

Provinciale Hogeschool Hasselt

dpt. PXL-Healthcare

Guffenslaan 39

3500 Hasselt



# De rol van een thuisverpleegkundige binnen zelfmanagementondersteuning bij patiënten met een chronische aandoening.

Bachelorproef voorgedragen door:

Dreesen Annick

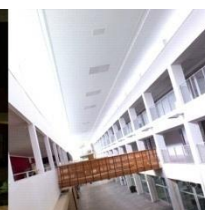
Promotor: Valy Johan

Inhoudsdeskundige: Moermans Vincent

Academiejaar 2014-2015

Opleiding Bachelor na Bachelor in de  
interdisciplinaire ouderenzorg

2014-2015







**DE HOGESCHOOL  
MET HET NETWERK**

# **De rol van een thuisverpleegkundige binnen zelfmanagementondersteuning bij patiënten met een chronische aandoening.**

**Afstudeerproject voorgedragen door:**

*Dreesen Annick*

**Promotor: Vally Johan**

**Inhoudsdeskundige: Moermans Vincent**

**Oudere: V.U**

**Academiejaar 2014-2015  
Bachelor na Bachelor Interdisciplinaire Ouderenzorg**



## Woord vooraf

Voor u ligt de bachelorproef 'De rol van een thuisverpleegkundige binnen zelfmanagementondersteuning bij patiënten met een chronische aandoening'. Dit is geschreven in het kader voor mijn afstuderen van de opleiding banaba in de interdisciplinaire ouderenzorg. Van oktober 2014 tot en met mei 2015 ben ik bezig geweest met het meewerken aan een onderzoek in kader van een masterthesis en het schrijven van deze bachelorproef.

Deze bachelorproef is geschreven in opdracht van mijn werkplaats, het Wit-Gele Kruis Limburg. Samen met mijn inhoudsdeskundige, Vincent Moermans, is de onderzoeksvraag bedacht. In kader van zijn onderzoek voor zijn masterthesis heb ik geholpen met het afnemen van de interviews. Hieruit heb ik antwoorden kunnen vinden op mijn onderzoeksvraag. De inhoudsdeskundige, Vincent Moermans en de promotor vanuit de hogeschool PXL, Johan Valy, stonden steeds klaar om mij te helpen met mijn vragen.

Graag zou ik mijn begeleiders willen bedanken voor de begeleiding en ondersteuning tijdens dit traject. Daarnaast wil ik alle geïnterviewden bedanken, in het bijzonder V.U., de oudere waarop de casus gebaseerd werd. Zonder zijn medewerking had ik dit onderzoek nooit kunnen uitvoeren.

Mijn collega-studenten en collega's van de afdeling wil ik graag bedanken voor de ondersteuning. Ondersteuning heb ik ook kunnen vinden bij mijn familie. Als ik het even niet zag zitten, stonden zij voor mij klaar. Mijn partner en dochtertje wil ik in het bijzonder bedanken. De wijze raad en lieve woorden hebben me goed gedaan.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Dreesen Annick

## Inhoudsopgave

Inleiding .....	1
1 Theoretisch gedeelte .....	4
1.1 Chronische zorgmodel van Wagner .....	5
1.2 Anders kijken naar elkaar .....	6
1.3.1 De verpleegkundige als expert .....	7
1.3.2 De verpleegkundige als coördinator .....	8
1.3.3 De verpleegkundige als innovator .....	10
1.3.4 De verpleegkundige als coach .....	11
1.3.5 De verpleegkundige als professional .....	12
1.4 Besluit theoretisch gedeelte .....	13
2 Praktisch .....	14
2.1 Methode van het onderzoek .....	14
2.1.1 Selectie deelnemers .....	14
2.1.2 Dataverzameling .....	15
2.1.3 Data-analyse .....	15
2.2 Resultaten .....	16
2.2.1 Analyse interviews: de mogelijke rollen van de thuisverpleegkundige .....	16
2.2.2 Tussentijds besluit .....	19
2.3 Casus: .....	19
2.3.1 Hoe kan een thuisverpleegkundige in deze casus de 5 verschillende rollen opnemen? .....	22
3 Discussie .....	25
4 Reflectie .....	26
5 Besluit .....	28
6 Bibliografie .....	30
7 Abstract .....	32
8 Bijlage .....	34

## Inleiding

Chronisch zieken nemen een steeds prominentere plaats in onze maatschappij en zijn op dit moment de belangrijkste oorzaak van invaliditeit. De stijging van de levensverwachting gaat hand in hand met een stijging van de prevalentie van chronische ziekten (Paulus, Heerden, & Mertens., 2012; Hasteld Holman, 2004). Deze worden door de Wereldgezondheidsorganisaties (WGO) gedefinieerd als "langdurige aandoeningen die over het algemeen langzaam evolueren". Het doel van het chronische zorgmodel van Wagner is het verbeteren van de functionele status, minimaliseren van de verontrustende symptomen, omgaan met de psychosociale stress van pijn en invaliditeit en het leven verlengen door middel van secundaire preventie. In de chronische zorg wordt de patiënt holistisch benaderd (Grumbach, 2003). Een chronische ziekte confronteert patiënten met allerhande behoeften die hen verplicht om hun gedrag te veranderen. Het is nodig om zich bezig te houden met activiteiten die het fysieke en psychologische welzijn bevorderen, om te communiceren met zorgverleners en zich te houden aan behandelingschema's. Ze moeten hun gezondheidstoestand controleren en maken hierdoor samen beslissingen om de impact van de ziekte op fysiek, psychisch en sociaal functioneren te beheren (Clark,2003).

Voor de jaren '60 bestonden er nog maar weinig maatregelen voor mensen in een kwetsbare situatie. De aandacht voor de betaalbaarheid van gezondheidszorg is pas aanwezig vanaf de jaren '60 (Vancorenland, 2013). De uitgaven voor de gezondheidszorg zijn verdrievoudigd, terwijl de rijkdom van het land slechts is verdubbeld. Hoe die uitgaven voor gezondheidszorg de volgende 10 à 20 jaar gaan groeien kunnen we vandaag alleen maar schatten, maar met een grote waarschijnlijkheid kunnen we wel stellen dat die uitgaven sneller gaan groeien dan de groei van de rijkdom van het land. De meeste patiëntenbezoeken behoren tot de groep van chronische ziekten en 70% van het totaalbudget wordt hier aan besteed. Omdat het zorgstelsel niet goed afgestemd is, zijn er discontinuïteit en versnippering van de zorg (Hasteld Holman, 2004). Dat de groei groot zal blijven, is hoofdzakelijk te wijten aan een aantal gekende ontwikkelingen:

Ten eerste is er de fenomenale groei van de medische technologie en innovatie en van de mogelijkheden van de moderne geneeskunde. Mede daardoor is ook de levensverwachting de laatste decennia enorm toegenomen.

Een tweede element is de vergrijzing. De groep van de oudere mensen gaat dus een steeds groter deel vormen van onze bevolking, en vermits zij meer gezondheidszorg gebruiken zal dit een meerkost betekenen in onze gezondheidszorg. Deze vergrijzing zal vooral in de sector van de

chronische zorg meer uitgaven teweegbrengen. De bevolking heeft een hoger opleidingsniveau dan hun vorige generaties. De babyboomgeneratie is beter geïnformeerd en zal daardoor ook mondiger en kritischer zijn. Hierdoor zal ook de relatie veranderen tussen de zorgverlener en de patiënt. Er moet van uitgegaan worden dat de patiënt ook deels op de hoogte is van zijn/haar aandoening, maar deze kan ook mogelijk verkeerd zijn ingelicht (Geurden, 2012).

We zijn er op het moment nog niet op voorbereid en daarom moeten we de zorg anders gaan organiseren (Kessene, 2012). Het is bekend dat de kwaliteit van verschillende chronische ziekten niet optimaal zijn. Verschillende managementprojecten die gestart zijn, geven vaak weinig aandacht aan zelfmanagement en zijn bijna altijd gericht op acute ziekten of op enkele chronische ziekte (zie bijlage) (Hasteld, 2004). Men zal een plan moeten gaan uitwerken, gericht op de patiënt. De persoon die aan een chronische aandoening lijdt heeft in de eerste plaats een levensproject. Op dit project moet een zorgplan worden geënt, uitgewerkt in samenspraak met de behandelende arts en andere partijen betrokken in de eerstelijnszorg (Paulus, Heerden, & Mertens., 2012). Het verlenen van chronische zorg moet in teamverband gebeuren en gericht zijn op de patiënt. Werken in een multidisciplinair team dat een gemeenschappelijk zorgplan deelt is noodzakelijk omwille van de complexiteit en de aard van chronisch zorgverlening.

Het chronisch zorgmodel van Wagner (CCM) kan hiervoor een oplossing bieden. Dit model kiest voor een bredere invulling van het zelfmanagement van de patiënt. Niet enkel de professionals maar elke betrokkene in de zorg heeft een rol bij de ondersteuning van de patiënt. Hierbij gaat het dan over informeren, begeleiden en gedragsbeïnvloeding. Het chronisch zorgmodel stelt de patiënt centraal en is een vorm van integrale zorg. In dit model is er ook een verandering in de relatie zorgverlener-patiënt: de rol van patiënt zal zodanig verschuiven naar zorgmanager. Omdat de meerderheid van de chronische ziektezorg wordt uitgevoerd binnen de eerstelijnsgezondheidszorg en de huisartsen een groot deel van hun tijd besteden aan de behandeling van chronische ziekten, vormt het chronisch zorgmodel een belangrijke herziening van de eerstelijns gezondheidszorg. Gezien de huidige besparingen en de trend om ouderen zolang mogelijk thuis te verzorgen, zal de thuiszorg een belangrijkere rol krijgen en belast worden. Mensen met een chronische ziekte veranderen hun gedrag pas wanneer zij in dit proces een leidende rol krijgen (Huijben, 2011).

Het Wit-Gele Kruis Limburg is een organisatie voor thuisverpleging met als hoofdactiviteit thuisverpleging op maat. Het merendeel van de patiënten is ouder dan 65 jaar. De stijging van het aantal ouderen en chronische zieken zal voor het Wit-Gele Kruis een extra uitdaging worden. Aangezien de overheid de middelen steeds beperkt en terugschroeft, moeten ze een middel voorzien om de zorg betaalbaar te houden. Omdat deze organisatie wil voorbereid zijn op deze toename van ouderen met een chronische zorg, wil zij graag de organisatie van zorg hierop zo

efficiënt en effectief mogelijk afstemmen. Ze wil dit aanpassen aan het chronische zorgmodel van Wagner en dan specifiek het aspect van zelfmanagementondersteuning. Het is nog onduidelijk welke de rol en meerwaarde van de thuisverpleegkundige kan zijn binnen het interdisciplinair team in de context van het chronische zorgmodel. Om als verpleegkundige een rol te kunnen vervullen die de patiënt ook 'echt' centraal stelt, pleit Manu Keirse voor een radicaal nieuwe manier van kijken, een manier die de waarde en waardigheid van mensen centraal stelt. Want pas als we dat doen, kunnen we oprecht met elkaar omgaan. En dat is misschien wel de echte uitdaging als je zorg wilt dragen voor anderen (Keirse, 2014). Dit eindwerk wil daarom de mogelijke rollen verduidelijken van de thuisverpleegkundige binnen het interdisciplinaire team in de context van zelfmanagement in het chronische zorgmodel. De rollen komen vanuit het competentieprofiel van de opleiding 'banaba in de interdisciplinaire ouderenzorg'. Hier wordt het chronisch zorgmodel van Wagner en het denkkader van Manu Keirse aan gekoppeld. Verder is er een analyse van verschillende interviews en een casus die een toepassing van de rollen weergeeft. Naar de interventies van een thuisverpleegkundige is hier geen onderzoek gedaan.



## 1 Theoretisch gedeelte

Er zijn verschillende definities van zelfmanagement(ondersteuning), hieronder zijn degene waarop de bachelorproef gebaseerd is:

Zelfmanagement is "het individuele vermogen om goed om te gaan met symptomen, de behandeling, lichamelijke en sociale consequenties van de chronische aandoening en de daarbij horende aanpassingen in leefstijl, zodat men in staat is om zelf de eigen gezondheidstoestand te monitoren en de cognitieve, gedragsmatige en emotionele reacties te vertonen die bijdragen aan een bevredigende kwaliteit van leven"(Wagner et al.,2001). Zelfmanagement omvat het opvolgen van zijn eigen conditie en omgaan met de cognitieve, gedragsmatige en emotionele veranderingen die nodig zijn om een zinvol niveau van levenskwaliteit te ervaren (World Health Organization, 2014; Paulus, Heerden, & Mertens., 2012).

Zelfmanagementondersteuning is "de ondersteuning die zorgverleners aan patiënten en hun sociaal netwerk bieden, zodat patiënten in het dagelijks leven met hun ziekte kunnen omgaan en het vertrouwen ontwikkelen om gezondheidsbevorderend gedrag in stand te houden voor de rest van het leven" (Bodenheimer, 2002). Het is belangrijk dat er bij zelfmanagementondersteuning een gezamenlijke aanpak is van de zorg en waarbij de patiënt centraal staat. Het doel van deze aanpak is om de patiënt te activeren en om educatie en empowerment te bevorderen (Goldstein, 2004).

Coördinatieplatform zorgstandaarden (2010) schrijft dat zelfmanagementondersteuning interventies zijn die een patiënt, diens omgeving of zorgverlener inzet om de mate van zelfmanagement te vergroten. Zelfmanagementondersteuning omvat 3 activiteiten: het nemen van en omgaan met medicatie, het opnemen van nieuwe betekenisvolle rollen en omgaan met emoties (leren omgaan met angst, frustraties, wanhoop...). Zelfmanagementondersteuning omvat een patiëntgerichte benadering, doormiddel van activering, educatie en empowerment van de patiënt (World Health Organization, 2014; Paulus, Heerden, & Mertens., 2012). Het is van groot belang dat de patiënt enerzijds sociale contacten en emotionele steun kan mobiliseren en behouden, en anderzijds een samenwerkingsrelatie met zorgverleners kan aangaan en onderhouden. Hij moet ook beschikbare zorg en hulpbronnen kunnen vinden en benutten (Huijben , 2011).

## 1.1 Chronische zorgmodel van Wagner

"Mensen met een chronische ziekte veranderen hun gedrag pas wanneer zij in dit proces een leidende rol krijgen". Op basis van die gedachte ontwikkelde de Amerikaan Edward Wagner in de jaren '90 het chronisch zorgmodel (CCM). Het CCM is een Amerikaans model, maar Huijben (2011) en Heijmans (2011) hebben dit toegepast in Nederland, waar deze bachelorproef op gebaseerd is. Het model speelt in op de noodzaak om de zorg voor chronisch zieken te veranderen omdat er een groeiende hulpvraag is die bovendien complexer wordt. In dit model wordt er een onderscheid gemaakt tussen 4 niveaus: de patiënt, het zorgteam, de organisatie en de gemeenschap. In dit model is het dus de patiënt met een chronische aandoening die het zorgproces in handen neemt, waarbij het team de patiënt ondersteunt op alle gebieden (sociaal, psychisch, lichamelijk). De hulpverlener heeft hierbij een goede kijk op het netwerk van de patiënt en maakt hier gebruik van. Het contact tussen professional en de patiënt staat centraal.

Dit model stelt op 6 terreinen verandering voor. Ten eerste is dit zelfmanagementondersteuning. De patiënt heeft hierbij een regiefunctie in het zorgproces en in zijn eigen leven. Hij moet leren met zijn ziekte om te gaan en met zijn beperkingen zijn maatschappelijke rol te vervullen (Huijben, 2011). Hij moet proactief kunnen omgaan met de gevolgen van zijn ziekte, bijvoorbeeld door zich laten omscholen zodat hij aangepast werk kan doen (Heijmans, Cardol, Schellevis, Ursum, & Rijken, 2011). Dit vereist vaardigheden zoals: het stellen van beperkte doelen voor het omgaan met de ziekte, het herkennen van de belemmeringen die bij het bereiken van de doelen kunnen optreden en een plan opstellen om deze belemmeringen aan te kunnen (Huijben, 2011). Maar dit is niet voor alle patiënten even gemakkelijk. De complexiteit van zelfmanagement verschilt naargelang de persoonlijke kenmerken, ziektegerelateerde en sociale factoren (Heijmans et al., 2011). De tweede verandering is het herontwerp van het zorgproces. Ten derde moet er beslissingsondersteuning zijn. De richtlijnen en protocollen die gebruikt worden bij de behandeling moeten wetenschappelijk onderbouwd zijn. Als vierde verandering moet er een klinisch informatiesysteem komen: de patiëntgegevens moeten door iedere zorgverlener en de patiënt zelf gebruikt kunnen worden. De vijfde verandering is een verandering in de organisatie. Werken volgens dit model betekent dat er veranderingen moeten komen in de werkwijze in een zorgteam; de rol- en taakverdeling van professionals in de eerste lijn en opleiding van zowel professionals als patiënten. De laatste verandering is de community of gemeenschap. Het leven van de patiënt vindt grotendeels plaats buiten de zorg. Het benutten van bronnen uit de omgeving is dan ook belangrijk om de zorg te optimaliseren. Het model gaat er van uit dat de verbetering in de kwaliteit van zorg uiteindelijk zal leiden tot meer kwaliteit van leven en kostenbesparing op lange termijn (Huijben, 2011).

## 1.2 Anders kijken naar elkaar

Onze maatschappij staat steeds meer in het teken van winst en in de zorgsector worden mensen te vaak herleid tot patiënten. Het gaat soms niet echt meer om wie de mens is, maar wel om wat hij heeft of kan. Veel meer mensen voelen zich onbegrepen omdat alles is opgesplitst en niemand echt de verantwoordelijkheid neemt. "Het gaat niet om wat ze hebben of wat ze kunnen, maar om wie ze zijn en wat ze betekenen" (Manu Keirse). Daarom pleit Keirse (2014) voor een nieuwe manier van kijken, één die de mens echt centraal stelt. Omdat de verpleegkundige een aanspreekpunt kan zijn voor de chronische zieke en nauw samenwerkt met de patiënt en de mantelzorger, is het van belang om van patiënten te weten wat de behoefte aan zelfmanagementondersteuning is, terwijl deze kennis nog ontbreekt (Heijmans, et al. 2011). De verpleegkundige heeft hier meer een coachende rol en hierbij is de begeleiding en sturing het uitgangspunt en niet de eigen expertise. Men moet gebruik maken van de ervaring en kennis van de patiënt en het zorgplan laten aansluiten naar zijn keuzes (Huijben, 2011). Het denkkader van Keirse (2014) zou hier een hulpmiddel voor kunnen zijn.

## 1.3 Competentieprofiel: de 5 rollen

In de opleiding 'banaba in de interdisciplinaire ouderenzorg' bestaat het competentieprofiel uit 5 rollen die een verpleegkundige moet behalen om de bijzondere beroepstitel te krijgen. Dit competentieprofiel is tot stand gekomen door overleg met vertegenwoordigers vanuit de ouderenzorg, analyse van publicaties over ouderenzorg, analyse van de oplossingsrichtingen in het overheidsbeleid en van de bestaande (inter)nationale competentieprofielen. De 5 rollen zijn: 1) De rol van expert: in het opleidingsprogramma vult de verpleegkundige deze rol in door zorg op maat te verlenen en dit op een methodische wijze. Het verlenen van deze expertise en zorg is steeds gebaseerd op wetenschappelijke kennis, klinisch inzicht en deskundigheid. De verpleegkundige houdt rekening met de autonomie en is gericht op het empoweren van de oudere cliënt; 2) De rol van coördinator: volgens de opleiding stemt de coördinator enerzijds proactieve gerontologische acties en anderzijds intra-, extra- en transmurale geriatrische zorgactiviteiten op elkaar af rekening houdend met de autonomie van de oudere cliënt; 3) De rol van innovator: de innovator wil de kwaliteit van zowel gerontologische interventies als de geriatrische zorgverlening bevorderen door het opzetten en ondernemen van innovatieve acties in de ouderenzorg volgens de principes van evidence-based practice; 4) De rol van coach: de coach levert vanuit zijn deskundigheid een actieve bijdrage aan de kwaliteit van het professioneel handelen van het interdisciplinair team, individuen of andere actoren; 5) De rol van professional: de professional draagt actief bij tot de profilering van de ouderenzorg binnen de maatschappij en staat kritisch tegenover zijn eigen professioneel handelen. (Opleidingsprogramma bachelor na bachelor in de interdisciplinaire

ouderenzorg, 2014-2015). Naar aanleiding van dit competentieprofiel, worden de 5 rollen verder afzonderlijk uitgelegd, gelinkt aan het chronische zorgmodel en het denkkader van Keirse (2014).

### **1.3.1 De verpleegkundige als expert**

Zelfmanagementondersteuning vereist kennis, vaardigheden en attitude van de zorgverlener. Dit vraagt training want het chronisch zorgmodel (CCM) vindt het belangrijk dat elke zorgverlener een onderzoekende houding heeft. De zorgverlener moet steeds vertrekken vanuit de vraag en leefwereld van de patiënt en moet meer bezig zijn met het dagelijks functioneren. Er moet aandacht zijn voor wat wel nog kan. Een chronisch zieke kent in zijn ziekteproces verschillende fasen (gezondheidsproblemen worden gemeld, onderzoeken, behandeling, nazorg en de patiënt moet leren omgaan met de gevolgen). De zorgverlener is bij die activiteiten maar zijdelings betrokken en kan de patiënt slechts instrumenten aanreiken om gedurende zijn leven beter met zijn ziekte om te gaan. Daarom zijn patiënt en zijn directe naasten aan zet. Er zijn verschillende items die van invloed zijn op de draagkracht en -last van de: de mogelijkheden en motivatie van de patiënt, de aard van de aandoening, de fase van het ziekteproces, zijn ziektebeleving en de (mogelijke) ondersteuning thuis. Ook emoties als angst, onzekerheid, schaamte of boosheid spelen een belangrijke rol. Al deze factoren beïnvloeden de positie van de patiënt in het zorgproces (Huijben, 2011). De ondersteuning van de hulpverleners is nodig, maar de motivatie van de patiënt, hun opvattingen en intentie zijn van groot belang om het te doen. De behoefte om aan zelfmanagement te doen verschilt van patiënt tot patiënt (Heijmans, Cardol, Schellevis, Ursum, & Rijken, 2011). Om de behoeften van de patiënt te kennen, is de relatie patiënt-verpleegkundige belangrijk. De mens wordt nog steeds niet in zijn geheel gezien maar in onderdelen. Dit wordt bewezen doordat er in de gezondheidszorg voor elk orgaan een andere arts is. Intensieve relaties zijn belangrijk omdat ze de kwaliteit van het leven kunnen beïnvloeden. Doordat alles tegenwoordig snel moet gaan, zijn onze contacten oppervlakkige en haast men zich van frustratie naar frustratie. Om een goede relatie met iemand te hebben is het belangrijk dat de hulpverlener zich in iemand kan verdiepen. Dit geeft verbondenheid en zin in het leven. De autonomie mag niet te sterk benaderd worden, omdat er dan niet meer aan het belang van verbondenheid gedacht wordt. De patiënt zou kunnen denken dat hij een hindernis is voor de anderen. Dan spreekt men over 'negatieve vrijheid' (Keirse, 2014). "*Negatieve vrijheid is wanneer de mens steeds zelf moet, kan en mag kiezen, als men voortdurend zelf de antwoorden moet vinden en dan kan het moeilijk worden deze ruimte in te vullen*" (Desmet en Grommen, 2005). Zelfmanagement moet niet enkel benaderd worden vanuit medisch perspectief. De persoon moet niet enkel leren hanteren van ziektegerelateerde symptomen en gedrag, zoals bijvoorbeeld het innemen van medicijnen, het volgen van een dieet of andere leefstijladviezen. Een belangrijk onderdeel van de kwaliteit van

leven is dat de patiënt allerlei activiteiten en rollen kan blijven uitvoeren (Kempen, 2006). Als verpleegkundige moeten we de patiënt serieus nemen en dat betekent ook dat de patiënt afgewezen kan worden. Er wordt gesproken van een verborgen onverschilligheid wanneer niemand de ander nog durft af te wijzen (Keirse, 2014). Wanneer we zorg op maat willen geven, betekent dat we moeten handelen uit compassie. Er wordt dan niet 1 probleem gezien, maar de patiënt wordt als mens in zijn totaliteit gezien. Zo wordt er persoonlijke aandacht en concrete steun gegeven. Compassie is niet gelijk aan medelijden omdat medelijden een neerbuigende houding heeft, maar het is een houding dat op gelijkwaardigheid staat en hierdoor zet de ander zijn eigen vooroordelen opzij. De harde kant van compassie is de andere de waarheid vertellen en confronteren met zijn gedrag. Het echt zien van een cliënt kan bemoeilijkt worden door angst, omdat hierdoor afstand gecreëerd wordt. Door alles rationeel te zien, kunnen gevoelens worden afgesloten (Keirse, 2014). Om een patiënt te kunnen 'zien' heeft Keirse (2014) 9 principes op een rij gezet: 1) Kijken naar de situaties die de cliënt voldoening hebben gegeven. Laat hem dus niet alleen kijken naar nu maar ook naar waar hij vandaan komt en met het einde voor ogen; 2) Men kan niet altijd de dingen kiezen, maar wel hoe men de dingen doet; 3) Door als verpleegkundige je beperkingen te kennen wordt je mens in relatie tot anderen. Weet dat een thuisverpleegkundige er niet alleen voor staat maar dat ze beroep kan doen op anderen en dat er steeds rekening gehouden moet worden met anderen. "Verbondenheid betekent niet enkel verplichtingen, maar ook mogelijkheden "; 4) Durf fouten toe te geven en blijf niet steeds hetzelfde standpunt te verdedigen. Confronteer jezelf met je mindere kanten. Sommige zijn geliefd doordat ze kun schuld durven toegeven; 5) "Respecteer terechte autoriteit, rebelleer tegen onterechte autoriteit" (Manu Keirse); 6) Accepteer niet alles omdat afwijken door de groep zou kunnen verworpen worden. (Keirse, 2014); 7) Blijf jezelf. Doe niets omdat anderen het ook doen. Haal het beste in anderen naar boven. Zorg ervoor dat anderen zich speciaal voelen zodat het gevoel van zelfwaarde versterkt wordt (Zimbardo, 2007); 8) Ga voor je ambities, drijfveren en principes: Waar sta je voor? Waar ligt je passie en wat wil je voor de mensen betekenen? 9) Stel je dienbaar op zodat je goed je werk kan doen en dat lukt niet wanneer je enkel aan jezelf denkt (Keirse, 2014). De basis van het CCM is werken met richtlijnen en protocollen die wetenschappelijk onderbouwd zijn. De organisatie moet zich inzetten om deze richtlijnen en protocollen in de dagdagelijkse praktijk van de zorgverleners te integreren en dit kan door opleiding van zorgverleners en patiënt (Huijben , 2011).

### **1.3.2 De verpleegkundige als coördinator**

Het team dat de zorg organiseert en coördineert, is een team dat zich bevindt in de eerste lijn (Bodenheimer, 2002) en in dit team heeft de patiënt een vast aanspreekpunt. Deze verzamelt

relevante informatie en bespreekt de situatie vóór het bezoek van de patiënt met het zorgteam. Er dient steeds aandacht te zijn voor de gezondheidsproblemen, maar ook voor gezondheidsbevordering en de consequenties van de aandoening voor de kwaliteit van leven. Het zorgteam en patiënt kiezen samen voor de behandeling. Het team bewaakt ook over de kwaliteit van de zorg en tijdige follow-up. Er is dus regelmatig contact met de patiënt. Zorg- en medicatiemanagement dienen bij een professional te worden gelegd. Om zorg op maat te kunnen geven moet het team zo georganiseerd zijn dat het aan de behoefte kan doen van de patiënt. Daarvoor moet ook gebruik gemaakt worden van populatiegegevens, protocollen, richtlijnen die wetenschappelijk onderbouwd zijn, specifieke informatie over de behoefte van patiënten en instrumenten die kunnen helpen bij de besluitvorming (Huijben , 2011).

Dit team is verantwoordelijk voor al de zorgvragen van patiënten, waarbij het de problemen diagnoseert en managet en, indien nodig, andere professionals betreft bij de beoordeling en behandeling van de klachten. Het team ontwikkelt een relatie met de patiënt, heeft begrip voor de leefomstandigheden, de rollen die hij uitoefent, zijn culturele achtergrond en de gemeenschap waarin hij leeft. Om in staat te zijn de uitkomsten per patiënt te optimaliseren moet het team beschikken over expertise op het terrein van klinische therapie en ziektemanagement, over relevante informatie voor de patiënt, maar ook over tijd en middelen. Daardoor zijn verschillende disciplines en kwaliteiten in het team noodzakelijk. De aanwezigheid van artsen, verpleegkundigen en administratieve medewerkers kan het team sterker maken. Hierbij moet er respect en een goede samenwerking onderling zijn. De onderlinge taak-, rol- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverleners moet duidelijk zijn in het team en er moet een scheiding zijn in de werkzaamheden: de zorg voor acute gezondheidsproblemen is vooral een taak voor artsen. De geplande controle van chronische aandoeningen, de ondersteuning en begeleiding van chronisch zieken daarentegen, is een taak van verpleegkundigen (Bodenheimer et al. 2002). Het is van belang dat er continuïteit is in de zorg en daardoor wordt bij voorkeur best alles gecoördineerd door één centrale hulpverlener (Huijben, 2011).

Zorgcoördinatie is aan de orde wanneer er een overgang is van eerste lijn naar tweede lijn en omgekeerd. Wanneer een patiënt van thuis naar een ziekenhuis moet, is er koppeling nodig van de klinische zorg en de mogelijkheden die vanuit de omgeving van de patiënt (kan) worden geboden. De zorgcoördinator die deze taak op zich neemt moet veel kennis hebben van de eerstelijnszorg. Het gaat niet enkel over gezondheidszorg, maar ook over welzijn, huisvesting, vrijetijdsbesteding,... De zorgcoördinator geeft hier informatie over en helpt de patiënt bij het leggen van de eerste contacten in de omgeving (Huijben , 2011). Een aanpassing van het zorgproces is aan te raden om dit over te laten aan een arts of aan een verpleegkundige wanneer het gaat over ziektecontrole. Het contact tussen zorgverlener en patiënt kan op initiatief van zowel de patiënt als een

professional worden georganiseerd en kan ook telefonisch of via het internet gebeuren (Heijmans, Cardol, Schellevis, Ursum, & Rijken, 2011).

### **1.3.3 De verpleegkundige als innovator**

De implementatie van het chronisch zorgmodel van Wagner is al innoverend op zich. Het innoverend aspect aan het chronisch zorgmodel is dat het een systeemtheoretische benadering is, waarbij elk aspect wordt beïnvloed. Een aspect is de relatie tussen patiënt en zorgverlener, tussen de zorgverleners onderling, tussen zorgverlener en overheid, tussen patiënt en mantelzorger. Het principe van CCM is al een hele tijd gekend, maar de implementatie in België is wel innoverend. Op dit ogenblik is de organisatie van de zorg nog steeds gericht op de professionele hulpverlener, die in het middelpunt staat van de zorg in plaats van de patiënt. Kenmerkend aan het CCM is dat de patiënt centraal staat in zijn zorg en deze coördineert.

Om zelfmanagement te kunnen realiseren noemen Henkemans et al. (2010) 5 begeleidingsaspecten: 1) De patiënt moet inzage krijgen in de gezondheidsgegevens en een methode aangeboden krijgen om deze gegevens te kunnen beheren; 2) Er moet informatie gegeven worden die ervoor zorgt dat de patiënt ondersteund wordt bij de gezondheidskeuzes die hij maakt; 3) Activiteiten die zelfredzaamheid kunnen vergroten moeten gecoacht worden; 4) Er moeten handvatten gegeven worden om relevante (Geurden, 2012) partijen in de omgeving te lokaliseren en te mobiliseren; 5) De patiënt leren omgaan met reacties vanuit de sociale omgeving. De begeleiding moet zowel op de relationele als emotionele behoefte van de patiënt inspelen (Henkemans, 2010).

Het chronisch zorgmodel onderscheidt 4 elementen in effectieve ondersteuningsprogramma's. Ten eerste zullen de problemen die moeten worden aangepakt, gezamenlijk bepaald worden. Daarna worden er samen prioriteiten en doelen opgemaakt om zo te komen tot een gezamenlijk zorgplan. Ten derde zal er een voortdurend aanbod van training en ondersteuning aangeboden moeten worden om te kunnen omgaan met de ziekte, gedragsverandering en emotionele eisen. Ten laatste zullen er actieve, regelmatige vervolggesprekken en nazorg moeten zijn.

De monitoring van de patiënt gebeurt aan de hand van klinische gegevens die voor iedereen toegankelijk zijn. De informatie die geregistreerd wordt, moet ook gedeeld kunnen worden met de patiënt (Huijben, 2011). De implementatie op grote schaal is niet vanzelfsprekend omdat zowel zorgverlener als patiënten gemotiveerd moeten zijn (Heijmans, 2011).

### **1.3.4 De verpleegkundige als coach**

Van de verpleegkundige wordt verwacht dat hij/zij als coach kan optreden. Deze moet chronische zieken kunnen stimuleren zodat ze een actieve en participerende rol kunnen nemen in de zorg voor hun eigen ziekte. De zorgverleners van nu zijn vooral opgeleid om de zorg 'over te nemen', om zoveel mogelijk zelfstandig beslissingen te nemen die wetenschappelijk onderbouwd zijn en om oplossingen voor hun gezondheidsproblemen aan te reiken. Ze zijn niet opgeleid om een coachende of een ondersteunende rol te vervullen en hebben hiervoor zelf hulp nodig (Heijmans, Cardol, Schellevis, Ursum, & Rijken, 2011). Het is een vraag over welke competenties en vaardigheden een zorgverlener moet beschikken om als coach te kunnen optreden. De verpleegkundige als coach moet bij zelfmanagement steeds rekening houden met meerdere aspecten. Voor sommige groepen is zelfmanagement niet weggelegd en is er onderzoek nodig om een selectie te maken van patiënten bij wie zelfmanagement wel kan slagen. Er is ook informatie nodig over welke behoefte er is aan zelfmanagementondersteuning voor patiënten. Zo zijn er nog een aantal vragen: Hoe wordt de kwaliteit van zelfmanagementondersteuning bepaald? Moeten patiënten worden verplicht om aan zelfmanagement te doen? Hoe kan je patiënten motiveren? Bij wie ligt de regie van zelfmanagement? Welke risico's zijn aan zelfmanagement verbonden en in hoeverre is zelfmanagement veilig? Leidt zelfmanagement tot betere uitkomsten van zorg? Op welke termijn draagt dit bij aan beheersing van de kosten? (Heijmans, Cardol, Schellevis, Ursum, & Rijken, 2011).

Bij een coachende rol moet er gebruik worden gemaakt van de ervaring en kennis van de patiënt en moet het zorgplan aansluiten aan zijn keuzes (Huijben, 2011). Er zijn een aantal elementen waaraan een verpleegkundige moet voldoen om zelfmanagement te realiseren; 1) Ze moet ondersteuning kunnen bieden zodat de kennis en de vaardigheden overdragen kunnen worden zodat dit de patiënt stimuleert en motiveert tot gedragsverandering. De verpleegkundige moet opvattingen van de patiënten accepteren en hem daarin coachen; 2) Ze moet patiëntenvoorlichting en -educatie geven en 3) ervoor zorgen dat de patiënt zich veilig voelt. Interventiemethodieken en zelfzorghulpmiddelen zoals via zorg op afstand kunnen helpen; 4) Er moet een individueel zorgplan zijn met persoonlijke behandeldoelen. In dit plan is het zorgaanbod altijd afgestemd op de zorgvraag en 5) moet het zorgplan een digitale vertaling zijn in het persoonlijke gezondheidszorgdossier (Vaarwerk, et al 2010).

Er moeten verschillende voorwaarden zijn waarbij het zelfvertrouwen en de zelfredzaamheid van de patiënt wordt vergroot. Deze zijn: monitoring van patiënten, sociale interactie tussen professional en patiënt, stimulerend advies en empathische begeleiding. De patiënt moet beschikken over voldoende informatie, vaardigheden, vertrouwen en het vermogen tot zelfontplooiing als hij gebruik wil maken van zijn contacten met het zorgteam (Huijben, 2011). In



het CCM gaat het om samenwerking op basis van gelijkwaardigheid. Het gaat hier om gedeelde zorg of 'collaborative care' (Bodenheimer et al., 2002). Er is veel overleg nodig tussen zorgvrager en zorgverlener om samen te zoeken naar de belasting die de aandoening stelt en de hoeveelheid eigen regie en verantwoordelijkheid die de patiënt wil nemen. Wanneer de doelen en strategieën niet haalbaar blijken te zijn, moeten deze worden bijgesteld. Tijdens de contacten met de patiënt wordt er informatie verzameld en wordt er beoordeeld over het beloop en de aanpak van de aandoeningen. Er worden klinische- en gedragsinterventies toegepast, gericht op primaire en secundaire preventie. Daarna worden er afspraken gemaakt over het verloop van de zorg. Zowel de hulpverlener als de patiënt geven hun informatie om doelen op te stellen, de zorg te plannen, problemen op te lossen en beslissingen te nemen. Het gaat hier om shared decisionmaking. Er worden gedragsinterventies gerealiseerd door zelfregulatie en proactieve coping. Er zijn 3 verschillende technieken van proactieve coping die de patiënt moet leren, deze zijn 1) doelen stellen; 2) een strategie bepalen en een plan maken en 3) het omgaan met emoties en frustraties (Huijben, 2011).

Het CCM is sterk voor de invoering van regelmatige teambesprekingen en het toepassen van instrumenten van kwaliteitsmanagement die men gebruikt in het bedrijfsleven (Heijmans, Cardol, Schellevis, Ursum, & Rijken, 2011).

### **1.3.5 De verpleegkundige als professional**

In de opleiding van ouderenzorg wordt er veel aandacht besteed aan somatische zorg, hygiënische zorg en praktische vaardigheden. Er wordt vergeten dat het gaat om het welbevinden van de mens omdat er misschien in de opleiding van de hulpverleners verteld wordt dat afstand nemen een professionele houding is. Sommigen zijn van mening dat er geen goede beslissingen genomen worden als de hulpverlener te betrokken zou zijn. Emotioneel zijn betekent niet dat de denkracht gaat varen, er zouden juist betere beslissingen genomen worden als er rekening wordt gehouden met de eigenemoties en die van de andere. Door emotionele afstandelijkheid kan een hulpverlener juist als een robot gaan functioneren (Keirse, 2014). Het is belangrijk dat de mensen in hun totaliteit bekeken worden, dat we zien waar ze staan, waar ze vandaan komen en waar ze naartoe gaan. Het gaat er in de ouderenzorg vooral over om naast de mensen te staan. Alle hulpverleners moeten blijvend aangemoedigd worden in het bijzijn van hun collega's om aan deze fijngevoeligheid en menselijkheid te voldoen (De henzel, 2000). Er mag niet meer gewezen worden op tijdsgebrek en tekort aan personeel om gebrek aan menselijkheid te rechtvaardigen. Als men een bepaald tempo moet halen mag dit niet ten koste van de zorg gaan. Men zal zelfs ontdekken dat men mettertijd hetzelfde werk beter doet als er oog is voor een ander (Keirse, 2014).

#### 1.4 Besluit theoretisch gedeelte

Dit theoretisch deel geeft de verschillende rollen weer van de thuisverpleegkundige in het kader van zelfmanagementondersteuning. In de rol van expert gaat het vooral over de activiteiten die gericht zijn op gezondheidsbevordering, therapietrouw, het opbouwen van de weerstand en het leren omgaan met de ziekte. Het is van belang om 'aandacht' te hebben voor de patiënt en zijn omgeving. De coördinator zal de zorg moeten coördineren en de patiënt moeten leren omgaan met de verschillende hulpverleners. Als innovator leert de thuisverpleegkundige de patiënt de eigen gezondheidstoestand monitoren en op basis van symptomen en signalen beslissingen nemen. De patiënt moet inzage krijgen in het patiëntendossier. In elke rol komt de rol van coach terug. Het is de patiënt letterlijk 'coachen' tot zelfmanagement. De rol als professional gaat vooral over het reflecteren van zijn/haar handelen. Dit is levenslang leren.

## **2 Praktisch**

In de theorie wordt beschreven welke rollen een thuisverpleegkundige kan opnemen met betrekking tot zelfmanagement. Maar hoe is dit in de praktijk? Aan de hand van een analyse van interviews, wordt de huidige situatie in kaart gebracht.

### **2.1 Methode van het onderzoek**

In kader van een onderzoek naar aanleiding van een masterthesis (Moermans, 2015) vanuit de Universiteit Maastricht met betrekking tot de bevorderende en belemmerende factoren van de implementatie van zelfmanagement, zijn doormiddel van een semigestructureerd interview onder andere de rollen bevraagd van de verschillende actoren in het interdisciplinair team. Deze gegevens zijn gebruikt voor deze bachelorproef.

#### **2.1.1 Selectie deelnemers**

Om de belemmerende factoren in kaart te brengen, is een doelgerichte selectie gemaakt van sleutelfiguren met betrekking tot chronische zorg op micro-, meso- en macro niveau. Op microniveau wordt de samenwerking benadrukt tussen patiënten / families, gezondheidszorgteams en partners in de gemeenschap. Het mesoniveau verwijst naar de organisatie in de gezondheidszorg en de gemeenschap, met een bijzondere nadruk op de noodzaak van continuïteit en coördinatie, alsmede voor "georganiseerde en goed uitgeruste" gezondheidszorgteams. Ten slotte is er het macroniveau. Op dit niveau wordt expliciet het beleid en de financiering bekeken, die worden gezien als de belangrijkste factoren in een succesvol systeem bij chronische aandoeningen. De inclusie van micro- en mesoniveau werd van cruciaal belang om de percepties van individuen en om informatie over interacties op organisatorisch niveau te verkrijgen van de primaire en secundaire zorgpraktijken. Sleutelfiguren werden geïdentificeerd door middel van formele en informele netwerken. Zij weerspiegelen de standpunten van zowel patiënten als de disciplines/functies die betrokken zijn bij de zorg voor mensen met chronische aandoeningen.

De inclusiecriteria waren: vijf jaar ervaring hebben met de eerstelijnsgezondheidszorg, vertegenwoordiger zijn van een organisatie of een patiënt van het Wit Gele Kruis met een chronische ziekte. Geïnterviewden werden gekozen op een doelgerichte manier uit het Wit-Gele Kruis Limburg netwerk:

- ✓ Directeur verpleging van een Limburgs ziekenhuis
- ✓ Afdelingshoofd van een sociale dienst van een Limburgs ziekenhuis
- ✓ Limburgse huisarts
- ✓ Gespecialiseerde arts van een Limburgs ziekenhuis
- ✓ Manager van een Limburgs woonzorgcentrum
- ✓ Directeur van een koepelorganisatie voor patiëntbelangen in Vlaanderen
- ✓ Een stafmedewerker van een organisatie voor mantelzorg in Limburg
- ✓ Een stafmedewerker van een Limburgs Mutualiteit
- ✓ De directeur van een organisatie die verantwoordelijk is voor de coördinatie van de eerstelijns in Limburg
- ✓ De patiënten (2) van het Wit Gele Kruis Limburg
- ✓ Directeur van een Hogeschool verpleegkunde in Limburg
- ✓ Regioverantwoordelijke van een Vlaamse thuiszorgorganisatie De algemene coördinator van een overkoepelende dienst voor thuisverpleging in Vlaanderen.

(Moermans, 2015)

### **2.1.2 Dataverzameling**

De gegevens werden verzameld tussen oktober en november 2014. De deelnemers werden persoonlijk uitgenodigd via de telefoon. Het interview werd opgenomen. De interviewer leidt de gesprek en stelt de vragen. De nota's van de semigestructureerde interviews werden gemaaild naar de deelnemers voor correcties. Als toevoegingen, weglatingen/of fouten werden gemeld, werden ze gecorrigeerd. De interviews werden individueel uitgevoerd (Moermans, 2015).

### **2.1.3 Data-analyse**

Een directe inhoudsanalyse is gebaseerd op de 5 rollen. Het theoretisch model werd gebruikt als startpunt voor de data analyse. Indien de interviewer iets zei met betrekking tot de 5 rollen werd dit aangeduid. Hiervan werd vervolgens een tabel gemaakt. Deze tabel geeft de verschillende geïnterviewden weer. Daarnaast worden de 5 rollen van de verpleegkundige afgebeeld. Het cijfer in de kolommen geeft weer hoe vaak de persoon over een rol spreekt in zijn interview, die mogelijk kan ingevuld worden door een verpleegkundige.

## 2.2 Resultaten

In de literatuur wordt niet altijd specifiek de verpleegkundige genoemd, maar wordt er meestal gesproken over de hulpverlener. In dit eindwerk wordt de verpleegkundige vernoemd wanneer ook hij/zij een rol kan opnemen.

### 2.2.1 Analyse interviews: de mogelijke rollen van de thuisverpleegkundige

Tabel 1: Resultaten van de mogelijke rollen waarover gesproken wordt.

Geïnterviewde	expert	coördinator	innovator	coach	professional	Eindtotaal
Diabetoloog	2	4	0	2	0	8
Dienst voor gezinszorg	3	2	0	4	0	9
Huisarts	0	0	2	0	1	3
Mantelzorg	2	0	3	2	0	7
Mutualiteit	3	1	0	3	0	7
Organisatie eerste lijn	0	1	0	1	0	2
2 patiënten	5	4	0	1	0	10
Patiëntenbegeleiding	3	1	0	2	0	6
Patiëntenvereniging	6	1	3	3	0	13
Thuisverpleging	6	7	2	1	1	17
Verpleegopleiding	4	1	0	0	0	5
Woon- en zorgcentra	1	0	0	1	1	3
Ziekenhuis	1	1	0	2	0	4
<b>Eindtotaal</b>	<b>36</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>22</b>	<b>3</b>	<b>94</b>

Deze tabel geeft de 14 geïnterviewden weer. Er worden in totaal 94 rollen beschreven die een thuisverpleegkundige zou kunnen uitvoeren. De thuisverpleging zelf geeft de meeste rollen weer. De rol van expert wordt in het algemeen het meeste benoemd.

#### De rol van expert

De thuisverpleging en een patiëntenvereniging omschrijven het meeste deze rol. De huisarts en de eerstelijnsorganisatie geven hierover niets weer. Dienst gezinszorg en patiëntenbegeleiding geven dezelfde informatie: het is van belang om de sociale situatie van de cliënt te kennen en te kijken naar wat het beste past binnen de context.

Mutualiteit: "De hulpverlener moet de juiste competenties kunnen inschatten en een benadering op maat geven."

Thuisverpleging: "Algemene preventie en gezondheidsvoorlichting en - opvoeding is belangrijk om inzicht te ontwikkelen."

Patiëntenvereniging: "Goal oriented care, kijken naar de doelstellingen van de patiënt."

### **De rol van coördinator**

De thuisverpleging omschrijft het meeste deze rol. Dit is de hoogste score uit de hele tabel. De huisarts, mantelzorg en het woon- en zorgcentrum zeggen niets over deze rol. Zowel de thuisverpleging als de organisatie eerste lijn vinden het van belang om voldoende aandacht te hebben voor de omgeving en deze erbij te betrekken, vanuit het systeemdenken. Dienst voor gezinszorg en ziekenhuis geven hetzelfde weer: Multidisciplinair overleg, samenwerking, afstemming en opvolging, waarbij elkaars mening wordt gerespecteerd, men openstaat en leert van een ander.

Thuisverpleging: "Vanuit het systeemdenken, voldoende aandacht hebben voor de omgeving en deze betrekken. "

Dienst voor gezinszorg: "Multidisciplinair overleg, waarbij elkaars mening wordt gerespecteerd, men openstaat en leert van een ander. "

Mutualiteit: "Een coördinator komt best uit het netwerk van de patiënt. Het is iemand waarmee de patiënt een vertrouwensrelatie heeft."

### **De rol van innovator**

Deze rol wordt door de geïnterviewden weinig omschreven. De mantelzorgvereniging en de patiëntenvereniging omschrijven dit het meest. De huisarts en de thuisverpleegkundige komen op de 2de plaats. De andere 10 geïnterviewden omschrijven dit niet.

Thuisverpleging: "Toelaten dat de verpleegkundige zijn rol opneemt binnen zelfmanagement vraagt dat er voorwaarden worden gecreëerd op macro niveau en afstemming binnen de beroepsgroep en met de andere stakeholders. "

Patiëntenvereniging: "Interactie en gelijkwaardigheid tussen patiënt en zorgverlener verhogen, door de patiënt van thuis uit in zijn dossier te laten kijken, zodat hij zich kan voorbereiden. "

Mantelzorg: "Als je iets implementeert, doe het dan samen met alle actoren."

Huisarts: "Nieuwe dingen moeten ontwikkeld worden op kleinschaliger niveau, het niveau van de huisartspraktijk."

### **De rol van coach**

De dienst voor gezinszorg omschrijft deze rol het meeste. De huisarts en de verpleegopleiding geven niets weer over deze rol. De thuisverpleegkundige en de dienst voor gezinszorg vinden het van belang om begeleiding en ondersteuning te bieden, tijdelijk de zorg over te nemen om zo de patiënt zelfmanagement mogelijk te maken. De patiëntenvereniging en de diabetoloog spreken in de rol als coach over het belang van gemotiveerd en enthousiast personeel om hun patiënten de juiste informatie te geven om zo hun ziekte in eigen handen te nemen.

Mantelzorg: "Faciliteren van mantelzorgers dwz het creëren van mogelijkheden door hun te informeren, bij elkaar te brengen en het zorgen voor uitwisseling, zodat zij de zieken beter ondersteunen en sterker staan in de zorg."

Ziekenhuis: "Patiënt krijgt verantwoordelijkheid en kan keuzes maken in zijn behandeling."

Patiëntenbegeleiding: "De cliënt sterker maken zodanig dat hij zelf keuzes kan maken, voldoende informatie heeft en beter weet waar hij aan toe is."

Mutualiteit: "Hulpverleners moeten niet het probleem willen oplossen maar meer nadenken over de middelen die kunnen aangereikt worden om de cliënt te helpen met het oplossen van zijn problemen."

### **De rol van professional**

Over deze rol wordt het minste gesproken. Enkel de huisarts, de thuisverpleging en het woon- en zorgcentrum geeft hier iets over weer.

Thuisverpleging: "Het is heel gemakkelijk om vandaag een thuisverpleegkundige in te schakelen, ook al is dat misschien niet nodig. "

Huisarts: "Oplossend karakter en leervermogen van de professionals zelf."

Woon- en zorgcentrum: "Sleutelfiguren die de rest van het team kunnen besmetten zijn belangrijk."

### 2.2.2 Tussentijds besluit

Niet iedereen spreekt over alle rollen in zijn/haar interviews, maar over het algemeen komt wel elke rol aan bod. Wat duidelijk is, is dat er het meest gesproken wordt over de rol van expert, dat dit een belangrijke rol is van de thuisverpleegkundige in kader van zelfmanagement: kijken naar de doelstellingen en de leefwereld van de patiënt is de basis om zelfmanagement te doen slagen. We vertrekken als hulpverleners nog te veel vanuit ons eigen referentiekader. De coördinator zal de juiste personen mee moeten betrekken in de zorg en dit in goede banen moeten lijden. Het is de uitdaging om als thuisverpleegkundige de juiste hulpverleners in de buurt te leren kennen en in te schakelen wanneer dit nodig blijkt. De rol als coach is vooral ondersteuning en begeleiding bieden om tot zelfmanagement te kunnen komen. Over de rol als innovator wordt weinig gesproken omdat de implementatie niet makkelijk is. Dit zal vanuit macroniveau gestuurd moeten worden. De professional is de minst beschreven rol maar daarom niet de onbelangrijkste. Het is als hulpverlener belangrijk om steeds een spiegel voor te houden, en dit heel onze carrière.

### 2.3 Casus:

In deze casus zullen de gevonden punten in het literatuuronderzoek en het onderzoek, geïllustreerd worden aan de hand van een verhaal.

*Mr V.U is een 80-jarige man. Hij is 5 jaar van kastje naar de muur gestuurd en sinds korte tijd gaat het eigenlijk pas goed. Hij is een long kwijt door longkanker en is door al de behandelingen erop achteruit gegaan. Hij wordt goed ondersteund door zijn vrouw en dochter die de controle houden. Hij klaagt al 4 jaar van een slechte nachtrust maar dat werd telkens afgewimpeld tot hij in mei opnieuw is opgenomen op de geriatrie. Daar was er een psychiater die naar hem heeft geluisterd en hem hiervoor medicatie heeft gegeven, sindsdien is hij een heel ander mens. Zijn huisdokter is nog van de oude stempel maar de patiënt heeft hem al te lang als huisdokter om hem aan de deur te zetten. Ze (de artsen) zeggen hem: "Hier moet u mee leren leven" of "We bekijken dit later." Later is nu voor hem, maar dat willen ze volgens hem niet verstaan. Soms trekt hij zelfs het nut van de medicatie in twijfel en wil hij ze wel eens achterwege laten of de behandeling onderbreken. De info die hij krijgt over de medicatie, krijgt hij van zijn dochter. Zo zetten ze nu zelf hun ritme in banen. "Soms lukt zelfmanagement en soms lukt het niet", zegt hij.*

*Zijn leven is anders door de ziekte. Het ergste vindt hij dat hij niet meer mee telt: hij moet alles laten schieten omdat het niet meer gaat en ze laten hem in de steek. Hij was vroeger een actief persoon maar nu blijft iedereen plots weg.*



*Niemand geeft hem zelfvertrouwen om aan zelfmanagement te doen, behalve 1 specialist. Zelfmanagement past bij zijn waarden en normen omdat hij niet graag geleefd wordt.*

*Hij zou wel aan zelfmanagement kunnen doen omdat hij zelf de informatie zoekt. Hij beseft wel dat zelfmanagement moeilijk is voor iemand die geen letters heeft gegeten. Soms begrijpt hij de informatie niet goed. Hij kan bovendien de band niet leggen tussen de verschillende aandoeningen.*

*Hij gelooft niet dat het dossier onderling van arts naar specialist wordt doorgespeeld. Dat steekt hem tegen en veel uitleg krijgt hij niet. Als ze uitleg geven is het niet duidelijk of doen ze alsof hij het toch niet begrijpt. De darmspecialist was niet eens op de hoogte dat hij maar 1 long had. Dokters weten volgens hem niet van elkaar welke medicatie men voorschrijft voor de patiënt. Dat vindt hij erg. Ook de kennis die men heeft over de medicatie is beperkt. Zijn dochter geeft hem veel info over de medicatie. Zo kan hij de generische geneesmiddelen namelijk niet verdragen maar dat lijkt de arts niet te begrijpen.*

*Hij weet zeker dat zelfmanagement een meerwaarde is, maar hij is er niet zeker van of dit zal lukken. Bij de jongere artsen misschien wel maar de oudere die gaan dat niet aanvaarden, volgens hem. Hij geeft aan dat hij maar van 2 specialisten goede uitleg heeft gehad. Hij heeft weinig aan het feit dat verschillende specialisten in team werken en elkaar uitleg geven. Hij weet graag waarom. Hij is een wetenschapper en hij weet daarom graag waarom.*

*Hij heeft geen lotgenoten, heeft 2 kameraden. 1 is gestorven en de andere moet terug voor chemotherapie. Hij zou lotgenoten kunnen vinden op internet, maar die nood voelt hij niet. Hij heeft steun genoeg.*

*Wat hem belemmerd om aan zelfmanagement te doen, is dat sommigen hem niet geloofden. Ze keken met oogkleppen naar hun eigen specialisatie. Als ze samenkomen met heel het team, 3 maanden later, dan kreeg hij wel antwoord en dan wist hij wat er aan de hand was. Maar op het moment zelf niet.*

*Hij denkt wel dat hij ondersteuning zou krijgen van andere teamleden van het multidisciplinair team. De verpleegkunde van het Wit- Gele Kruis Limburg helpt hem met zijn medicatie. De kinesist die aan huis kwam, zag hij niet als iemand die hem zou helpen bij zelfmanagement. De revalidatie in het ziekenhuis (Sint-Trudo) vond hij beter omdat ze hem daar van korter bij volgen. Daar had hij betere toestellen en daar heb je per 2 patiënten, 1 kinesist die de oefeningen volgt. Daarna wordt alles goed gemeten. De kinesist aan huis besprak de oefeningen niet met hem. Het zou goed zijn als men de reden zei van de oefeningen. In Sint-Trudo vertelden ze hem de reden van de oefeningen en dat geeft hem een impuls. Voor de huisarts is ondersteuning voor zelfmanagement niet meer weggelegd, omdat hij nog van de oude stempel is, volgens hem. Ik weet niet wie van de*

*hulpverleners ook zelfmanagementondersteuning zou toepassen. De uitslag van de groepsvergaderingen verneemt hij alleen langs de specialist. Hij (de specialist) volgt dat wel op en hij krijgt dan 1 samengebundeld verhaal. In zijn verpleegdossier van het Wit- Gele Kruis Limburg houdt hij de info dan zelf bij. Hij houdt zelf ook zijn gewicht bij en als het nodig is, verhoogt hij zelf zijn medicatie. Hij heeft hier voldoende informatie over. De thuisverpleegkundige en huisarts zijn wel op elkaar afgestemd. Ze communiceren via het communicatieblad. Ook de specialist bekijkt wat hij opschrijft.*

*Hij vindt niet genoeg info over zelfmanagementondersteuning want dat is te algemeen volgens hem. Hij verwijt dat de geneeskunde te algemeen werken. Ze bekijken alles te algemeen. Naderhand passen ze alles aan, maar dan is dat 3 maanden later. Op het internet vindt hij ook alles algemeen.*

*Hij vindt het belangrijk dat de verpleegkundige hem goed kent: zij weet goed wat hij heeft en wat er in hem omgaat. Hij heeft het gevoel dat de vaste verpleegkundige hem goed ondersteund.*

*Hij weet niet of het Wit- Gele Kruis Limburg of Sint-Trudo bezig is met zelfmanagement. Hij denkt het wel. Als ze in medisch groepsverband werken, komt de informatie tenslotte toch bij de patiënt terecht. Als men samen een marge afsprekt en hem de richtlijnen vertelt waar hij moet tussen blijven met bijvoorbeeld zijn gewicht, dan lukt dat wel. Als ze hem hier goed over informeren.*

*De verpleegkundige die hij krijgt, mag men niet veranderen. Het is goed op de manier dat ze dat doet. Ze geeft hem raad en zegt hem waar het op staat. Hij heeft met haar een vertrouwensrelatie. Hij vertrouwt haar meer als een of andere dokter. Hij vraagt zich af wat hij gedaan had zonder verpleegkundige. Ze is er niet alleen om hem te wassen, maar ook voor het praatje erna en dat vindt hij veel belangrijker. Voor hem is het belangrijk dat ze hem ondersteund. Hij heeft ook veel steun aan zijn vrouw. Zijn vertrouwen in zijn arts is weg. Hij heeft wel vertrouwen in 2 specialisten. Er zijn ook specialisten die nog niets eens zijn naam vragen, of vragen hoe het gaat wanneer hij op consultatie moet. Hij heeft ook een goede band met de apotheker. Daar heeft hij ook vertrouwen in.*

*De bestaande sociaal politieke context is volgens hem ook een belemmerende factor. Voor zijn operatie, heeft hij, in kader van de seniorenraad, een enquête georganiseerd. Samen met scholen zijn ze op onderzoek gegaan naar het probleem van de oudere in hun gemeente. Er was vooral 1 punt dat naar voor kwam en dat was armoede. Dat ging niet over het financiële, maar over eenzaamheid. Hij kon zich dat toen niet voorstellen, nu wel. Ze hebben geprobeerd dit te veranderen met buurtvergaderingen, samen met het gemeentebestuur. Na zijn operatie was de enquête afgewerkt. Nu willen ze opnieuw starten maar het gemeentebestuur staat er niet achter.*

*Nog een factor is dat de overheid de middelen niet kent. Ze zouden vergaderingen kunnen organiseren maar hij moet er ook geraken. Hij kan nergens meer geraken. Hij kan niet meer met de auto rijden en kan niet altijd zijn dochters vragen. Hij denkt niet dat de overheid bezig is met zelfmanagement. Dat interesseert hen niet. Hij heeft in de krant gelezen dat ze de ziekenhuizen meer gaan willen specialiseren? Dan moet hij naar verschillende ziekenhuizen voor verschillende behandelingen? Dat kan toch niet. Ze kunnen dat allemaal niet meer volgen op het moment.*

*V, U., persoonlijke communicatie, 14 oktober 2014.*

2.3.1 Hoe kan een thuisverpleegkundige in deze casus de 5 verschillende rollen opnemen? Hieronder een toepassing van de 5 rollen:

Als expert moet de verpleegkundige verder kunnen kijken dan enkel naar de lichamelijke klachten. Als ze hem goed kent kan ze meer bezig zijn met het dagelijks functioneren en met wat hij wel nog kan. De verpleegkundige moet hem leren met de ziekte om te gaan en daarom zal ze ook de vrouw en dochter erbij moeten betrekken. Ze moet hem leren uitgaan van het positieve: wat kan hij wel nog? Waar ligt zijn kracht? Als verpleegkundige moet ze ook een zicht hebben op de draagkracht en -last: op welke gebieden gaat het goed, op welke gebieden gaat het niet zo goed, wat wil hij nog of weer graag kunnen doen, waar ligt zijn motivatie? Zijn er bepaalde factoren die de positie in het zorgproces kunnen beïnvloeden? Deze zullen achterhaald moeten worden. Welke behoeften heeft hij? Kent hij de verschillende behandeldoelen? En welke doelen zal hij kiezen uit dit aanbod? Om een patiënt te kunnen 'zien', kan je als verpleegkundige de principes toepassen die je onder 2.4.1 kan terugvinden.

De thuisverpleegkundige kan hier haar rol als coördinator opnemen. Het team dat voor hem bestaat uit de eerste lijn is: de huisarts, de kinesist en de thuisverpleegkundige. Omdat hij de kinesist en de huisarts niet ziet als personen die hem zouden kunnen helpen bij zelfmanagement, is het team zeer klein. Enkel de verpleegkundige blijft over als professionele hulpverlener. De diensten die de verpleegkundige aanbiedt, moeten voldoen aan zijn behoefte. De verpleegkundige is verantwoordelijk voor de zorgvragen van de patiënt en het is belangrijk dat ze andere professionals kan betrekken bij de zorg. Het eigenaarschap en de zeggenschap over ondersteuning en hulp moet zoveel mogelijk bij de cliënt liggen: wat wil hij met zijn leven, waar wil hij aan werken, welke hulp heeft hij daarbij nodig en hoe wil hij dat die hulp er uitziet? Wanneer hij een antwoord heeft op deze vragen kan hij zijn informele/sociale netwerken versterken en/of inschakelen. Daarom vind ik het belangrijk dat iedere thuisverpleegkundige zijn/haar sociale kaart kent, en contacten legt met de hulpverleners in zijn buurt. Wanneer de hulpverleners in de buurt elkaar

kennen, is het veel gemakkelijker om contact te maken met elkaar en elkaar te helpen bij een zorgvraag. Zo weet iedereen van elkaar wat hij/zij doet en kunnen we ook gemakkelijker de patiënt zelf informeren en doorverwijzen. Respect, samenwerking en een duidelijke taakverdeling kan ook bewaakt worden door de verpleegkundige. (CCM)

De verpleegkundige als innovator kan in deze casus de 5 begeleidingsaspecten toepassen: 1) *De uitslag van de groepsvergaderingen verneemt hij alleen langs de specialist. Hij (de specialist) volgt dat wel op en krijgt dan 1 samengebundeld verhaal. In zijn verpleegdossier van het Wit-Gele Kruis houdt hij de info dan zelf bij. De thuisverpleegkundige en huisarts is wel op elkaar afgestemd. Ze communiceren via het communicatieblad. Ook de specialist bekijkt wat hij opschrijft. Hij krijgt 1 samengebundeld verhaal van de specialist en hij houdt deze info zelf bij. Volgens het CCM zou dit ook zo moeten zijn: hij moet al zijn gezondheidsgegevens kunnen beheren.* 2) *Hij houdt zelf zijn gewicht bij en als het nodig is verhoogt hij zelf zijn medicatie. Als men samen een marge afsprekt en hem de richtlijnen vertelt waar hij moet tussen blijven met bijvoorbeeld zijn gewicht, dan lukt dat wel. Maar ze moeten hem hierover goed informeren.* In het chronisch zorgmodel wordt geschreven dat de patiënt de juiste informatie en ondersteuning moet krijgen over zijn gezondheidskeuzes. 3) *Voor zijn operatie, heeft hij, in kader van de seniorenraad, een enquête georganiseerd. Samen met scholen zijn ze op onderzoek gegaan naar het probleem van de oudere in hun gemeente. Er was vooral 1 punt dat naar voor kwam en dat was armoede. Dat ging niet over het financiële, maar over eenzaamheid. Hij kon zich dat toen niet voorstellen, nu wel. Ze hebben geprobeerd dit te veranderen met buurtvergaderingen, samen met het gemeentebestuur. Na zijn operatie was de enquête afgewerkt. Nu willen ze opnieuw starten maar het gemeentebestuur staat er niet achter.* Patiëntgestuurde zorg is de basis van het CCM en van zelfmanagementondersteuning. 4) We kunnen bij deze casus enkele vragen stellen: Welke activiteiten wil hij doen? Wat vindt hij nog belangrijk? Welke doelen wil hij nog bereiken? Wie in de omgeving, buurt, kan hem hierbij helpen? 5) CCM schrijft ook dat de begeleiding zowel op de relationele als emotionele behoefte van de patiënt moet inspelen. *Het ergste vindt hij dat hij niet meer mee telt: hij moet alles laten schieten omdat het niet meer gaat en ze laten hem in de steek. Hij was vroeger een actief persoon maar nu blijft iedereen plots weg.*

Om de rol als coach te kunnen opnemen, zijn er 5 elementen die een verpleegkundige moet hebben om zelfmanagement te realiseren. Deze elementen zijn terug te vinden onder 2.3.4. Hij geeft verschillende keren aan dat zijn vrouw en dochter een belangrijke rol spelen. Er zal ook aan hen voldoende informatie, steun en aandacht gegeven moeten worden. De patiënt en de verpleegkundige moeten op 1 lijn staan. Er is veel overleg nodig om te weten te komen welke belasting de ziekte voor de cliënt heeft en hoeveel verantwoordelijkheid de patiënt op zich wil nemen. De patiënt moet aangeven wanneer de doelen niet haalbaar zijn en deze moeten dan

worden bijgesteld. Er worden afspraken gemaakt over het verloop van de zorg. De rol als professional komt hier tot uiting wanneer de verpleegkundige een praatje maakt na het wassen. Hij geeft aan dat hij dit heel belangrijk vindt. Hierdoor laat ze voelen dat ze aandacht heeft voor de patiënt en dat ze met hem meeleeft. Als verpleegkundige moet je constant kunnen reflecteren over je eigen handelen, dit is dus een levenslang proces.

### 3 Discussie

Deze bachelorproef is geschreven naar aanleiding van een onderzoek in kader van een masterthesis (Moermans, 2015). Er is een literatuuronderzoek gedaan naar de mogelijke rollen van de thuisverpleegkundige binnen zelfmanagement bij personen met een chronische aandoening. Het chronische zorgmodel van Wagner, het denkkader van Manu Keirse en het competentieprofiel van de banaba interdisciplinaire ouderenzorg is hiervoor gebruikt. Algemeen valt op dat er in het chronisch zorgmodel de rol van expert voortkomt. Het denkkader van Keirse komt hier het meeste in terug en ook in de interviews wordt over deze rol het meest gesproken.

Om de 5 rollen als thuisverpleegkundige te kunnen opnemen zal er een andere benaderingswijze en werkwijze vereist worden. De verpleegkundigen zullen moeten leren om te coachen, te coördineren, te innoveren, een andere relatie aan te gaan met hun patiënten en hun eigen handelen in vraag kunnen en durven stellen. Sommige verpleegkundigen bezitten al enkele van deze rollen, de ene verpleegkundige al weet meer dan een andere. We moeten als organisatie samen op 1 lijn staan. Hiervoor is veel sturing, opleiding, vorming en tijd nodig. Het zal een andere denkwijze eisen. Als thuisverpleegkundige moeten we niet alles willen overnemen, maar we moeten ook kunnen 'loslaten' en de patiënt handvaten geven om het zelf te doen. We moeten hier zelf nog veel leren om een coachende of ondersteunende rol te zijn. We moeten leren een zorgplan maken wat aansluit naar zijn keuzes. Welke implementatiestrategie er moet gevolgd worden om deze rollen van de thuisverpleegkundige te integreren in de praktijk, kan in een volgend eindwerk uitgewerkt worden.

Het chronisch zorgmodel, het denkkader van Keirse en het competentieprofiel dat gekozen is, blijkt de juiste keuze te zijn geweest. De drie 'modellen' samen, passen mooi bij elkaar. Niet in alle rollen komt het denkkader van Keirse in terug, maar het valt op dat hij wel nuttige tips geeft en dat dit de rol van expert goed onderbouwt. Het zijn nuttige tips naar de thuisverpleegkundige om mee aan de slag te gaan.

#### 4 Reflectie

"De rol beschrijven van een thuisverpleegkundige binnen zelfmanagementondersteuning bij ouderen met een chronische ziekte. " Toen ik het voorstel voor de bachelorproef hoorde, was ik meteen enthousiast. Het was eerst de bedoeling om ook de interventies te bespreken, maar Vincent Moermans en ik zijn er achter gekomen dat dit nog een eindwerk op zich is. We moesten dus een afbakening maken. De eerste 2 maanden heb ik mee geholpen aan het uitschrijven van de interviews voor het onderzoek in kader van de masterthesis van Vincent Moermans (Moermans, 2015). Ik heb veel geleerd uit deze interviews. Ik kreeg hierdoor een beter beeld over het begrip zelfmanagement en het gaf mijn eindwerk ook een zekere richting waarover ik kon beginnen te schrijven. Wat ik vooral heb ingezien is dat een ziekte een grote impact kan hebben en dat een thuisverpleegkundige hier een grote ondersteunende en coachende rol kan hebben. Naarmate ik het eindwerk aan het schrijven was, hoe meer ik hier van overtuigd raakte. Door het bezig zijn met de bachelorproef sta ik ook anders in het werkveld. Ik ben veel meer bezig met 'het zien' van de patiënt en met systeemgericht werken. Hiermee bedoel ik dat ik alle systeemleden meer betrek. Ziekte heeft een grote impact op de patiënt zelf, maar daarnaast worden ook de gezinsleden getroffen. Ik heb meer aandacht voor wie de patiënt is en wat er veranderd is door zijn/haar ziekte. Ik vraag ook meer wat de patiënt wil en geef meer informatie bij de handelingen die ik doe. Al gaat het maar om de kleinste dingen in de zorg. Ik vind dit al een begin om een patiënt mee te helpen in zijn zelfmanagement. Dit zal ik in de toekomst ook meer overbrengen naar mijn collega's. Wat mij opvalt is dat iedere persoon met een chronische ziekte anders staat ten opzichte van zelfmanagement. Er zijn patiënten die niet anders gewoon zijn dan dat anderen voor hen beslissen en ze willen dat dit ook zo blijft want ze voelen zich hierdoor op hun gemak. Anderen zijn dan wel te vinden voor zelfmanagement, zeker de 'nieuwe ouderen' willen veel informatie en inspraak in hun zorg. Er zijn mensen die vooral zeer veel praktische informatie willen en anderen die vooral nood hebben aan een gesprek rond hun beleving. Sommigen willen zoveel mogelijk informatie rond thuiszorgdiensten, hulpmiddelen, verzorging en dergelijke zodat ze zo snel mogelijk hun leven terug zelf in handen kunnen nemen. Daarnaast zijn er mensen die vooral gehoord wilden worden in hun leed en hun beleving. Beiden gaan op een andere manier om met hun ziekte. Het herverdelen van de rollen en de rolpatronen is een belangrijk element bij ziekte. Wanneer blijkt dat de zieke deze rollen niet meer zal kunnen opnemen worden mensen vaak geconfronteerd met veel onmacht en verlies. Hoewel de persoon met de ziekte misschien niet meer kan wat hij vroeger deed, kan hij misschien nog wel kleine rollen op zich nemen die hem of haar ook veel erkenning geven.

Tijdens de uitwerking van de bachelorproef heb ik alle steun en informatie gekregen die ik moest hebben. Alles verliep vlot en als ik het opnieuw zou moeten doen, had ik hetzelfde gedaan. Ik vind wel dat deze bachelorproef niet 'af' is. Ik hoop dat er in de toekomst nog een bachelorproef zal komen die de interventies van de thuisverpleegkundige binnen het Wit-Gele Kruis zal omschrijven. Ik ben ervan overtuigd dat het chronische model zal kunnen slagen, maar het is een project waar dat iedereen zal moeten achterstaan, zowel op micro-, meso- en macroniveau.



## 5 Besluit

Het doel van deze bachelorproef was om de 5 verschillende rollen van een thuisverpleegkundige te omschrijven binnen zelfmanagement bij personen met een chronische aandoening. Zelfmanagementondersteuning omvat 3 grote activiteiten waar al de 5 rollen even belangrijk zijn: het nemen en omgaan met de medicatie (expert, coach), het opnemen van nieuwe rollen (expert, coördinator, coach) en het leren omgaan met emoties zoals angst, frustraties, wanhoop,....(expert). Dit omvat een patiëntgerichte benadering door middel van activering (coach), educatie (expert) en empowerment (coach) van de patiënt. Deze activiteiten en benadering omvatten introduceren is het innoverend aspect. Om te achterhalen welke interventies hiervoor nodig zijn, is een ander onderzoek nodig.

Bij de omschrijving van de rollen (2.3), wordt het denkkader van Manu Keirse maar in 2 rollen omschreven, die van expert en professional. In elke rol komt het chronisch zorgmodel van Wagner terug. De rol van expert moet vooral zorg op maat geven en rekening houden met de autonomie van de patiënt. De relatie tussen de patiënt en hulpverlener is hierbij belangrijk. In deze rol, zijn er veel overeenkomsten tussen het denkkader van Keirse en het CCM. De coördinator moet er voor zorgen dat de zorgactiviteiten goed afgestemd zijn op elkaar. Het coördineren van de zorg werkt het best wanneer 1 persoon in een team deze verantwoordelijkheid krijgt. De innovator zal het principe van zelfmanagement mee moeten kunnen introduceren en dit kan deze niet alleen. Er is hierbij hulp nodig op micro-, meso- en macroniveau. De coach moet kwalitatief handelen in het interdisciplinair team. In de literatuur zegt men dat de verpleegkundige in de opleiding geen handvaten krijgt om een rol als coach uit te oefenen. Het valt ook op dat de verpleegopleiding niet spreekt over deze rol. De professional zal steeds kritisch moeten staan ten opzichte van zijn/haar eigen handelen.

In deze bachelorproef wordt steeds gesproken over de verpleegkundige als coördinator, maar het is van belang dat de persoon die deze rol opneemt, gekozen en goedgekeurd wordt door de patiënt. De versnippering in de eerste lijn en de gebrekkige samenwerking tussen zorgverleners bemoeilijken de ondersteuning van chronisch zieken bij zelfmanagement en participatie in zowel hun zorgproces als de maatschappij. Om deze rol goed te vervullen, moet de verpleegkundige kunnen 'netwerken' in zijn/haar omgeving. Om elkaar goed te kennen zouden we bij elkaar op stage kunnen gaan. De thuisverpleegkundige zou bijvoorbeeld stage kunnen lopen bij een kinesist, een maatschappelijk werker van een mutualiteit, een thuiszorgdienst, een dagverzorgingscentrum, kennis maken met de seniorenconsulent in de buurt,.... Het innoverende voor de thuisverpleegkundige is dat ze moet kunnen loslaten. Het is een heel andere manier van zorg

geven, het is zorg geven op een gelijkwaardige manier. Ze moet de patiënt zo kunnen informeren, coachen, dat de patiënt zelf goed weet welke beslissing hij/zij moet nemen. De acties die ondernomen worden, moeten wetenschappelijk onderbouwd zijn. Als thuisverpleegkundigen hebben we zelf nog veel handvaten nodig om de patiënt goed te kunnen coachen. Om de rol als coach op te kunnen nemen, zal er niet enkel in de opleidingen meer aandacht besteed moeten worden voor deze veranderde rol, maar ook in de organisatie (het Wit-Gele kruis Limburg). Het is op dit moment ook nog niet duidelijk hoe deze rol in bepaalde gevallen zal ingevuld moeten worden. Zo zijn er chronische zieken die hun afspraken niet nakomen of bij wie deze gezondheidsdoelen niet behaald worden. Wiens verantwoordelijkheid is dit dan? Om aan zelfmanagement te kunnen doen zal er een verandering moeten komen in de financiering van ons huidig zorgsysteem.

## 6 Bibliografie

Clark, NM. (2003). *Management of chronic disease by patients*. Annual Review of Public Health. 24(1), 289-313.

Bodenheimer, T., Wagner, EH., Grumbach, K. (2002). *Improving primary care for patients with chronic illness*. JAMA: the journal of the American Medical Association. 288(15), 1909-14.

Desmet, G. (2005). *Moe van het moeten kiezen. Op zoek naar een spiritualiteit van de zelfbeschikking*. Tiel: Lannoo.

Dijn, D. (2002). *De herontdekking van de ziel. Voor een volwaardige kwaliteitszorg*. Kapellen-Kampen: Pelckmans-Klement.

Van Hemel, L., Geurden, B. (2012). *De verpleegkundige als organisator van zorg*. Anwerpen/Apeldoorn: Garant.

Goldstein, M. (2004). *Supporting self-management to improve diabetes care*. Medicine and health, Rhode Island , 2 (87), 46-49.

Grumbach, K. (2003). *Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism*. The Annals of Family Medicine, 4-7.

Hasteld Holman, M. K. (2004). *Patient Self-management: A key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease*. Public Health Reports , 5.

Heijmans, M., Cardol, M., Schellevis, F., Ursum, J., & Rijken, M. (2011). *Overzichtstudies: Zorg voor chronische zieken. Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie*. Utrecht: Nivel.

Hennezel, D. (2010). *De warmte van het hart voorkomt roest. Oud worden zonder je oud te voelen*. Haarlem: Altamira.

Huijben, M.E.M. (2011). *Het Chronic Care Model in Nederland*. Den Haag: Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Bekwaam is bevoegd.

Keirse. (2014). *Zie de mens*. Tiel: Lannoo.

Kempen. (2006). *Preventie en ouder worden: mogelijkheden voor zelfmanagement*. Epidemiologisch bulletin .

Kesenne. (2012, december). *De financiering van de gezondheidszorguitgaven in België*. CM-informatie, 7.

Moermans, V. (2015). *Improving chronic care in a home health care organisation*. Maastricht: University Maastricht.

*Opleidingsprogramma bachelor na bachelor in de interdisciplinaire ouderenzorg*. (2014-2015). Limburg, België: Departement PXL-Healthcare.

Paulus, D., Van den Heede, K., & Mertens, R. (2012). *Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België*. Brussel: Federaal kenniscentrum voor gezondheidszorg (KCE): Health Services Researches (HSR).

Vaarwerk, & Forsmma. (2010). *Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten*. Den Haag: ZonMWDiseasemanagement.

Vancorenland, S. (2013). *Evolutie van het gezondheidszorgbeleid van chronische zieken*. CM-informatie. nr 252 , 25.

Verhaeghe. (2012). *De neoliberale waanzin. Flexibel, efficient... en gestoord*. Brussel : VUBPRESS.

Vogels, M. (2014). *De rekening van de verzuiling*. Tielt: Lannoo.

Wagner, Glasgow, Davis, Bonomi, Provost, & McCulloch. (2001). *Quality improvement in chronic in chronic illness care: a collaborative approach*. The Joint Commission journal on quality improvement, 63-80.

World Health Organization. (2014).

Zimbardo. (2007). *The lucifer effect. How goog people turn evil*. London: Ebiry Publishing.



**ACADEMIEJAAR:** 2014-2015

**NAAM:** Dreesen

**VOORNAAM:** Annick

**CONTACT:** a.dreesen@telenet.be

**INHOUDSDESKUNDIGE :** Moermans Vincent, domeincoördinator mobiliteit en zelfredzaamheid, zorgcoach.

**TITEL:** De rol van een thuisverpleegkundige binnen zelfmanagementondersteuning bij patiënten met een chronische aandoening.

**ABSTRACT:**

Op dit moment nemen chronische zieken een steeds grotere plaats in onze maatschappij. De stijging van de levensverwachting gaat hand in hand met een stijging van de prevalentie van chronische ziekten. Deze literatuurstudie beschrijft de rol van de thuisverpleegkundige binnen zelfmanagement bij personen met een chronische aandoening. Welke verschillende rollen kan een thuisverpleegkundige vervullen om de oudere patiënt te ondersteunen in zijn zelfmanagement? Om tot deze beschrijving te komen is er een literatuuronderzoek gedaan. Dit literatuuronderzoek is gebaseerd op het chronische zorgmodel van Wagner. Zijn zorgmodel is ondergebracht onder de 5 rollen dat onder het competentieprofiel omschreven staat van de banaba interdisciplinaire ouderenzorg. Deze zijn: de expert, de coördinator, de innovator, de coach en de professional. Onder deze rollen is ook het denkkader van Manu Keirse beschreven. In kader van een onderzoek naar aanleiding van een masterthesis vanuit de universiteit Maastricht met betrekking tot de bevorderende en belemmerende factoren van de implementatie van zelfmanagement, zijn doormiddel van een semigestructureerd interview onder andere de rollen bevraagd van de verschillende actoren in het interdisciplinair team (Moermans, 2015)<sup>1</sup>. Deze gegevens zijn gebruikt voor de bachelorproef.

---

<sup>1</sup> Moermans, V. (2015). *Improving chronic care in a health care organisation*. Maastricht: University Maastricht.

De rol van expert wordt het meeste aangehaald, zowel door Keirse als in de interviews. Deze moet vooral zorg op maat geven en rekening houden met de autonomie van de patiënt. De relatie tussen de patiënt en hulpverlener is hierbij belangrijk. De coördinator moet er voor zorgen dat de zorgactiviteiten goed afgestemd zijn op elkaar. De innovator zal het principe van zelfmanagement mee moeten kunnen introduceren, dit kan ze niet alleen. Er is hierbij hulp nodig op micro-, meso- en macroniveau. De coach moet kwalitatief handelen in het interdisciplinaire team. De professional zal steeds kritisch moeten staan ten opzichte van zijn/haar eigen handelen. Om de 5 rollen als thuisverpleegkundige te kunnen opnemen zal er een andere benaderingswijze en werkwijze vereist worden. De verpleegkundigen zullen moeten leren coachen, coördineren, innoveren, een andere relatie aangaan met hun patiënten en hun eigen handelen in vraag kunnen en durven stellen. Sommige verpleegkundigen bezitten al enkele van deze rollen, de ene verpleegkundige al wat meer dan een andere. We moeten als organisatie samen op 1 lijn staan. Hiervoor is veel sturing, opleiding, vorming en tijd nodig. Het zal een andere denkwijze eisen. Als thuisverpleegkundige moeten we niet alles willen overnemen, maar moeten we ook kunnen 'loslaten' en de patiënt handvaten geven om het zelf te doen. We moeten hier zelf nog veel leren om een coachende of ondersteunende rol te zijn. We moeten leren een zorgplan maken wat aansluit bij zijn keuzes. Welke implementatiestrategie er moet gevolgd worden om deze rollen van de thuisverpleegkundige te integreren in de praktijk, kan in een volgend eindwerk uitgewerkt worden.

**TREFWOORDEN:** zelfmanagement, chronische zorg, relatie patiënt-zorgverlener

**COLLATIE:** 32 pagina's, 1 bijlage

## 8 Bijlage

Tabel 1: acute ziektekenmerken	Tabel 2: chronische ziektekenmerken
<ul style="list-style-type: none"><li>• Plotseling begin</li><li>• Beperkte duur</li><li>• Meestal enkele oorzaak</li><li>• Diagnose en prognose vaak duidelijk</li><li>• Specifieke therapie beschikbaar</li><li>• Technologische ingreep is meestal effectief(laboratoriumonderzoek, beeldvorming, medicijnen, chirurgie)</li><li>• Cure waarschijnlijk met een terugkeer naar de normale gezondheid</li><li>• Minimale onzekerheid</li><li>• Professional heeft zijn/haar beroepskennis; patiënt is onervaren</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Geleidelijk begin</li><li>• Ontwikkelt zich na verloop van tijd</li><li>• Meerdere oorzaken</li><li>• Diagnose en prognose vaak onzeker</li><li>• Verkeerde technologieën en therapieën die niet het gewenste effect geven</li><li>• No cure; management is nodig</li><li>• Onzekerheid</li><li>• Professional en patiënt zijn gedeeltelijk en onderling goed geïnformeerd</li></ul>

(Hasteld Holman, 2004)

