- zorg waarbij de hele mens centraal staat en niet diens ziekte of beperking: een van de grondhoudingen van de fysio- en oefentherapeut is om alle aspecten van het biopsychosociaal model hierbij te betrekken (Engel, 1977);
- die afgestemd is op individuele kenmerken, mogelijkheden, wensen behoeften, leerstrategie en context van de patiënt;
- die gebaseerd is op het samen beslissen welke zorg nodig en bij de persoon passend is, met als uitgangspunt dat de therapeut en de patiënt samen tot een besluit over de diagnostiek, behandeling, begeleiding en nazorg van de patiënt nadenken en tot besluitvorming komen;
- met continuïteit, zodat het mogelijk is om een vertrouwensrelatie op te bouwen.

Toepassing zelfmanagementondersteuning

De therapeut ondersteunt bij het zelfmanagement, zodat de patiënt zoveel mogelijk eigen regie over het leven krijgt en ervaart. Zelfmanagementondersteuning is daarmee een onderdeel van het fysio- en oefentherapeutisch handelen (KNGF 2021; VvOCM 2019). Ten behoeven van deze richtlijn wordt de definitie van het Institute of Medicine (2004) gehanteerd (Institute of Medicine 2004). Deze ondersteuning is een proces waarin de patiënt centraal staat en waarbij de patiënt zelf de regie kan nemen om aan te geven welke vorm van ondersteuning hij kan gebruiken bij het leven met de aandoening (CBO 2014).
De therapeut stemt de ondersteuning af op de behoefte van de patiënt (hulpvraag) en sluit daarbij aan op de behandelfase waarin de patiënt zich bevindt. Dit betekent in de praktijk dat een therapeut het diagnostisch proces en het behandelproces niet op kan splitsen, maar dat de ondersteuning wordt gegeven in een voortdurende wisselwerking tussen therapeut en patiënt binnen deze processen. De therapeut is in staat om de vaste structuren van een strategie los te laten en elementen van de strategieën op basis van de hulpvraag in te zetten. PPRAKTIJKRICHTLIJN ^

Noot A.3 Organisatie van zorg

Beweegzorg die wordt gegeven door de fysio- of oefentherapeut is een paramedische interventie met als kern aandacht voor bewegen en functioneren, en het leveren van persoonsgerichte zorg. De therapiesessies zijn er om te oefenen, te reflecteren en de patiënt handvatten te geven, zodat hij in staat is het geleerde in het dagelijks leven in te zetten. Door de therapie wordt de mate van het zelfmanagement bevorderd, waarbij het bewegen duurzaam en flexibel kan worden toegepast.

Competenties en aandachtspunten voor zelfmanagementondersteuning

Het uitvoeren van zelfmanagementondersteuning door de fysio- of oefentherapeut vraagt om een werkwijze die gebaseerd is op persoonsgerichte zorg. Dit houdt in dat therapeuten over de benodigde competenties moeten beschikken om de behandeling te laten slagen. Deze competenties staan beschreven in de beroepsprofielen (KNGF 2021, VvOCM 2019).
Daarnaast zijn vanuit de literatuur specifieke aandachtspunten beschreven die van belang zijn voor een goede ondersteuning van het zelfmanagement. Zo beschrijft Dwarswaard (2013) de kernwaarden 'coöperatie', 'evocatie' en 'autonomie' plus de kernboodschap dat de therapeut 'niet moet overnemen, maar ondersteunen'.
Anderen beschreven als aandachtspunten voor de zorgverlener in relatie tot het zelfmanagement:

- het samen met de patiënt bepalen hoeveel regie of zorg de zorgverlener van de patiënt overneemt (Vilans 2021);
- een visie hebben op zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning (NDF 2014);
- kennis hebben van verschillende theoretische modellen en strategieën op het gebied van zelfmanagement(educatie) en de ontwikkelingen die binnen dit gedachtegoed optreden (NDF 2014).

Samenwerking

In deze richtlijn wordt aandacht besteed aan hoe samenwerking georganiseerd kan worden, zodat deze samenwerking doelmatig en doeltreffend verloopt. De richtlijn richt zich primair op een beschrijving van wat kwalitatief goede zorg is en geeft, waar mogelijk vanuit de inhoud, sturing aan de organisatie van deze zorg.
Er bestaat geen consensus over de criteria voor wanneer er voor zelfmanagementondersteuning verwezen zou moeten worden naar een verbijzonderd fysio- of oefentherapeut. De competenties van de algemeen fysio- en oefentherapeut en de fysio- en oefentherapeuten met een verbijzondering of een aantekening staan beschreven in de beroepsprofielen. Het is van belang dat de fysio- en oefentherapeut kennis heeft van en inzicht heeft in de expertise van de fysio- en oefentherapeuten met een verbijzondering of een aantekening, evenals in die van andere bij de behandeling betrokken (para)medici (KNGF 2021).

Fysiotherapie, oefentherapie en verbijzonderingen

Fysio- en oefentherapeuten zijn gespecialiseerd in het bewegend functioneren. Zij behandelen patiënten via Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF) of Directe Toegankelijkheid Oefentherapie (DTO) of op verwijzing van de huisarts of een medisch specialist. De rol en de positie van de fysiotherapeut en de oefentherapeut in de gezondheidszorg, oftewel de domeinbeschrijving, staan beschreven in het beroepsprofiel fysiotherapeut en het beroepsprofiel oefentherapeut (KNGF 2021; VvOCM 2019).

Binnen de fysio- en oefentherapie zijn verbijzonderingen beschreven waarvan specifieke deskundigheid erkend is door het KNGF of de VvOCM. Deze verbijzonderingen zijn opgenomen in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie en het Kwaliteitsregister Paramedici, waarmee het op een goed niveau brengen en houden van de kennis en vaardigheden wordt gewaarborgd. Voor al deze verbijzonderingen is het doel van de behandeling behoud of herstel van het dagelijks functioneren. Echter, de behandelwijzen kan per verbijzondering variëren.

Zelfmanagementondersteuning bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden

Fysio- en oefentherapeuten hebben bij het geven van zelfmanagementondersteuning regelmatig te maken met patiënten die niet goed kunnen lezen of schrijven, en/of maar in beperkte mate beschikken over gezondheidsvaardigheden. Voor deze mensen is het moeilijk om de informatie en adviezen te begrijpen en toe te passen, waardoor zij oefeningen of adviezen onjuist toepassen of helemaal niet opvolgen. Behandeling en begeleiding hebben dan niet het gewenste resultaat (Heijmans 2016). Deze situatie kan zelfs leiden tot verslechtering in de gezondheid. Daarnaast moeten patiënten in staat zijn om juiste keuzes te maken. Het is belangrijk dat zorgprofessionals herkennen bij welke patiënten sprake is van beperkte gezondheidsvaardigheden (Murugesu 2018). Het afstemmen van de communicatie en zorg op de vaardigheden van deze groep patiënten vraagt van zorgprofessionals doorzettingsvermogen, nieuwsgierigheid en creativiteit.
Communicatie met patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden kan op de volgende manier aangepast worden:

- bij het taalgebruik van de patiënt aansluiten;
- korte zinnen maken en eenvoudige woorden gebruiken;
- geen 'uitstapjes' maken in het verhaal;
- zo concreet mogelijk zijn en beeldspraak en abstracte begrippen vermijden;
- het aantal boodschappen per consult beperken, maximaal twee of drie per consult;
- de belangrijkste punten herhalen;
- haalbare en realistische doelen stellen die aansluiten op iemands leefwereld en context;
- veel ruimte geven voor vragen door de formulering 'welke vragen heeft u nog?' te gebruiken in plaats van 'heeft u nog vragen?';
- getest visueel voorlichtingsmateriaal gebruiken, ook digitaal (Meppelink 2015);
- op hele of halve uren afspreken, een analoge klok op een kaartje tekenen met het afgesproken tijdstip;
- de terugvraagmethode gebruiken, dit is vragen of de patiënt de informatie in eigen woorden kan vertellen (Muregesu 2018).

Een nauwe samenwerking met andere zorgverleners, zoals de huisarts, is belangrijk. Evenals het kennen van de sociale kaart. Patiënten met lage gezondheidsvaardigheden komen vaak uit een achterstandssituatie en hebben in de regel vaker te maken met sociale, financiële en/of opvoedproblemen. Het is daarom van belang om contact te leggen met bijvoorbeeld het wijkteam, de sociaal raadsman en de allochtone zorgconsulent, maar ook om te weten welke buurtcentra goedkope sportmogelijkheden aanbieden. Het verlaagt de drempel tot zorg- en dienstverlening als een zorgverlener het eerste contact legt. Het bieden van begeleiding bij doorverwijzen leidt ook tot een grotere kans van slagen bij het oplossen van sociale, financiële of andere problemen. Begeleiding bij sociale, financiële of andere problemen draagt vervolgens

weer bij aan een betere gezondheid. Zie voor meer informatie over het herkennen van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden en hoe met hen om te gaan, de website van het landelijk expertisecentrum gezondheidsverschillen Pharos. PPRAKTIJKRICHTLIJN

Noot B.1 Bevorderende en belemmerende factoren

Uitgangsvraag

Welke bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van het zelfmanagement zijn relevant om als therapeut in kaart te brengen bij een patiënt, zodat hier in het behandelplan rekening gehouden kan worden?

Aanleiding

Factoren die het zelfmanagement van de patiënt belemmeren of bevorderen, kunnen een belangrijke rol spelen in het slagen van de behandeling. Het is daarom van belang om deze factoren in kaart te brengen.

Methode

Voor het inventariseren van de relevante bevorderende en belemmerende factoren heeft een systematische zoekactie plaatsgevonden naar bestaande evidence based richtlijnen en systematische reviews. Op basis van de kwaliteitsbeoordeling die in de bestaande systematische reviews uitgevoerd is, is de bewijskracht van de individuele factoren beschreven.
De geïdentificeerde factoren zijn vervolgens geclusterd tot overkoepelende factoren en verwerkt in een overzicht (zie de Verantwoording van deze module). Op basis van dit overzicht en overwegingen van de werkgroep (bijvoorbeeld ten aanzien patiëntvoorkeuren en relevantie voor de fysio- en oefentherapeutische praktijk) zijn de relevante factoren geselecteerd die door een therapeut in kaart zouden moeten worden gebracht.

Conclusies op basis van de literatuur

Op basis van zes systematische reviews zijn de belemmerende en bevorderende factoren ten aanzien van het zelfmanagement geïnventariseerd (Abaraogu 2018; Christensen 2016; Coll 2017; Devan 2018; Essery 2017; Lavallée 2019). Deze zijn vervolgens geclusterd in de volgende overkoepelende factoren:

- Percepties van de ziekte, aandoening of het letsel:
  - De perceptie van de patiënt over de huidige gezondheidstoestand en de kennis en het begrip hiervan.
- Percepties over de therapie / de oefening / het zelfmanagement:
  - Overeenstemming tussen door therapeut beoogde intensiteit en frequentie van de therapie en de houding van de patiënt, met daarnaast de uitkomstverwachtingen van de patiënt.
- Motivatie:
  - De motivatie van de patiënt en de aspecten die de patiënt positief versterken.
- Gedrag dat is gerelateerd aan fysieke activiteit:
  - Beweeggeschiedenis, huidig activiteitenniveau en cognitieve aspecten, zoals depressie en distress.
  - Het in staat zijn om een gedragsveranderingproces te doorlopen met (vernieuwde) conditie en leefstijl. Hierbij zijn beweeggeschiedenis, het huidige activiteitenniveau en cognitieve aspecten van belang.

- Sociale ondersteuning en begeleiding. De relaties en het sociale netwerk van de patiënt, zoals van familie, lotgenoten en eventuele andere (zorg)professionals.

Omgevingsfactoren:

- Praktische barrières die zelfmanagement kunnen belemmeren, bijvoorbeeld te hoge kosten voor lidmaatschap van de sportschool of lastige toegankelijkheid van potentiële lotgenootcontactgroepen.

Factoren die specifiek zijn voor een ziekte of aandoening:

- Factoren die aandoeningspecifiek zijn, zoals kortademigheid bij COPD.

Conclusies en aanvullingen op basis van de overwegingen

Op basis van het uitgevoerde literatuuronderzoek zijn de bevorderende en belemmerende factoren vervolgens bediscussieerd en voegde de werkgroep twee overkoepelende factoren aan de reeds geformuleerde factoren toe. Deze waren niet geïndentificeerd in het literatuuronderzoek:

Coping:

- Het in staat zijn om de trainingsgrenzen te bepalen, het omgaan met beperkingen, acceptatie en zingeving.

Gezondheidsvaardigheden:

- Vaardigheden die mensen nodig hebben om informatie over gezondheid en ziekte te vinden, te begrijpen en toe te passen.

Suggesties voor de inventarisatie van bevorderende en belemmerende factoren

Ter inventarisatie van de bevorderende en belemmerende factoren die een rol spelen, stelt de therapeut 'rake vragen' en/of wordt eventueel een meetinstrument afgenomen. Op die manier wordt samen met de patiënt verkend in hoeverre deze regie heeft of wil nemen, welke vragen en problemen hij tegenkomt en wat hij nodig heeft om hiervoor tot een oplossing te komen. Het gesprek heeft een positieve invalshoek en nodigt de patiënt uit zijn opvattingen, inzichten en voorkeuren te verwoorden. In de volgende tabel staan per overkoepelende factor suggesties voor rake vragen en suggesties voor meetinstrumenten.

Suggesties voor rake vragen en suggesties voor meetinstrumenten*

De perceptie ten aanzien van de ziekte, de aandoening of het letsel	Stel vragen over wat de patiënt vindt van of weet over zijn aandoening, of welke informatie de patiënt precies nodig heeft. Mogelijk meetinstrument: de 'Illness Perception Questionaire' (IPQ-K).
De perceptie ten aanzien van therapie/oefenen/ zelfmanagement	Stel vragen over wat de patiënt zelf kan en wil doen of waar de patiënt zelf het liefst aan zou willen werken. Mogelijke meetinstrumenten: de Patiënt Specifieke Klachten (PSK) of de Patiënt Specifieke Goal-setting methode (PSG).
De motivatie	Stel vragen over wat de patiënt belangrijk vindt in zijn leven, of welk vertrouwen de patiënt heeft in eigen kunnen. Mogelijk meetinstrument: de Intrinsieke Motivatie Inventaris (IMI).
Gedrag dat is gerelateerd aan fysieke activiteit	Stel vragen over welke activiteiten de patiënt zelf doet of kan. Mogelijke meetinstrumenten: de Vier Dimensionele Klachtenlijst (4DKL), de Physical Activity Monitor (PAM) of de Self Management Screening (SeMas).
Sociale ondersteuning	Stel vragen over van wie in zijn omgeving de patiënt steun kan verwachten.

Omgevingsfactoren	Stel vragen over de praktische barrières waar een patiënt tegenaan loopt. Mogelijk meetinstrument: de 'Working Alliance Inventory-Short Form Revised' (WAI-SFR).
Ziektegerelateerde factoren	Stel vragen over wat de patiënt weet over zijn ziekte, aandoening of letsel en vraag of de patiënt barrières ervaart bij ziekte- of aandoeningsspecifieke handelingen. Zie voor meetinstrumenten de aandoeningsspecifieke KNGF-richtlijnen.
Coping	Stel vragen over hoe de patiënt werkt aan doelen/therapie en hoe de patiënt omgaat met zijn klachten. Inventariseer ook of de patiënt de situatie kan accepteren. Mogelijk meetinstrument: de Partners in Health scale (PIH).
Gezondheidsvaardigheden	Stel vragen over hoe het de patiënt lukt om beslissingen te nemen over zijn behandeling en of het de patiënt lukt om de informatie terug te vertellen. Mogelijk meetinstrument: de Health Literacy Questionnaire (HLQ).

* De meeste genoemde meetinstrumenten zijn beschikbaar via www.meetinstrumentenzorg.nl.

Keuze voor strategie

Op basis van de in kaart gebrachte factoren kan de therapeut in samenspraak met de patiënt een antwoord formuleren op de vraag of ondersteuning van het zelfmanagement noodzakelijk is en in welke mate. Op basis van dominant belemmerende factoren ten aanzien van het zelfmanagement kan de therapeut de keuze maken om (aspecten van) specifieke strategieën in te zetten tijdens de therapie. Het is hierbij van belang rekening te houden met de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de therapie. Indien er geen dominant belemmerende factoren aanwezig zijn, kan de overweging gemaakt worden om zelfmanagement te ondersteunen met de aanbevelingen uit het 5A-model (zie C.1 'Ondersteuning van het zelfmanagement').

Verwijzing

Het is van belang dat de behandelend therapeut binnen het vakgebied (en binnen de daartoe behorende competenties) van de fysio- of oefentherapie blijft (KNGF 2021; VvOCM 2019). Indien er sprake is van een ernstig belemmerende factor ten aanzien van het zelfmanagement die niet binnen het vakgebied van de fysio- of oefentherapeut valt, wordt de patiënt terugverwezen naar de huisarts. Mogelijk is er in dat geval sprake van een indicatie voor het inschakelen van een andere zorg- en/of hulpverlener. PPRAKTIJKRICHTLIJN

Noot C.1 Ondersteuning van het zelfmanagement

Uitgangsvraag

Op welke wijze dient een therapeut het zelfmanagement ten aanzien van het bewegend functioneren te ondersteunen?
Om deze uitgangsvraag te beantwoorden is, in samenspraak met de werkgroep, ervoor gekozen om deze uitgangsvraag als volgt op te splitsen:

1. Algemene beantwoording van de uitgangsvraag ten aanzien van zelfmanagementondersteuning die in de basis van toepassing is voor alle patiënten die onder behandeling zijn van een therapeut.
2. Beantwoording van de uitgangsvraag gericht op specifieke strategieën voor patiënten met dominant belemmerende factoren ten aanzien van het zelfmanagement.

1. Zelfmanagementondersteuning in het algemeen

In overleg met de werkgroep en de klankbordgroep is besloten om geen systematische zoekactie uit te voeren voor dit deel van de uitgangsvraag, maar de beroepsprofielen van de fysio- en oefentherapeut als basis te gebruiken en deze aan te vullen met literatuur die op niet-systematische wijze is vergaard.

Doel van de fysio- en oefentherapeutische zorgverlening

Fysio- en oefentherapeutische zorgverlening is erop gericht mensen zo optimaal en zelfstandig mogelijk de regie over het bewegend functioneren in de eigen leefomgeving te laten voeren of hervinden. Hierbij redeneert de therapeut vanuit het biopychosociaal model en staat het bewegend functioneren van de patiënt (in de eigen leefomgeving) centraal.

Formuleren van behandeldoelen

Samen met de patiënt bepaalt de therapeut de behandeldoelen die passen bij de hulpvraag, mogelijkheden en vaardigheden van de patiënt, waartoe ook de gezondheidsvaardigheden behoren. De therapeut ondersteunt bij het zelfmanagement, zodat de patiënt zoveel mogelijk eigen regie over het leven krijgt en ervaart. Persoonsgerichte zorg die is gericht op zelfmanagement is hiermee een van de essentiële onderdelen van het regulier handelen van de fysio- of oefentherapeut (KNGF 2021;VvOCM 2019).

Het 5A-model

Een veelgebruikt model binnen de gezondheidszorg is het 5A-model (Glasgow 2003). Het doorlopen ervan is een actief en cyclisch proces, ofwel, je kunt het 5A-model steeds opnieuw doorlopen, maar ook terugkeren naar de voorgaande stap.

De vijf stappen van het 5A-model (Glasgow 2003)

Achterhalen	Verkennen van de situatie, wensen en behoeften van de patiënt.
Adviseren	Advies geven op maat, naar behoefte en op verzoek van de patiënt (dus niet ongevraagd of met algemene voorlichting).
Afspreken	Als de patiënt voldoende geïnformeerd is, kunnen de therapeut en de patiënt samen doelen stellen.
Assisteren	De therapeut verkent met de patiënt welke instructie of bijstand nodig is om de doelen te bereiken en wie daarbij kan helpen.
Arrangeren	Er worden afspraken met de patiënt gemaakt over het vervolg van de zorg. Soms draagt de therapeut bepaalde taken over aan een andere zorg- of hulpverlener. Als er opnieuw contact met de patiënt is, begint het proces opnieuw. 'Arrangeren' gaat op die manier weer over in 'Achterhalen': hoe is het gegaan met de afspraken/ doelen en zijn er nieuwe behoeften?

In de volgende tabel zijn voorbeelden opgenomen van de stappen in het 5A-model binnen het fysio- en oefentherapeutisch domein. Ze focussen op cognitie, emotie en gedrag van de patiënt (Main 2011). Deze voorbeelden kunnen alleen, of in combinatie worden geïntegreerd in het therapeutische handelen.

Voorbeelden van het 5A-model ter ondersteuning van het zelfmanagement in het algemeen ten aanzien van cognitie, emotie en gedrag

Stap 5A-model	Toelichting	Voorbeelden binnen het fysio-oefentherapeutisch domein
Achterhalen	uitvragen of aandoening, onderliggende mechanismes en consequenties van aandoening bekend zijn	De eerste stap is om erachter te komen wat de patiënt al weet. Daarnaast wordt geïnventariseerd wat de wensen, behoeften, voorkeuren, ondersteuning en beperkingen (denk aan fysieke en mentale capaciteit, lage gezondheidsvaardigheden) van patiënten zijn om te kunnen inschatten wat nodig is om de aandoening, het onderliggend mechanisme en de consequenties van de aandoening verder te verhelderen (Hutting 2019; McGowan 2012).
Adviseren	afgestemde gerichte educatie	Patiënten-educatie stelt patiënten in staat een grotere rol te spelen in het nemen van de eigen regie. Het is meer dan het geven van instructie of het geven van informatie of advies. Educatie is een interactief proces tussen patiënt en therapeut, met als doel de gedachten of het gedrag van de patiënt in relatie tot gezondheid te veranderen. De therapeut draagt geen willekeurige oplossingen aan, maar stimuleert de patiënt om zelf eerst over oplossingen na te denken (CBO, Zorgmodule Zelfmanagement 1.0).
Afspreken	specifieke doelen stellen die voor de patiënt zinvol zijn binnen zijn dagelijkse context	Afhankelijk van wat de patiënt belangrijk vindt, kunnen doelen voor het stimuleren van het zelfmanagement van de patiënt worden gesteld en acties worden gepland. Een doel omschrijft waar de patiënt naar toe wil, waar de patiënt uiteindelijk wil uitkomen binnen een afzienbare tijd. Het is van groot belang dat de therapeut aansluit bij de wensen van de patiënt. De doelen moeten passen bij de intrinsieke motivatie, zodat de kans groter is dat iemand in beweging komt, in de richting van het zijn einddoel. Het stellen van doelen begint met het verkennen van de overtuigingen en waarden van de patiënt. Binnen de eerstelijnszorg wordt vaak de term 'gezamenlijke doelen stellen' gebruikt, gedefinieerd als een proces waarin zorgprofessionals en patiënten overeenstemming bereiken over gezondheidgerelateerde doelen. Actieplanning wordt gedefinieerd als het bereiken van overeenstemming tussen patiënt en zorgverlener over een handelwijze van de patiënt (en/of de zorgverlener), inclusief vragen als 'wat', 'wanneer', 'waar' en 'hoe vaak'. Zowel het stellen van doelen als actieplanning wordt vaak toegepast in programma's voor zelfmanagementondersteuning, omdat blijkt dat ze de zelfeffectiviteit van patiënten verbeteren, patiënten helpen hun gedrag te veranderen en hun gezondheidsresultaten te verbeteren (Bodenheimer 2009; Lenzen 2017; Lorig 2006).
	tijdcontingent werken met monitoring en feedback	Om persoonsgerichte doelen te kunnen behalen, moeten patiënten leren inzicht te krijgen in (huidig) gedrag door bijvoorbeeld een dagboek te gebruiken, of 'wearables' of andere e-health-applicaties. Het is raadzaam om feedback positief te verwoorden, omdat de patiënt anders ontmoedigd kan raken. Feedback moet zo eenvoudig mogelijk zijn en belangrijke informatie over het bereiken van het doel overbrengen. De keuze om monitoring in te zetten, is afhankelijk van zowel de wensen en behoeften van de therapeut als die van de patiënt. Een voorbeeld van afspraken maken over doelen is tijdcontingent werken ('graded activity'). Voor specifieke informatie over graded activity zie Geilen 2006, Prestwich 2016.

Assisteren	instructie, oefenen en/of demonstratie van specifieke handelingen, taken of activiteiten die moeilijk zijn voor de patiënt binnen zijn dagelijkse context	Instructie, oefenen en/of demonstatie van specifieke handelingen, taken of activiteiten vereisen dat de patiënt vaardigheden kan toepassen die variëren van het plannen en organiseren van leerervaringen tot het daadwerkelijk kunnen toepassen van instructies en het verwerken van feedbackinformatie. Fysio- en oefentherapeuten moeten duidelijke oefeninformatie geven over het doel van de taak – of dit nu een bepaald bewegingspatroon of een bepaalde uitkomst – en feedback geven die past bij het te bereiken doel. Als de patiënt geen nieuw gedrag probeert op basis van alleen intrinsieke feedback, kan gerichte instructie nodig zijn (Hodges 2002).
	stimuleren van het eigen vermogen van de patiënt	Zelfeffectiviteit wordt geïdentificeerd als een belangrijke determinant van gezondheidsgedrag, toekomstig gezondheidsgedrag en verandering van gezondheidsgedrag. Bewezen werkzame factoren om eigen regie en zelfredzaamheid te bevorderen zijn: samen beslissen, behandelopties bespreken, succeservaringen (eigen effectiviteit) delen en werken in de authentieke omgeving van de patiënt. De mate van zelfeffectiviteit bepaalt de hoeveelheid inspanning die de patiënt bereid is om te leveren en hoe lang hij een inspanning vol zal houden. Het doorzettingsvermogen en de inspanningen van de patiënt zijn afhankelijk van zijn niveau van waargenomen zelfeffectiviteit. Hoe sterker zijn waargenomen zelfeffectiviteit, des te robuuster en vastberadener zijn inspanningen zullen zijn. Omgekeerd zal bij een lager niveau van ervaren zelfeffectiviteit de patiënt eerder geneigd zijn om zijn pogingen te staken (Bandura 1983).
Arrangeren	integreren van sociale en maatschappelijk steun door middel van inventarisatie van de thuissituatie en/ of werksituatie	Omgevingsfactoren (zowel fysiek als sociaal) kunnen inwerken op het gedrag van de patiënt. Fysio- en oefentherapeuten die patiënten willen helpen met gedragsverandering, kunnen hun kansen op succes vergroten wanneer ze zich richten op het bewustzijn van de patiënt door het vergroten van sociale en maatschappelijke steun. Deze steun kan ook ingezet worden wanneer communicatie met de patiënt moeizaam verloopt. Daarbij is het belangrijk rekening te houden met relevante determinanten, zoals kennisniveau, bewustzijn en motivatie. Sociale en maatschappelijke steun kan zowel positief als negatief zijn. Literatuur bevestigt de belangrijke rol die vrienden en familieleden spelen bij zelfmanagement (Achterberg 2011).

2. Zelfmanagementondersteuning bij dominant belemmerende factoren

Strategieën om zelfmanagement te ondersteunen, zijn erop gericht patiënten toe te rusten voor het actief managen van hun chronische aandoening, met als doel dat de patiënt zo optimaal mogelijk kan functioneren in het dagelijks leven (Trappenburg 2014). Hoewel de strategieën verschillende doelstellingen hebben, zijn de belangrijkste kenmerken ervan gericht op het vergroten van het vermogen van patiënten om met de dagelijkse gevolgen van hun ziekte om te gaan.

Binnen deze richtlijn worden aanbevelingen geformuleerd ten aanzien van vier specifieke strategieën waarmee een therapeut het zelfmanagement van een patiënt kan bevorderen, namelijk: Motivational Interviewing (MI), Problem Solving Therapy (PST), Acceptance and Commitment Therapy (ACT) en Solution-Focussed Brief Therapy (SFBT). Deze strategieën kunnen worden toegepast wanneer algemene zelfmanagementondersteuning niet voldoende is.

Methode

Voor de beantwoording van dit deel van de uitgangsvraag is een systematische zoekactie uitgevoerd in verschillende databases naar studies over de effectiviteit van MI, PST, ACT en SFBT op het fysiek functioneren. Op basis van de literatuur (indien aanwezig) en overwegingen is voor iedere strategie een aanbeveling opgesteld of en bij wie de therapeut de strategie het beste kan toepassen ter ondersteuning van het zelfmanagement.

Resultaten literatuuronderzoek

Voor het beoordelen van de effectiviteit zijn zeven systematische reviews geïdentificeerd ten aanzien van MI. Het was vanwege de variatie in de gevonden effecten en de kwaliteit van de studies echter niet mogelijk om een conclusie te trekken over de effectiviteit van MI op het fysiek functioneren op korte of lange termijn. Ten aanzien van PST, ACT en SFBT zijn geen studies geïdentificeerd die de effectiviteit van de strategie op het fysiek functioneren beoordeeld hebben. Hierdoor is de effectiviteit van deze interventies op basis van de literatuur niet in te schatten. Zie voor meer informatie over het literatuuronderzoek de verantwoording van deze module.

Overwegingen

De werkgroep heeft op basis van de literatuur en expert opinion overwegingen geformuleerd die uiteindelijk hebben geleid tot aanbevelingen ten aanzien van MI, PST, ACT en SFBT. Voor meer informatie over de vier strategieën, zie de volgende kaders.

Motivational Interviewing (MI)

Motivational interviewing is een directieve persoongerichte gespreksstijl, bedoeld om verandering van gedrag te bevorderen door ambivalentie ten opzichte van verandering te helpen verhelderen en oplossen (Miller 2002). Patiënten worden gestimuleerd om zelf verantwoording voor de behandelingskeuze te nemen (DiabeteszorgBeter 2007; Treasure 2004), wat ertoe zal leiden dat de motivatie tot verandering uit de patiënt zelf voortkomt en niet vanuit de therapeut.

De vijf principes van motivational interviewing zijn (DiabeteszorgBeter 2007):

1. Wees empathisch. Door gebruik te maken van actief en reflectief te luisteren, laat de zorgprofessional blijken dat hij begrijpt wat de patiënt zegt, voelt en denkt.
2. Pas u aan aan de weerstand van de patiënt in plaats van u er direct tegen te verzetten. Weerstand is een signaal van betrokkenheid van de patiënt, waarbij de patiënt echter nog niet bereid is de gewenste gedragsverandering te realiseren.
3. Ondersteun zelfredzaamheid en optimisme. De therapeut ondersteunt het zelfvertrouwen van de patiënt om te doen wat nodig is teneinde de behandeldoelen te bereiken. Geloof in eigen kunnen is een van de belangrijkste voorwaarden voor gedragsverandering.
4. Bespreek en creëer bewustzijn van de discrepantie tussen de doelen of waarden van patiënten en het huidige gedrag. In een motiverend gesprek wordt geprobeerd de balans tussen het niet gewenste en het gewenst gezonde gedrag te laten doorslaan naar gezond gedrag. De therapeut kan met de patiënt de voor- en nadelen van de huidige leefstijl en de voor- en nadelen van het gewenste gedrag bespreken.
5. Vermijd argumentatie en directe confrontatie. De patiënt is verantwoordelijk voor beslissingen die zijn eigen leven betreffen.

Voor meer informatie over MI, zie Miller (2002).

Problem Solving Therapy (PST)

Problem Solving Therapy (PST) is een cognitief-gedragstherapeutische interventie die gericht is op training in adaptieve probleemoplossende attitudes en vaardigheden (Bell 2009). PST kan worden gebruikt om psychische problemen te behandelen die worden veroorzaakt door blootstelling aan probleemsituaties en het kan ook worden gebruikt als een preventieve maatregel (Eskin 2012).

De kernelementen van PST omvatten het identificeren van een probleem en het toepassen van de stappen van PST (Beaudreau 2017):
1. het probleem en de doelen definiëren;
2. brainstormen over de oplossingen;
3. beoordelen van de positieve en negatieve aspecten van elke oplossing;
4. beslissen welke oplossing moet worden uitgevoerd en met een plan komen om dat te doen;
5. uitvoering van de oplossing;
6. beoordelen van de tevredenheid met het resultaat.

Voor meer informatie over PST, zie Eskin (2012).

Acceptance commitment therapy (ACT)

Acceptance and Commitment Therapy is een gedragstherapie die patiënten helpt om te gaan met de obstakels die ze tegenkomen (Acceptance), zodat men kan blijven investeren in de dingen die ze écht belangrijk vinden (Commitment) (Schreurs 2013).

ACT bestaat uit zes verschillende processen/vaardigheden, vaak uitgebeeld in het ACT-hexaflex:
1. Acceptatie: Acceptatie wordt onderwezen als een alternatief voor experiëntiële vermijding. Maak ruimte voor vervelende ervaringen.
2. Defusie: ACT probeert de manier waarop men omgaat met gedachten te veranderen door contexten te scheppen waarin hun niet-helpende functies worden verminderd. Neem afstand van je gedachten.
3. Het zelf: Het zelf als context is deels belangrijk omdat men zich vanuit dit standpunt bewust kan zijn van de eigen ervaringen zonder eraan gehecht te zijn, zo worden defusie en acceptatie bevorderd. Centraal staat het flexibel omgaan met jezelf.
4. Hier en nu: Stilstaan bij de dag van vandaag.
5. Waarden: Goed nadenken over wat je belangrijk vindt.
6. Toegewijd handelen: Tijd stoppen in je waarden.

Voor meer informatie over ACT, zie Schreurs (2013).

Solution-Focused Brief Therapy (SFBT)

Solution-Focused Brief Therapy (SFBT, oplossingsgerichte therapie) is een kortetermijn doelgerichte therapeutische benadering, die positieve psychologie principes en praktijken incorporeert, en die patiënten helpt te veranderen door het construeren van oplossingen in plaats van te focussen op problemen (Bakker 2008; Bartelink 2013; Quick 2007). Er is een uitgebreide hoeveelheid literatuur waarin SFBT-principes, strategieën en technieken worden beschreven. Hoewel deze niet uitputtend zijn, benaderen de volgende punten de centrale principes van de SFBT (Wand 2018):

1. Het begrijpen van een individueel probleem is niet nodig om het probleem te kunnen oplossen.
2. Praten over problemen en tekortkomingen is niet voldoende om verandering bij patiënten teweeg te brengen en kan een gebrek aan hoop en machteloosheid teweegbrengen bij zowel de patiënt als de therapeut.
3. De rol van de therapeut is te identificeren wat de patiënt anders wil, het verschil te verkennen en vervolgens uit te werken.
4. SFBT erkent dat een snelle of volledige oplossing van problemen onrealistisch is en dat kleine haalbare doelen de voorkeur hebben.
5. De aanname in SFBT is dat de patiënt over de competentie beschikt om uit te zoeken wat hij wil, wat hij nodig heeft in zijn leven en in hoeverre hij bereid is om iets te doen voor wat hij wil bereiken.
6. Het doel van SFBT-vragen is om successen uit het verleden, individuele sterke punten en mogelijkheden, copingvaardigheden, hulpbronnen en de toekomstvisie van de patiënt naar boven te halen en zo te helpen oplossingen voor problemen te formuleren, in plaats van stil te staan bij de problemen zelf.
7. Hoe ernstig of hardnekkig het probleem ook is, er zijn altijd uitzonderingen en in deze uitzonderingen ligt de kiem besloten van de persoonlijke oplossingen.

Voor meer informatie over SFBT, zie Wand (2018).

Van geen van de strategieën is de effectiviteit op het fysiek functioneren eenduidig wetenschappelijk aangetoond. Er zijn wel aanwijzingen voor het bewijs van de effectiviteit binnen andere zorgdisciplines. Ongewenste effecten zijn niet gevonden en zijn tevens niet aannemelijk voor de genoemde vier strategieën. Vanuit het perspectief van de patiënt wordt aan alle strategieën waarde gehecht, aangezien deze de mogelijkheid geven om samen te beslissen. Niet iedere strategie sluit echter aan bij de belemmering die patiënten kunnen ervaren ten aanzien van het zelfmanagement.
MI wordt het meest zinvol geacht als motivatie een dominant belemmerende factor is. PST wordt het meest zinvol geacht als een lage 'locus of control' een dominant belemmerende factor is, maar juist niet als sprake is van ernstige problematiek, zoals een klinische depressie of angststoornis. ACT wordt het meest zinvol geacht bij patiënten met chronische aandoeningen en als het niet accepteren van het gezondheidsprobleem een dominant belemmerende factor is. SFBT wordt bij alle patiënten die dominant belemmerende factoren voor zelfmanagement ervaren zinvol geacht, omdat deze methode geschikt is om patiënten bij het bedenken van oplossingen ten aanzien van het bewegend functioneren te betrekken.
MI wordt regelmatig toegepast binnen de fysio- en oefentherapie, in tegenstelling tot PST, ACT en SFBT. Alle strategieën passen echter binnen het domein van de fysio- en oefentherapeut en het is ook mogelijk om aspecten van de strategieën te integreren binnen de behandeling. Alle strategieën worden hierdoor aanvaardbaar en haalbaar geacht.

Conclusie

Voor alle strategieën (MI, PST, ACT en SFBT) worden conditionele aanbevelingen geformuleerd, gericht op de belemmerende factoren ten aanzien van het zelfmanagement waar de strategie het meest doelmatig op aangrijpt. PST wordt conditioneel afgeraden voor patiënten met klinische depressie of angststoornis. SFBT wordt conditioneel aanbevolen voor alle patiënten die dominant belemmerende factoren ten aanzien van het zelfmanagement ervaren. PPRAKTIJKRICHTLIJN

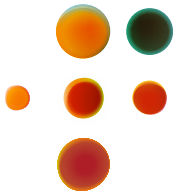
Colofon

© 2022 Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)

Eindredactie: Tertius – Redactie en organisatie, Houten
Creatief concept en vormgeving: C10 Ontwerp, Den Haag

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het KNGF.

Het KNGF heeft als doel om de voorwaarden te scheppen waardoor fysiotherapeutische zorg van goede kwaliteit gerealiseerd wordt, die toegankelijk is voor de gehele Nederlandse bevolking, met erkenning van de professionele deskundigheid van de fysiotherapeut.
Het KNGF behartigt voor ruim 18.000 aangesloten fysiotherapeuten de belangen op beroepsinhoudelijk, sociaal-maatschappelijk en economisch gebied.



De fysiotherapeuten van Nederland

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck