



# Zelfmanagementeducatie bij diabetes

Een raamwerk voor competenties van zorgprofessionals

**Nederlandse Diabetes Federatie (NDF)**

**21 februari 2011  
Amersfoort**

Dit project is tot stand gekomen met financiering vanuit het Nationaal Actieprogramma Diabetes



## **Inhoudsopgave**

<b>1. Inleiding</b>	<b>2</b>
1.1 Aanleiding	2
1.2 Onderbouwing	3
1.2.1 Zelfmanagementeducatie bij diabetes	3
1.2.2 De effecten van diabetes zelfmanagementeducatie	3
1.2.3 Multidisciplinair	4
1.2.4 Financiering Zelfmanagement	5
1.3 Opbouw raamwerk	5
1.4 Werkconferenties en SWOT analyse	5
1.5 Het Raamwerk schematisch	7
<b>2. Zelfmanagement en zelfmanagementeducatie</b>	<b>8</b>
2.1 Zelfmanagement bij diabetes	8
2.2 Diabeteszelfmanagementeducatie (DZME)	8
2.3 Multidisciplinair	8
<b>3. Professionals</b>	<b>9</b>
<b>4. Eindtermen Diabetes Zelfmanagementeducatie</b>	<b>9</b>
4.1 Kwalificaties van het diabetesteam of de diabetes zorggroep	10
4.2 Communicatie binnen en buiten het team	10
4.3 Individueel educatieplan	10
4.4 Evaluatie van het educatieplan	10
4.5 Toetsing van kwaliteit: procesindicatoren	11
4.6 Toetsing van kwaliteit: uitkomstindicatoren	11
<b>5. Competenties educatoren</b>	<b>11</b>
<b>6. Programma's Diabetes Zelfmanagementeducatie</b>	<b>14</b>
6.1 Een selectie van voorbeeld DZME programma's	16
<b>7. Bronnen</b>	<b>17</b>
Bijlage 1 Samenstelling NDF vaste adviescommissie Educatie en Voorlichting	18
Bijlage 2 Implementatie Raamwerk in de beroepspraktijk	19
Bijlage 3 Een beschrijving van zes ZME programma's	20

## **1. Inleiding**

### **1.1. Aanleiding**

Het raamwerk is een initiatief van de vaste NDF commissie Educatie en Voorlichting. De commissie Educatie en Voorlichting adviseert het NDF bestuur gevraagd en ongevraagd over alles dat direct of indirect verband houdt met educatie van en/of voorlichting aan mensen met diabetes, mensen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van diabetes, het algemene publiek en zorgverleners werkzaam op het terrein van diabetes.

Het raamwerk is financieel mogelijk gemaakt door en ingebed in het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD). Het NAD is een vierjarig programma (2009-2013) waarin alle acties en initiatieven die worden ondernomen om de groei van diabetes in te perken worden gebundeld binnen een programma. De acties zijn gericht op preventie van (complicaties van) diabetes en goede zorg voor mensen met diabetes. Het hoofddoel van het NAD is een brede toepassing van een actuele en complete NDF zorgstandaard diabetes, welke beschrijft welke zorg mensen met diabetes horen te ontvangen. Uitgangpunt hierbij is dat de mens met diabetes binnen zijn mogelijkheden mede verantwoordelijk is voor de wijze waarop hij met zijn ziekteproces omgaat.

Diabetes zelfmanagementeducatie is een essentieel en integraal onderdeel van goede zorg voor mensen met diabetes. Het stelt patiënten in staat zelf een belangrijke rol te vervullen bij de behandeling van diabetes en het omgaan met diabetes. Patiënten zijn daartoe niet meteen en vanzelfsprekend geëquipeerd. De patiënt zal daarin ondersteund moeten worden door zorgprofessionals.

De vraag naar zelfmanagementeducatie is groot met als gevolg dat er veel diabeteszelfmanagement programma's worden ontwikkeld en er veel initiatieven van scholing worden aangeboden. Op dit moment bestaat er in Nederland geen kwaliteitskader waaraan programma's voor diabeteseducatie getoetst worden en er bestaat eveneens geen standaard waaraan diabetes educatoren moeten voldoen. Met dit raamwerk wil de vaste NDF commissie Educatie en voorlichting het toezicht op de kwaliteit van educatie bevorderen en een leidraad van eindtermen en competenties bieden waaraan educatoren zich kunnen schalen.

Aan het raamwerk ligt een (inter)nationale literatuurstudie ten grondslag. De bevindingen zijn in twee werkconferenties in 2009 en 2010 voorgelegd aan en bediscussieerd met een breed gezelschap van zorgprofessionals, onderzoekers en vertegenwoordigers van de patiëntenvereniging Diabetesvereniging Nederland (DVN). Daarbij zijn ook vertegenwoordigers van opleidingen, nascholingen, zorgverzekeraars en farmaceuten (deze laatste als toehoorder) uitgenodigd. Ook zijn opmerkingen vanuit de Zelfmanagement conferentie van het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (LAZ/CBO, 2010) verwerkt in de beschrijvingen van de competenties.

## 1.2 Onderbouwing

### 1.2.1 Zelfmanagementeducatie bij diabetes

Binnen de diabeteszorg is er de laatste jaren steeds meer aandacht voor zelfmanagement van patiënten. Het Chronic Care Model<sup>1</sup> beschrijft zelfmanagement als het individuele vermogen van de mens met een chronische ziekte om goed om te gaan met symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en leefstijlaanpassingen inherent aan leven met een chronische ziekte (Wagner, 1999).

Dit veronderstelt de aanwezigheid van inzicht, motivatie en vaardigheid bij de individuele patiënt. In het geval van diabetes is het evident dat zelfmanagement een noodzakelijke voorwaarde is om te komen tot een adequate regulatie van de bloedglucose en cardiovasculaire risicofactoren. Ook is zelfmanagement belangrijk bij dreigende of bestaande complicaties van diabetes (American Association of Diabetes Educators, 2010).

Niet alleen de professional maar juist ook de diabetespatiënt zelf is verantwoordelijk voor de resultaten van zijn zorgproces en behandeling (het behalen van de gestelde gezondheidsdoelen). De professional heeft de belangrijke taak om de patiënt hierin te ondersteunen. Hiertoe is een juiste/adequate attitude van de zorgverlener een cruciale voorwaarde. Zelfmanagement vraagt om een gedragsverandering van de patiënt waarbij deze steeds meer zelf een leidende rol in zijn proces krijgt. Ondersteuning van zelfmanagement, vanuit een gelijkwaardig partnerschap van de patiënt en de professional, is daarin een belangrijk element (American Association of Diabetes Educators, 2010).

Zelfmanagementeducatie richt zich op dat wat in de individuele situatie mogelijk en wenselijk is, vanuit het perspectief van de patiënt. Zelfmanagementeducatie is dus nooit standaard educatie. Zelfmanagementeducatie richt zich uiteraard op mensen van wie verwacht mag worden dat zelfmanagement mogelijk is en bij wie er geen sprake is van een verstandelijke handicap of andere beperking die de persoon (grotendeels) afhankelijk maakt van mantelzorg of hulpverleners. Zelfmanagementeducatie is in het hele zorgcontinuüm van belang, van educatie gericht op gezondheidsbevordering tot educatie aan mensen die zich in de laatste levensfase bevinden.

Dit raamwerk richt zich op zelfmanagementeducatie in de zorg, dat wil zeggen aan mensen bij wie de diagnose diabetes is vastgesteld (en hun omgeving). Het gaat om geplande educatie in de daarvoor gecreëerde situaties (bijvoorbeeld groepseducatie of individuele educatie met de diabetesverpleegkundige, praktijkondersteuner of diëtist) en om de educatie die zich tijdens het contact met mensen met diabetes aandient wanneer een behoefte aan educatie wordt geuit of gesignaleerd (bijvoorbeeld tijdens de overhandiging van medicijnen bij de apotheek).

### 1.2.2. De effecten van diabetes Zelfmanagementeducatie

In navolging van de American Association of Diabetes Educators kunnen binnen het proces van zelfmanagement zeven zelfzorg gedragingen onderscheiden worden die uiteindelijk de gezondheidsuitkomsten bepalen, te weten (1) gezond eten, (2) lichamelijk actief zijn, (3) monitoren,

---

<sup>1</sup> Het Chronic Care model is een hulpmiddel voor de ontwikkeling en verbetering van de chronische zorg. Centraal staat het teamwork tussen de patiënt en zijn zorgverleners.

(4) medicijnen nemen, (5) problemen oplossen, (6) gezonde 'coping', en (7) het reduceren van risico's.

Zelfmanagementeducatie behelst dus meer dan het aanbieden van informatie en het instrueren van de patiënt. Het richt zich op het (helpen) ontwikkelen van intrinsieke motivatie, inzichten en vaardigheden die de patiënt in staat stellen de diabetes en hieruit voortvloeiende lichamelijke en psychosociale consequenties op langere termijn en onder wisselende omstandigheden op adequate wijze te hanteren. Het draagt daarmee bij aan het bereiken van een optimale gezondheidstoestand, een betere kwaliteit van leven en een verminderde noodzaak tot gebruik van kostbare zorg (American Association of Diabetes Educators, 2010)

Onderzoek van Robbins et al., 2008 laat zien dat diabetes educatie kostenbesparend is en het zorggebruik doet afnemen. Ook de literatuur review van Boren et al. (2009) laat zien dat de effecten van zelfmanagementeducatie voor patiënten met diabetes positief zijn en zwaarder wegen dan de kosten welke voor zelfmanagementeducatie zijn uitgegeven. De belangrijkste determinanten welke verantwoordelijk zijn voor de daling van het zorggebruik (ziekenhuisopnamen) zijn o.a.: de verbeterde kennis over voeding en een betere regulatie van bloedglucose.

De voordelen van diabeteszelfmanagement educatie uiten zich voornamelijk in een daling van de HbA1c waarde. Wagner (2001) laat zien dat de daling van de HbA1c waarde als gevolg van zelfmanagement educatie leidt tot een significante daling in zorguitgaven al binnen 1 tot 2 jaar na de verbetering van de zelfmanagement. Deze verbeteringen zijn zelfs zichtbaar bij patiënten met complicaties als gevolg van jarenlange diabetes.

### **1.2.3. Multidisciplinair**

Diabetes zelfmanagementeducatie loopt als een rode draad door de diabetesbehandeling en vormt feitelijk de hoeksteen van diabeteszorg. In principe zijn dan ook alle professionals binnen de diabeteszorg bij zelfmanagementeducatie betrokken, ook al zal in de praktijk DZME primair een taak zijn van met name verpleegkundigen, praktijkondersteuners en diëtisten (Funnell et al., 2010). Ook de Diabetesvereniging Nederland vervult een aanvullende rol in het educatieproces, in de vorm van *peer education*.

Een multidisciplinaire aanpak vereist een visie van waaruit de diabeteszorg wordt geboden en het vraagt eveneens om vakinhoudelijke en procesmatige afstemming tussen alle betrokkenen. De professionals dienen op een vastgesteld basisniveau te zijn toegerust met competenties voor DZME. Onverlet de verantwoordelijkheid van de diverse professionals binnen een diabetesteam of –zorggroep, is de arts als (hoofd)behandelaar medisch eindverantwoordelijk dat educatie, als onderdeel van goede zorg, gegeven wordt en dat dit optimaal geschiedt. Afhankelijk van de omvang van het team kunnen hier taken in worden verdeeld. Voor een optimaal zorgresultaat is het belangrijk dat per onderdeel de educatie gegeven wordt door die discipline die voor dat specifieke onderdeel het meest toegerust en geschoold is (Funnell et al., 2010).

Het aanbieden van DZME is niet voorbehouden aan één discipline, maar veronderstelt wel zekere competenties. In dit verband is het nodig de kwaliteitseisen en eindtermen van DZME te definiëren. Hieraan zouden vervolgens consequenties verbonden moeten worden in termen van opleiding, certificering, financiering en continuering. In dit traject spelen beroepsverenigingen en opleiders een hoofdrol. Zie hiervoor ook hoofdstuk 5 waarin de competenties voor multidisciplinair samenwerken worden uitgewerkt.

#### 1.2.4. Financiering zelfmanagement

In het rapport 'Begeleiding bij zelfmanagement chronisch zieken' (2010) stelt het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) de maatstaven vast waarmee zelfmanagement activiteiten onder de te verzekeren prestaties van de Zorgverzekeringswet vallen. Het CVZ schaaft de volgende activiteiten ter bevordering van zelfmanagement die onderdeel zijn van de behandeling van chronische ziekten onder geneeskundige zorg:

- *Ziektespecifieke educatie en - voorlichting;*
- Het *motiveren* van de chronisch zieke zodat deze zo goed mogelijk met zijn chronische ziekte(n) omgaat en de chronisch zieke in overleg met zijn zorgverlener tot afspraken komt over persoonlijke behandeldoelen;
- *Ondersteuning*, gericht op de zorg aan de chronisch zieke waarbij voorlichting en educatie, het formuleren van behandeldoelen, hulp en feedback (gericht op het halen van persoonlijke behandeldoelen) centraal staan, ook op afstand (telefonisch en/of elektronisch) en in acute situaties buiten de gebruikelijke kantooruren;
- Het vastleggen in het medisch dossier en/of *zorgplan* van informatie over de ziekte, de behandeling, de behandeldoelen, de gemaakte afspraken en de evaluatie daarvan;

Het CVZ schaaft het geven van educatie die tot doel heeft dat patiënten kennis verwerven over de ziekte tot "goede zorg" en daarmee valt het onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en paramedici die plegen te bieden. Algemene educatie gericht op het probleemoplossend vermogen, betreft de algemene vaardigheden van de mens zonder dat er sprake is van een relatie met een bepaalde ziekte. Het valt om die reden dan ook niet onder het pakket van de Zorgverzekeringswet.

#### 1.3 Opbouw raamwerk

Het raamwerk zelf bestaat uit vier bouwstenen, te weten: Professionals, Eindtermen DZME, Competenties educatoren en DZME programma's. In hoofdstuk 3 tot en met 6 staan deze bouwstenen beschreven. De bouwstenen professionals en competenties zijn nauw verweven met elkaar. Evenals de zelfmanagementprogramma's en de eindtermen. Ook in de benoemde competenties zijn de eindtermen van diabetes zelfmanagementeducatie uiteraard te herkennen.

<b>Professionals</b> Hoofdstuk 3	<b>Eindtermen Diabetes Zelfmanagementeducatie</b> Hoofdstuk 4
<b>Competenties educatoren</b> Hoofdstuk 5	<b>Programma's Diabetes Zelfmanagementeducatie</b> Hoofdstuk 6

#### 1.4 Werkconferenties en SWOT analyse

Op basis van een in 2009 georganiseerde werkconferentie werden in nauwe samenspraak met het diabetesveld competenties van diabetes zelfmanagementeducatie opgesteld. In datzelfde jaar verscheen de eerste versie van het raamwerk als werkdocument. Na bespreking in het NDF bestuur vonden diepte-interviews plaats met vertegenwoordigers van diverse beroepsverenigingen, te weten: EADV, NVvPO, V&VN, DNO/NVD, NIV, NVK, KNMP en DiHAG. De bevindingen werden verwerkt in een SWOT-analyse, welke vervolgens op een tweede werkconferentie in 2010 uitgebreid werd besproken en aangevuld. Deze tweede werkconferentie, waarbij aanzienlijk meer

vertegenwoordigers van opleidingen en nascholingen aanwezig waren, resulteerde eveneens in concrete aanbevelingen gericht op verankering van het Raamwerk in de beroepspraktijk. Specifiek rondom het opnemen van de competenties DZME in beroepsprofielen en (na)scholingen werden veel concrete adviezen geformuleerd. Deze aanbevelingen zijn binnen het NAD meegenomen en worden waar mogelijk concreet uitgewerkt binnen het bredere (projectoverschrijdende) implementatietraject van het NAD, van waaruit dit project gefinancierd is.

## 1.5 Het Raamwerk Diabetes Zelfmanagementeducatie schematisch

<p style="text-align: center;"><b>Professionals</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (Huis)arts</li> <li>○ Praktijkondersteuner, praktijkverpleegkundige</li> <li>○ Diabetesverpleegkundige</li> <li>○ Praktijk- en polikliniek assistent</li> <li>○ Diëtist</li> <li>○ Specialisten</li> <li>○ Apotheker (en assistente)</li> <li>○ Fysiotherapeut</li> <li>○ Maatschappelijk werker</li> <li>○ (Medisch) psycholoog</li> <li>○ Podotherapeut/pedicure met aantekening Diabetische voet of medisch pedicure</li> <li>○ Gezinstherapeut (DM1 jeugd)</li> <li>○ Pedagogisch medewerker (DM1 jeugd)</li> <li>○ Psychiater (DM1 jeugd)</li> </ul> <p>Zie: NDF Zorgstandaard DM type 2 (2007), DM type 1 deel 1 volwassenen (2009) en deel 2 kinderen en adolescenten (2009)</p>	<p style="text-align: center;"><b>Eindtermen Diabetes Zelfmanagementeducatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kwalificaties van het diabetesteam of de diabetes zorggroep</li> <li>○ Communicatie binnen en buiten het team</li> <li>○ Individueel educatieplan</li> <li>○ Evaluatie van het educatieplan</li> <li>○ Toetsing van kwaliteit: procesindicatoren</li> <li>○ Toetsing van kwaliteit: uitkomstindicatoren</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Competenties educatoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Attitude en visie</li> <li>○ Kennis</li> <li>○ Communicatie</li> <li>○ Eigen functioneren</li> <li>○ Effectmeting</li> <li>○ Multidisciplinair handelen</li> </ul> <p>Deze competenties zijn uitgewerkt in diverse vaardigheden</p>	<p style="text-align: center;"><b>Programma's Diabetes Zelfmanagementeducatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diabetesinterventies in kaart, RIVM (2008)</li> <li>○ Diabeteseducatie in Nederland, State of the Art, NIGZ (2006)</li> <li>○ Voorbeelden 2008 en recenter (niet geïnterviewd)</li> </ul> <p>Een selectie uit het RIVM rapport van exemplarische voorbeelden die bijdragen aan zelfmanagement en een continuüm van educatie in de zorg binnen de eerste en tweede lijn dekken, zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Beyond good intentions (geen woorden maar daden)</li> <li>○ PRISMA</li> <li>○ MIEP (geïntegreerd in Diabetesrevalidatie)</li> <li>○ Diabetes de Baas</li> <li>○ DIEP@work (e-health geïntegreerd)</li> <li>○ Leven met diabetes (<i>peer-education</i>)</li> </ul>

## **2 Zelfmanagement en zelfmanagementeducatie**

### **2.1. Zelfmanagement bij diabetes**

Vanuit de in hoofdstuk 1 aangehaalde definitie van het Chronic Care Model impliceert zelfmanagement dat de patiënt zijn of haar eigen ziekte adequaat reguleert, teneinde de gestelde gezondheidsdoelen te bereiken. Deze doelen kunnen bij chronisch zieken zowel een medisch als een psychosociaal karakter hebben. Zelfmanagement veronderstelt de aanwezigheid van inzicht, motivatie en vaardigheid bij de individuele patiënt. In het geval van diabetes is het evident dat zelfmanagement een noodzakelijke voorwaarde is om te komen tot een adequate regulatie van de bloedglucose en cardiovasculaire risicofactoren. Ook is zelfmanagement belangrijk bij dreigende of bestaande complicaties van diabetes.

In navolging van de American Association of Diabetes Educators (AADE) kunnen binnen het proces van zelfmanagement zeven zelfzorg gedragingen onderscheiden worden die uiteindelijk de gezondheidsuitkomsten bepalen, te weten (1) gezond eten, (2) lichamelijk actief zijn, (3) monitoren, (4) medicijnen nemen, (5) problemen oplossen, (6) gezonde 'coping', en (7) het reduceren van risico's. Het gaat bij diabetes zelfmanagement met andere woorden om een complex van gedragingen die een beroep doen op zowel medisch-technische als psychosociale vaardigheden.

### **2.2. Diabeteszelfmanagementeducatie (DZME)**

DZME behelst meer dan het aanbieden van informatie en het instrueren van de patiënt. Het richt zich op het (helpen) ontwikkelen van intrinsieke motivatie, inzichten en vaardigheden die de patiënt in staat stellen de diabetes en hieruit voortvloeiende lichamelijke en psychosociale consequenties op langere termijn en onder wisselende omstandigheden op adequate wijze te hanteren. Het draagt daarmee bij aan het bereiken van een optimale gezondheidstoestand, een betere kwaliteit van leven en een verminderde noodzaak tot gebruik van kostbare zorg (zie hoofdstuk 1 voor onderbouwing).

Zelfmanagementeducatie richt zich op dat wat in de individuele situatie mogelijk en wenselijk is, vanuit het perspectief van de patiënt. Hierbij richt de educatie zich uiteraard op mensen van wie verwacht mag worden dat zelfmanagement mogelijk is en bij wie er geen sprake is van een verstandelijke handicap of andere beperking die de persoon (grotendeels) afhankelijk maakt van mantelzorg of hulpverleners.

Dit raamwerk richt zich op DZME in de zorg, dat wil zeggen aan mensen bij wie de diagnose diabetes is vastgesteld (en hun omgeving). Het gaat om geplande educatie in de daarvoor gecreëerde situaties (bijvoorbeeld groepseducatie of individuele educatie met de diabetesverpleegkundige, praktijkondersteuner of diëtist) en om de educatie die zich tijdens het contact met mensen met diabetes aandient wanneer een behoefte aan educatie wordt geuit of gesignaleerd (bijvoorbeeld tijdens de overhandiging van medicijnen bij de apotheek).

Hoofdstuk 4 gaat in op de eindtermen waaraan DZME moet voldoen. Daarbij geldt dat de professional en de mens met diabetes de verwachte verantwoordelijkheden en hoe deze onderling verdeeld worden, samen bespreken.

### **2.3. Multidisciplinair**

DZME loopt als een rode draad door de diabetesbehandeling en vormt feitelijk de hoeksteen van diabeteszorg. In principe zijn dan ook alle professionals binnen de diabeteszorg bij DZME betrokken, ook al zal in de praktijk DZME primair een taak zijn van met name verpleegkundigen, praktijkondersteuners en diëtisten. Ook de Diabetesvereniging Nederland vervult een aanvullende rol in het educatieproces, in de vorm van *peer education*.

Een multidisciplinaire aanpak vereist een visie van waaruit de diabeteszorg wordt geboden en het vraagt eveneens om vakinhoudelijke en procesmatige afstemming tussen alle betrokkenen. De professionals dienen op een vastgesteld basisniveau te zijn toegerust met competenties voor DZME.

Onverlet de verantwoordelijkheid van de diverse professionals binnen een diabetesteam of –zorggroep, is de arts als (hoofd)behandelaar medisch eindverantwoordelijk dat educatie, als onderdeel van goede zorg, gegeven wordt en dat dit optimaal geschiedt. Afhankelijk van de omvang van het team kunnen hier taken in worden verdeeld. Voor een optimaal zorgresultaat is het belangrijk dat per onderdeel de educatie gegeven wordt door die discipline die voor dat specifieke onderdeel het meest toegerust en geschoold is. Zie hiervoor ook hoofdstuk 5 waarin de competenties voor multidisciplinair samenwerken worden uitgewerkt.

### 3. Professionals

Onder het diabetesteam verstaan we de groep professionals waarmee een patiënt te maken krijgt in het kader van diens diabeteszorg. Voor de samenstelling van het team wordt verwezen naar de NDF zorgstandaard DM type 2 (2007) en de addenda voor DM type 1 (deel 1 Volwassenen en deel 2 Kinderen en adolescenten, 2009). Per setting kan het team variëren. In de praktijk bestaat het team meestal uit één of meerdere artsen, een diabetesverpleegkundige of praktijkondersteuner en een diëtist en bestaan er samenwerkingsafspraken met een maatschappelijk werker, psycholoog, fysiotherapeut, podotherapeut en apotheker. Naast professionals dragen ook *peer-educators*, getraind en gecoached door bijvoorbeeld de Diabetesvereniging Nederland, bij aan DZME. Van belang is dat dit in goede samenwerking en in overleg plaats vindt, zodat het meest optimale resultaat voor de patiënt behaald kan worden. Binnen het team moeten heldere afspraken zijn op welke wijze een ieder bijdraagt aan de te bereiken eindtermen.

### 4. Eindtermen Diabetes Zelfmanagementeducatie

Het begrip ‘eindtermen’ verwijst naar de te behalen streefdoelen. Eindtermen voor DZME kunnen worden bepaald op het niveau van de patiënt, de professional en het team of de praktijk. Hierbij moet worden bedacht dat DZME een integraal onderdeel uitmaakt van de totale diabeteszorg. De mate waarin streefdoelen bereikt worden specifiek als gevolg van de educatie is daarom niet eenvoudig te beantwoorden. Zeker niet omdat er feitelijk nog geen eisen gesteld worden aan de diabeteszorg in Nederland. Dit raamwerk wil stimuleren dat daar verandering in komt.. Het is zeker mogelijk op gedragsniveau de mate van zelfmanagement van individuele patiënten voor en na het volgen van een DZME programma vast te stellen, bijvoorbeeld gebruik makend van de AADE7™ (2008). Zoals hieronder wordt aangegeven kunnen praktijken/centra eindtermen voor diabeteszorg en DZME periodiek op groepsniveau toetsen en deze gegevens kenbaar en toegankelijk maken. Uiteindelijk moeten de in dit raamwerk voorgestelde eindtermen voor DZME bijdragen aan betere diabeteszorg aan de mens met diabetes. Voor het opstellen van deze eindtermen is gebruik gemaakt van de richtlijnen van de International Diabetes Federation ([www.idf.org](http://www.idf.org)), de European Association for the Study of Diabetes ([www.easd.org](http://www.easd.org)) en de American Diabetes Association ([www.diabetes.org](http://www.diabetes.org)).

#### **4.1 Kwalificaties van het diabetesteam of de diabetes zorggroep**

Binnen goede diabeteszorg wordt de educatiebehoefte van patiënten periodiek in kaart gebracht (zie 4.3). Om vervolgens zorg te bieden die hierop aansluit, is de inbreng van verschillende disciplines van het diabetesteam nodig. Het team heeft gedocumenteerd welke expertise zij zelf in huis heeft en waar zij gebruik kan maken van eventuele andere expertise. De individuele leden van het team voldoen aantoonbaar aan de educatie-eisen van hun beroepsgroep en zijn bij voorkeur als zodanig geregistreerd. Ook volgen zij geregeld nascholing waarbij ook educatievaardigheden (zie hoofdstuk 5) worden behandeld. Streven is dat binnen het behandelteam een gezamenlijke expertise aanwezig is, die toereikend is voor de gewenste zorg, inclusief zelfmanagementeducatie.

#### **4.2 Communicatie binnen en buiten het team**

Het behandelteam bestaat uit meerdere disciplines en heeft structureel overleg over de behandeling en de resultaten van hun diabetespatiënten waardoor de inspanningen van de verschillende teamleden op elkaar zijn afgestemd. Voor overleg buiten het team (bijvoorbeeld met een apotheker of een professional uit de Geestelijke Gezondheidszorg) levert het team relevante informatie en is bereikbaar voor overleg. Afspraken met betrekking tot diabeteszorg zijn eenduidig en gelden voor alle teams, ook voor een team dat bestaat uit een huisarts, een praktijkondersteuner en een diëtist. Naast overleg over individuele patiënten is overleg over de diabeteszorg van het team als geheel van belang. In hoofdstuk 5 wordt nader ingegaan op competenties ten behoeve van multidisciplinair handelen.

#### **4.3 Individueel educatieplan**

Patiënten verschillen in hun educatiebehoefte en deze behoefte varieert over de tijd. Een patiënt heeft bijvoorbeeld kort na de diagnose andere educatiebehoeftes dan een patiënt met zo geheten late complicaties van diabetes. Ook is er niet altijd overeenstemming tussen wat de educator wenselijk gedrag en/of kennis en vaardigheden vindt ten opzichte van wat de patiënt wenselijk en haalbaar acht voor zijn persoonlijke situatie (zie ook hoofdstuk 5 Attitude en visie). Een educatieplan, als onderdeel van het individuele zorgplan, dient daarom per individu te worden opgesteld in nauw overleg met de betreffende patiënt. Bij het opstellen van educatiedoelen wordt vanuit het perspectief van de patiënt bepaald wat haalbaar is. Het educatieplan houdt altijd rekening met de levensfase/leeftijd van de patiënt, de diabetesduur en fase van de diabetesbehandeling, het ziekte-inzicht, de draagkracht, eventuele complicaties, co-morbiditeit en de leef- en werkomstandigheden. Goede diabeteseducatie gebruikt *evidence-based* programma's en biedt ruimte voor maatwerk. Samengevat wordt er in goede diabeteszorg een educatieplan vastgesteld dat aansluit bij de betreffende patiënt, dat schriftelijk wordt vastgelegd, dat meetbare door de patiënt onderschreven doelen beschrijft en dat periodiek wordt geëvalueerd (zie ook 4.4).

#### **4.4 Evaluatie van het educatieplan**

DZME is niet een eenmalige activiteit, maar wordt aangeboden over een langere periode, als integraal, zij het herkenbaar onderdeel van de diabeteszorg. Een educatieplan moet dus ook geregeld worden geëvalueerd, waarbij wordt nagegaan in hoeverre de gestelde doelen zijn behaald en welke aanpassingen er nodig zijn. Internationaal bestaat er consensus dat dergelijk evaluatiemomenten minimaal één keer per jaar plaatsvinden. Dit impliceert dat in het individuele zorgdossier ook de voortgang van de geboden educatie wordt geregistreerd. Als procesindicatoren gelden op het niveau van de individuele patiënt: 1) Of er evaluatiemomenten zijn ingebouwd in het zorgproces (1 keer per jaar) en 2) Of deze evaluatie plaatsvindt op het niveau van zelfmanagementgedrag. Op niveau van de organisatie/diabetesteam of zorggroep gelden als procesindicatoren: 1) Welk percentage van de patiënten een evaluatie heeft gekregen, 2) Welk percentage de

gestelde zelfmanagement doelen behaalt en 3) Of er resultaten met standaard meetinstrumenten worden verzameld (vragenlijst, HbA1c, registratie van uitkomsten).

#### **4.5 Toetsing van kwaliteit: procesindicatoren**

Gebaseerd op de NDF Zorgstandaard, wordt in protocollen vastgelegd welke zorg diabetespatiënten behoren te krijgen, inclusief DZME. Het is van belang na te gaan in hoeverre dit feitelijk in de praktijk ook gebeurt. Hiertoe kan er gebruik gemaakt worden van zogenaamde procesindicatoren. Op groepsniveau dient te worden vastgesteld welke zorg de patiënten (geregistreerd) hebben ontvangen. Deze registraties bevatten informatie over: 1) het percentage patiënten dat geregistreerd educatie heeft ontvangen van de verschillende disciplines in het team en welk onderwerp de educatie omvatte, 2) het percentage patiënten dat een educatieplan heeft, 3) het percentage patiënten waarbij dit educatieplan is geëvalueerd en 4) het percentage patiënten dat een specifiek DZME-programma heeft gevolgd. Dit zijn onder meer de interventies die worden beschreven in het RIVM rapport 'Diabetesinterventies in kaart' (2008).

#### **4.6 Toetsing van kwaliteit: uitkomstindicatoren**

In vervolg op 4.5 is het zinvol om niet alleen na te gaan óf bepaalde zorg plaatsvindt, maar ook de effectiviteit daarvan in kaart te brengen. De setting van de reguliere zorg legt meestal beperkingen op aan de volledigheid van de effectiviteitsmeting. Het systematisch bijhouden en analyseren van inhoudsindicatoren geeft echter wel zicht op de effectiviteit van de geboden zorg, vooral wanneer het meerdere jaren achter elkaar wordt herhaald.

Inhoudsindicatoren voor klinische uitkomsten zijn gemiddelde HbA1c, lipidspectrum, bloeddruk, BMI en complicaties waarbij het niet alleen om getallen gaat, maar ook om de veranderingen die binnen die zorg plaatsvinden. Indicatoren voor zelfmanagement zijn te meten op gedragsniveau met behulp van vragenlijsten. Dit geldt zeker ook voor indicatoren voor emotioneel welzijn en patiënttevredenheid. In een analyse dient de populatie te worden beschreven: percentage van de patiënten dat is geëvalueerd, leeftijd, geslacht, type en duur van de diabetes. Verder dienen gemiddelden en spreidingsmaten te worden gepresenteerd, evenals het percentage patiënten dat mogelijk wel is verbeterd maar toch nog slechter dan de richtlijnen scoort (indien vastgesteld).

Zonder *informed consent* kan overigens alleen globale informatie (anoniem, op groepsniveau) worden beschreven, zoals het gemiddelde HbA1c en het welzijn van alle patiënten van een praktijk/instelling en subgroepen, bijvoorbeeld met een HbA1c boven de 64 mmol/mol en onder de 53 mmol/mol (resp. boven de 8% en onder de 7%).

### **5 Competenties educatoren**

Om kwalitatief goede DZME te kunnen verzorgen dienen educatoren over bepaalde competenties te beschikken. In (inter)nationale literatuur en in de beroepsprofielen van de verschillende bij DZME betrokken beroepsgroepen worden deze competenties in meer of mindere mate reeds beschreven. Voor dit raamwerk hebben we uit de beschikbare literatuur en bestaande beroepsprofielen de belangrijkste competenties voor DZME trachten te destilleren. Die competenties zijn vervolgens tijdens een Invitational conference aan het veld voorgelegd en verder aangevuld en verfijnd. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in zes hoofdcompetenties.

Daar in Nederland steeds meer beroepsverenigingen hun profielen beschrijven uitgaande van het CANMEDS model, zijn bij de in het raamwerk onderscheiden hoofdcompetenties ter verduidelijking ook de CANMEDS rollen genoemd waarvan elementen zijn overgenomen om tot de in dit document beschreven specifieke hoofdcompetenties voor DZME te kunnen

komen. Het CANMEDS model zelf is in haar huidige vorm onvoldoende toereikend voor de beschrijving van competenties specifiek voor DZME.

<b>Competenties educatoren</b>	<b>CANMEDS rollen</b>
Attitude en visie	Beroepsbeoefenaar, Communicator
Kennis	Medisch deskundige, Academicus, Communicator
Communicatie	Communicator, Gezondheidsbevorderaar
Eigen functioneren	Academicus (gedeelte m.b.t. persoonlijke ontwikkeling/reflectie), Beroepsbeoefenaar
Effectmeting	Communicator (gedeelte m.b.t. adequate statusvoering), Organisator
Multidisciplinair handelen	Samenwerker, Organisator

De zes hoofdcompetenties voor DZME worden in dit hoofdstuk nader verfijnd. Iedere professional die binnen de diabeteszorg direct patiëntencontact heeft, zou deze competenties op een basisoniveau moeten beheersen. De beroepsverenigingen zijn en blijven primair verantwoordelijk voor de ontwikkeling van het beroepsprofiel van hun discipline en de daarbij horende accreditatie. Daar dient dan ook de discussie plaats te vinden over de mate waarin/het niveau waarop de betreffende discipline de competenties moet beheersen en de wijze waarop deze competenties vertaald dienen te worden naar toetsing en accreditatie. Dit raamwerk geeft een algemene leidraad die per beroepsgroep verder ingevuld kan worden.

Ook *peer-educators* dienen in principe de hier genoemde competenties te beheersen waarbij geldt dat de Diabetesvereniging Nederland (DVN), die deze educatoren traint en begeleidt, bepaalt hoe zij deze eisen vertaalt voor haar educatoren. Ook hier hoort toetsing en bewaking van kwaliteit geborgd te zijn.

## Hoofdcompetenties voor Diabetes zelfmanagementeducatie gespecificeerd

Op deze twee pagina's volgt een nadere specificatie van de zes hoofdcompetenties:

### **Attitude en visie**

1. Een professionele en open beroepshouding hebben
2. DZME zien als integraal, continu en herkenbaar onderdeel van de zorg
3. Affiniteit met en interesse/nieuwsgierigheid voor de doelgroep hebben
4. Zorg op maat leveren (mens met diabetes centraal)
  - Het opbouwen van een goede therapeutische relatie met de patiënt
  - DZME aan de persoon (en diens levensfase) kunnen aanpassen
  - DZME aan de ziektefase kunnen aanpassen
  - Respect hebben voor de geïnformeerde keuzes van de mens met diabetes
  - Een evenwicht vinden tussen wat professioneel wenselijk is en welk zelfmanagementniveau vanuit patiëntperspectief wenselijk, haalbaar en realistisch is
  - Rekening houden met de sociale omgeving en culturele achtergrond van de mens met diabetes
5. Eigen professionele beeld van gezondheidsgedrag niet opdringen
  - Onvoorwaardelijke acceptatie van en respect voor de mens met diabetes
  - Agendasetting vanuit de mens met diabetes

### **Kennis**

1. Eigen kennisniveau op peil hebben en houden (medische kennis en kennis m.b.t. zelfmanagement en het diabetesveld)
2. Kennis niet alleen bezitten maar ook kunnen overbrengen
3. Kennis hebben met betrekking tot de te bedienen doelgroep (allochtonen, kinderen, ziektefase enz.)

### **Communicatie**

1. Voor DZME noodzakelijke gespreksvaardigheden bezitten, zoals bijvoorbeeld exploreren en op output sturen (vraaggestuurd werken) en *motivational interviewing* (volgen, gidsen en richting geven) en tussen communicatie stijlen kunnen switchen per persoon / situatie
2. Effectief kunnen omgaan met verscheidene emotionele uitingsvormen van patiënten en naasten (zoals: in zichzelf gekeerdheid, veeleisendheid, angstigheid en/of onzekerheid)
3. Naast kunnen adviseren en instructie en informatie kunnen geven, ook in staat zijn te begeleiden, te coachen, blokkades weg te nemen en empathie te tonen
4. Enthousiasmerend en inspirerend zijn
5. Verstand hebben van groepsdynamica, om zowel individuele educatie als groepseducatie te kunnen verzorgen
6. Kennis en vaardigheden hebben om gezond gedrag te bevorderen
7. Kennis en vaardigheden hebben om psychosociale ondersteuning te bieden, bijvoorbeeld bij coping of depressie

### **Eigen functioneren**

1. In staat zijn het eigen functioneren in het kader van DZME te analyseren en ter discussie te stellen, bijvoorbeeld door *self assessment*, spiegelgesprekken en intervisie
2. Eigen grenzen kunnen aangeven en kunnen reflecteren op eigen handelen

### **Effectmeting**

1. Zorgt ervoor dat de eigen activiteiten op het gebied van DZME op een eenduidige manier worden geregistreerd en beschreven

### **Multidisciplinair handelen**

1. Bespreekt met andere betrokken zorgverleners en de mens met diabetes de verwachte verantwoordelijkheden en spreekt af hoe deze onderling verdeeld worden (therapeutische alliantie)
2. Is in staat om in nauwe samenwerking met de mens met diabetes een multidisciplinair educatieplan op te stellen (met door de patiënt opgestelde, duidelijk geformuleerde en meetbare persoonlijke doelen die door alle betrokken disciplines als uitgangspunt genomen worden)
3. Is op de hoogte van de input van de verschillende disciplines in de zorgketen, voert regelmatig multidisciplinair overleg en stemt de eigen activiteiten hierop af, waardoor de continuïteit van zorg gegarandeerd wordt
4. Kan doorverwijzen naar andere disciplines als de problematiek de eigen competentie/expertise overschrijdt, bijvoorbeeld bij psychosociale problematiek zoals depressie
5. Zorgt ervoor dat er duidelijke en bindende afspraken over de specifieke taakverdeling binnen de zorggroep worden gemaakt, dit betreft afspraken m.b.t.:
  - Wie ervoor zorg draagt dat de groepseducatie die wordt aangeboden *evidence-based* is
  - Wie ervoor zorg draagt dat het effect van de door de zorggroep uitgevoerde DZME wordt gemeten en jaarlijks wordt vastgelegd (proces en uitkomstindicatoren)
  - Wie ervoor zorg draagt dat de educatoren binnen de zorggroep adequaat geschoold zijn in DZME
  - Wie ervoor zorg draagt dat de verleende DZME getoetst wordt
  - Wie ervoor zorg draagt dat de educatoren binnen de zorggroep geschoold, getoetst en geaccrediteerd zijn

Zoals uit de hiervoor genoemde verfijning van de competenties blijkt, zijn in sommige situaties of bij sommige doelgroepen specifieke competenties vereist. Bijvoorbeeld wanneer er educatie gegeven wordt aan allochtonen of kinderen of wanneer er naast diabetes ook sprake is van psychische problematiek.

## **6 Programma's Diabetes Zelfmanagementeducatie**

Er bestaan diverse DZME programma's, veelal groepsgericht, die er aan bijdragen dat een diabetesteam of -zorggroep kan voldoen aan de eindcriteria. Gezien de omvang van de groep mensen met DM is het haast ondenkbaar dat een team aan de eindtermen kan voldoen zonder groepsgerichte educatie. Uiteraard blijft individuele DZME en maatwerk vereist.

De visie van de vaste NDF adviescommissie Educatie en Voorlichting (zie bijlage 1) is om uiteindelijk, liefst via de NDF, een digitaal loket tot ontsluiting van zelfmanagementprogramma's te ontwikkelen waar professionals informatie kunnen vinden over beschikbare *best practices* en waar hiervoor geaccrediteerde scholing wordt aangeboden. Het gaat hier om een groeimodel waarbij het raamwerk selectiecriteria meegeeft. Het ligt voor de hand dit af te stemmen met andere initiatieven die vanuit het Nationaal Actieprogramma Diabetes (NAD) en het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (CBO) ondernomen worden op dit terrein. De behoefte aan een Nationaal diabeteseducatieplatform onder regie van de NDF is gedurende de looptijd van dit project duidelijk door bij DZME betrokken professionals geventileerd, de precieze invulling van een dergelijk platform zal binnen het bredere (projectoverschrijdende) implementatieplan van het NAD onderzocht en verder uitgewerkt worden.

Afhankelijk van de populatie diabetespatiënten binnen het diabetesteam of -zorggroep kan een keuze voor een DZME programma gemaakt worden, welke bijdraagt aan het bereiken van de eindtermen van DZME (hoofdstuk 4).

Het RIVM geeft in het rapport 'Diabetesinterventies in kaart' (2008) een uitgebreide beschrijving van interventies gericht op het voorkómen van complicaties bij mensen met diabetes. Deze inventarisaties omvatten niet de vele nieuwe initiatieven die na 2007 startten, waaronder het vernieuwde educatieproduct van de Diabetesvereniging Nederland en drie driejarige educatietrajecten die ZonMw financiert in het kader van het Programma Diabetes Ketenzorg, waarmee kennis en toepassing van methoden voor educatie verder worden ontwikkeld en onderzocht, te weten:

1. Beyond expectations: the effectiveness of a theory driven intervention to achieve and sustain optimal self-management in patients with type-2 diabetes, door prof. dr. D.T.D. de Ridder (UU)
2. Effecten van permanente ondersteuning door middel van diabetes supportgroepen voor type 2 diabetespatiënten in lage sociaal-economische groepen, door prof. dr. K. Stronks (UvA)
3. Diabetes, educatie, internet, leefstijlfactoren, zelfmanagement, door prof. dr. N.K. de Vries (UM)

Ten behoeve van de ontwikkeling van dit raamwerk bood een selectie voorbeeldprogramma's inzicht in gevraagde kennis en ervaring vereist voor het geven van DZME. De beschreven competenties in hoofdstuk 5 zijn toereikend om de onderstaande zes geselecteerde programma's uit te voeren.

### 6.1. Een selectie van voorbeeld DZME programma's

Op basis van onderstaande overwegingen is een selectie van enkele veelbelovende DZME programma's uit het RIVM rapport gemaakt. Hierbij zijn de volgende voorwaarden gesteld:

- De programma's bieden zelfmanagementeducatie aan
- De programma's dekken een continuüm van educatie binnen de zorg
- De programma's dekken de praktijk van de eerste en de tweede lijn
- De programma's zijn exemplarisch voor wat er aan projecten in Nederland bestaat
- In de programma's is ook het medium *e-health* vertegenwoordigd met als doel te verhelderen welke kennis en vaardigheden dit vraagt van de professional in ZME
- In de programma's is ook de werkwijze *peer-education* vertegenwoordigd
- De programma's zijn theoretisch onderbouwd en er zijn bij voorkeur ook onderzoekresultaten.

De DZME programma's die vermeld zijn in dit Raamwerk zijn exemplarisch voor educatie in de zorg in de eerste en tweede lijn. Het betreft veelal groepsgerichte programma's. Het programma DIEP, met de bijbehorende training voor professionals (DIEP@work) is ter ondersteuning van individuele DZME. Een uitgebreidere omschrijving van de geselecteerde interventies is te vinden in bijlage 3. Doordat de selectie is gebaseerd op het RIVM rapport uit 2008, zijn mogelijk niet meer alle gegevens (volledig) actueel.

#### **Beperkingen in de selectie van ZME programma's:**

- Het aanbod van projecten gericht op DM type 1 is duidelijk kleiner dan het aanbod voor mensen met DM type 2.
- Het aanbod van projecten gericht op mensen enige tijd na de diagnose is klein.
- Het aanbod van DZME programma's in een één-op-één situatie is klein.

Het bleek lastig om in dit stadium en op deze termijn ook DZME programma's mee te nemen die zich richten op specifieke doelgroepen als jeugd, ouderen, minderheden. Deze doelgroepen zijn zelf ook weer te specificeren of dit zijn veelal gescheiden trajecten, waardoor ze zich minder lenen voor algemene uitspraken over competenties.

## 7 Bronnen

1. AADE Position Statement. AADE7™ 'Self-Care Behaviors' in: *The Diabetes Educator*, 2008 ([www.diabeteseducator.org](http://www.diabeteseducator.org))
2. Australian Diabetes Educators Association, *National core competencies for credentialled diabetes educators*, 2008
3. Canadian Diabetes Educator Certification Board, *Examination handbook (Appendix A Certified diabetes educator examination competencies)*, 2009
4. Chronic Care Model, Wagner et al., 1999
5. CVZ, Van preventie verzekerd, Diemen 2007
6. DNO, *De Diabetesdiëtist*, 2003 (geen officieel vastgesteld document)
7. EADV, *Kwaliteit telt*, 2008
8. IDF Consultative section, *Standards for Education International Diabetes Federation*, 2001 ([www.idf.org](http://www.idf.org))
9. LEVV, *Competentieprofiel diabetesverpleegkundige 'Nieuwe stijl'*, 2006
10. Mensing, C. et al., 'National Standards for Diabetes Self-Management Education' in: *Diabetes Care*, 25 Supplement, January 2002, 140-147
11. NDF, *Advies Diabetes Educatie*, 2005
12. NDF, *Zorgstandaard Type 2 Diabetes*, 2007 ([www.diabetesfederatie.nl](http://www.diabetesfederatie.nl))
13. NDF, *Ontwikkeling van een raamwerk*, 2008
14. NDF, *Zorgstandaard Addendum Diabetes type 1: Deel 1 Volwassenen*, 2009 ([www.diabetesfederatie.nl](http://www.diabetesfederatie.nl))
15. NDF, *Zorgstandaard Addendum Diabetes type 1: Deel 2 Kinderen en Adolescenten*, 2009 ([www.diabetesfederatie.nl](http://www.diabetesfederatie.nl))
16. NIGZ, *Diabeteseducatie in Nederland, State of the art van methoden en materialen*, Woerden 2006 ([www.nigz.nl](http://www.nigz.nl))
17. NVD, *Beroepsprofiel*, 2003
18. RIVM, *Diabetesinterventies in kaart. Inventarisatie van diabetesinterventies op het terrein van preventie en zorg in Nederland*, Bilthoven 2008 ([www.rivm.nl](http://www.rivm.nl))
19. ZonMw, *Zorgstandaarden in model, Diseasemanagement chronische ziekten*, Den Haag 2010
20. American Association of Diabetes Educators, A. A. (2010). Definitions. Opgeroepen op December 2010, van American Association of Diabetes Educators: <http://www.diabeteseducator.org/DiabetesEducation/Definitions.html>
21. Funnell, M. B. (2010). National Standards for Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Care*, 89-96.
22. Robbins JM, T. G. (2008). Nutritionist visits, diabetes classes, and hospitalization rates and charges: the Urban Diabetes Study. *Diabetes Care*, 655-660.
23. Wagner EH, Sandhu N, Newton KM, McCulloch DK, Ramsey SD, Grothaus LC. Effect of improved glycemic control on health care costs and utilization. *JAMA*. 2001; 285(2):182-189.
24. College voor Zorgverzekeringen. *Begeleiding bij zelfmanagement chronische ziekten*, Den Haag, 2010.

## **Bijlage 1 Samenstelling NDF vaste adviescommissie Educatie en Voorlichting**

Voorzitter:	Dhr. prof. dr. F.J. Snoek	Hoogleraar Medische Psychologie
Leden:	Mevr. E.S.E. Barents	Beleidsmedewerker DVN
	Mevr. M. van den Beuken	Beleidsmedewerker DVN
	Mevr. A. Dobbenberg	Diabetesconsulente
	Mevr. W. van El	Nurse Practitioner
	Dhr. dr. J. C. Keers	Psycholoog/onderzoeker
	Dhr. prof. dr. G. Kok	Hoogleraar Toegepaste Psychologie
	Mevr. R. van 't Klooster	Diëtist
	Dhr. dr. R.P.J. Michels	Internist
	Dhr. dr. J.H. de Smidt	Beleidsadviseur onderwijs / opleidingen KNMP
	Mw. dr. L. Veenhuizen	Kinderarts
Ambtelijk secr:	Mevr. drs. M.A.E. Bergmans	Beleidsmedewerker NDF
	Mevr. drs. M. Sangers	Beleidsmedewerker NDF
	Mevr. drs. R. Broeren	Beleidsmedewerker NDF

## Bijlage 2 Implementatie Raamwerk in de beroepspraktijk

Uit diepte-interviews met vertegenwoordigers vanuit verschillende bij DZME betrokken beroepsgroepen zijn begin 2010 door de adviescommissie de belangrijkste overeenkomsten, hiaten, ontwikkelingen en barrières geformuleerd als het gaat om de huidige praktijksituatie en de wenselijke situatie (waarbij DZME volledig zou zijn geïmplementeerd in de beroepspraktijk). De resultaten zijn destijds weergegeven als een SWOT analyse, welke de basis vormde voor een tweede Invitational Conference op 17 juni 2010. Tijdens deze conference hebben vertegenwoordigers vanuit de verschillende beroepsgroepen, vertegenwoordigers vanuit beroepsopleidingen en (na)scholingsinstituten, onderzoekers, beleidsmedewerkers, verzekeraars en farmaceuten (als toehoorders) met elkaar gebrainstormd over het inbedden van DZME in de dagelijkse beroepspraktijk. Deze SWOT analyse werd gezien als een eerste globale verkenning. De uitkomsten zijn niet officieel langs besturen gegaan, maar fungeerden puur als katalysator voor verdere discussie.

In onderstaande tabel zijn knelpunten die generiek naar voren werden gebracht als het gaat om het inbedden van diabetes zelfmanagementeducatie in de dagelijkse beroepspraktijk weergegeven. De oorspronkelijke SWOT analyse per beroepsgroep is bij de NDF op te vragen mocht daar behoefte aan zijn, maar het is geen formeel vastgesteld document.

<p><b>Multidisciplinaire samenwerking</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afstemming/samenwerking verschillende disciplines nog niet voldoende</li> <li>- Afbakening taken en verantwoordelijkheden moet nog verder uitgewerkt</li> <li>- Onduidelijkheid over de regierol bij ZME</li> <li>- Regierol vraagt naast multidisciplinair samenwerken ook om managementvaardigheden</li> <li>- Moeizame samenwerking/afstemming 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn</li> </ul>	<p><b>Scholing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (Bij)scholing schiet tekort op terrein van ZME</li> <li>- Attitudeomslag en visie nodig bij zorgprofessionals</li> <li>- Grote discrepantie tussen voorlopers en achterhoede</li> <li>- Nog te weinig multidisciplinaire scholing, terwijl dit voor ZME wenselijk is</li> <li>- Behoeftte aan aantrekkelijke accreditatie/bonus voor multidisciplinaire scholingen</li> </ul>
<p><b>Wetenschappelijke onderbouwing</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ZME is moeilijk meetbaar</li> <li>- Vrijblijvendheid, ZME is niet een verplichting</li> <li>- Heersende opinie dat kosteneffectiviteit ZME nog onvoldoende bewezen</li> <li>- Competenties moeten aangepast worden voor ZME aan specifieke doelgroepen</li> <li>- Behoeftte aan duidelijke kwaliteitscriteria om ZME programma's te kunnen selecteren</li> <li>- Behoeftte aan indicatoren (ZM)Educatie</li> </ul>	<p><b>Facilitaire mogelijkheden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contacttijd met patiënten is kort/tijdgebrek</li> <li>- Versnippering van initiatieven</li> <li>- Intervisie/werkbezoek/coaching nodig, hoe dit te organiseren en financieren?</li> <li>- Betere elektronische ondersteuning nodig als randvoorwaarde voor ZME</li> </ul>

Op dit moment wordt binnen het NAD het project 'kennis en vaardigheden' uitgevoerd door de NHG. Dit project heeft als deeldoelstelling het Raamwerk in de praktijk en opleiding te implementeren. Verdere onderbouwing van het raamwerk is onderdeel van dit project, maar daarnaast worden vanuit dit project de bij ZME betrokken beroepsgroepen gestimuleerd om zelf actief lacunes te signaleren en hiervoor een plan van aanpak te schrijven, o.a. gericht op (na)scholing. Verdere uitwerking en implementatie van diabetes zelfmanagementeducatie in de dagelijkse beroepspraktijk is in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van de betrokken beroepsverenigingen zelf; het raamwerk wil enkel een leidraad voor dit proces zijn, ontwikkelingen aanjagen en praktische handvatten bieden.

## **Bijlage 3: Een beschrijving van zes ZME programma's<sup>3</sup>**

### **Programma 1: Geen woorden maar daden (Beyond good intentions)**

#### **Onderdeel van de ADDITION-studie**

**Organisatie:** Universiteit Utrecht, Julius Centrum Utrecht

**Opzet:** Mensen met door middel van screening ontdekte diabetes type 2 en waarbij de diagnose recentelijk gesteld is, krijgen een zelfzorgcursus aangeboden

**Inhoud:** De cursus 'proactieve zelfzorg' van drie maanden, inclusief twee individuele sessies (1 uur) en vier tweewekelijkse groepsessies (2 uur) wordt door een getrainde verpleegkundige of praktijkondersteuner verzorgd. In de cursus komen verschillende domeinen van zelfzorg (dieet, beweging, medicatie) aan bod. Patiënten leren hun persoonlijke doelen te formuleren, te plannen en uit te voeren met behulp van een proactief vijf-stappenplan.

Nieuwe diabetespatiënten moeten bijna altijd grote veranderingen in hun leefstijl realiseren, zoals gezonder eten, meer bewegen en stoppen met roken. Dergelijke veranderingen zijn moeilijk, maar noodzakelijk om ontregeling en complicaties te voorkomen. De 'proactieve' groepscursus leert patiënten stap-voor-stap vooruit te denken over hun ziekte en zelfzorg. De cursisten leren concrete, haalbare doelen te stellen en realistische plannen te maken door mogelijke problemen tijdig te anticiperen. Patiënten leren niet alleen beter omgaan met hun ziekte, maar realiseren ook verbeteringen in hun gewicht en bloeddruk wat helpt om mogelijk lange termijn complicaties van diabetes te voorkomen.

**Actueel:** Tussen 2004 en 2006 werd de zelfzorgcursus officieel geëvalueerd om te bepalen of de inhoud, en met name het proactieve vijf-stappenplan, relevant en bruikbaar was in het kader van diabeteszelfzorg. De resultaten van de patiënten die de cursus volgden werden afgezet tegen de resultaten van een controlegroep waarin patiënten alleen een folder over zelfmanagement kregen. De cursisten bleken zeer tevreden te zijn over de inhoud en structuur van de cursus en 95% zou de cursus aanraden aan medepatiënten. Ook waren zij zeer positief over de docenten, groepsinteractie en het vijfstappenplan. Vergeleken met de controlegroep waren de cursisten ook daadwerkelijk pro-actiever geworden, bleken zij beter in staat hun doelen te realiseren en hadden zij meer vertrouwen in hun zelfzorgend vermogen. Ook in de huidige diabeteszorg zouden dergelijke zelfzorgcursussen een ondersteuning van zelfzorgmanagement kunnen zijn en een cruciale rol is daarbij weggelegd voor de zorgprofessional als educator. Op dit moment krijgt het project een vervolg onder de naam 'Beyond expectations' onder leiding van prof. Dr. D. de Ridder. Hiervoor is financiering van ZonMw als 'state of the art' programma m.b.t. diabeteseducatie verleend.

### **Programma 2: PRISMA: PRo-actieve Interdisciplinaire Self MANeagement educatie**

**Organisatie:** Diabetescentrum VUmc

**Opzet:** Alle patiënten met diabetes type 2 (nieuw op de polikliniek) krijgen PRISMA aangeboden ter vergroting van hun zelfmanagement, kennis en inzicht. PRISMA wordt aangeboden in twee dagdelen, in groepen van ca. 10 personen met eventuele partners cq. bekenden. PRISMA is gericht op de eerste – en tweedelijns zorg en is interdisciplinair.

---

<sup>3</sup> De hier beschreven informatie is gebaseerd op de inventarisatie uit 2008 en mogelijk niet (helemaal) volledig of correct meer.

De patiënt wordt op velerlei terreinen aangemoedigd zelf de regie in handen te nemen (o.a. met een persoonlijk actieplan) en daarmee sluit PRISMA aan bij de huidige ontwikkelingen in de zorg, waarbij het belang van zelfmanagementeducatie steeds meer erkend wordt.

**Inhoud:** PRISMA is gebaseerd op de effectief gebleken DESMOND-methode uit Engeland en gaat uit van vier theorieën, die verweven zijn in het programma (verspreid over 2 dagdelen):

1) Self regulation theory (inschatting ziektebeeld): Deze theorie gaat in op de individuele ideeën die mensen kunnen hebben over hun ziekte. Deze gedachten bepalen in belangrijke mate het individuele gedrag en de emotionele reacties van mensen met betrekking tot hun aandoening. Mensen met diabetes blijken een diversiteit aan opvattingen te hebben over hun ziekte en de behandeling. Deze kennis en ideeën zijn niet altijd juist of compleet. De training brengt de ideeën en kennis van de deelnemers aan het licht zodat eventuele misverstanden of mythes kunnen worden uitgesproken en herzien.

2) Dual process (patiënt actief in leerproces betrekken): Deze theorie benadrukt de actieve betrokkenheid van de patiënt in het leerproces. Dit betekent dat de trainers door het geven van gedoseerde informatie, maar vooral door het stellen van vragen, de patiënten activeren de aangeboden informatie te verwerken. Informatie die op deze wijze wordt verkregen, blijkt beter te worden onthouden en meer bestand te zijn tegen invloeden van tegenstrijdige informatie. Het geeft de deelnemers bepaalde principes mee waarmee nieuwe informatie kan worden onderzocht en getest. Het maakt het ook minder makkelijk om de informatie weg te rationaliseren als “niet van toepassing op mij”.

3) Self determination (interne motivatie): Deze theorie benadrukt het verschil tussen “gestuurde” en “autonome” motivatie. Je houdt niet de nuchtere bloedglucosewaarden bij omdat de arts dat vraagt / wil (gestuurde motivatie) maar omdat je zelf inzicht wilt krijgen in wat er met de bloedglucoses gebeurt wanneer je meer gaat bewegen (autonome motivatie). Om de autonome motivatie te bevorderen worden de deelnemers gestimuleerd hun eigen gezondheidsprofiel te onderzoeken en in kaart te brengen. Dit geeft inzicht in de risico's van de afzonderlijke patiënten ten aanzien van complicaties van diabetes. Begrijpen wat je risico is, leidt automatisch tot de vraag: wat kan ik hieraan doen?

4) Social learning theory (self-efficacy): Deze theorie benadrukt de individuele opvattingen over de eigen mogelijkheden om gedrag te veranderen en een actieplan op te volgen: “self-efficacy” is een belangrijke voorspeller voor succesvol zelfzorggedrag. In de cursus wordt het vertrouwen van de mensen ontwikkeld door de boodschap dat elke verandering, hoe klein ook, winst oplevert voor de gezondheid. Aan het eind van de cursus worden de deelnemers gestimuleerd een persoonlijk actieplan op te stellen aan de hand van hun eigen gezondheidsprofiel met een SMART doel. SMART staat voor Specifiek, Meetbaar, Actiegericht, Realistisch en Toetsbaar.

**Actueel:** Het onderzoek van DESMOND naar de effecten is positief, een kleinschalig onderzoek naar PRISMA bevestigt deze trend. PRISMA loopt als usual care in het VUmc, Spaarne ziekenhuis en ziekenhuis Bernhoven. Het VUmc verzorgt tweemaal per jaar Train de Trainer bijeenkomsten. Sinds mei 2010 is er een landelijk implementatietraject PRISMA in de eerste lijn gestart, met logistieke ondersteuning van Novo Nordisk. Voor een update zie [www.prisma-diabetes.nl](http://www.prisma-diabetes.nl).

### **Programma 3: MIEP (Multidisciplinair Intensief Educatie Programma)**

**Organisatie:** Universiteit Groningen

**Opzet:** Moeilijk in te stellen Diabetespatiënten type 1 en 2 en/of mensen met psychosociale beperkingen als gevolg van diabetes worden onderworpen aan een educatieprogramma waarbij zij worden gestimuleerd zelf de regie in handen te nemen.

**Inhoud:** MIEP is een multidisciplinair intensief diabetes educatie programma van 12 dagen dat gebaseerd is op 'empowerment'. Het belangrijkste doel is patiënten in staat te stellen om hun eigen behandeldoelen te stellen en vooral ook om hen te stimuleren en ondersteunen zodat zij deze doelen niet alleen stellen, maar ook daadwerkelijk halen. Patiënten worden hierdoor sterk betrokken bij hun eigen behandeling. Het programma bestaat uit een tien weken durende kernmodule van één hele dag educatie per week, gevolgd door vervolgdagen na zes en twaalf weken en na een jaar. Het programma wordt uitgevoerd in verschillende diabetespoliklinieken in Groningen. Na het twaalf weken bezoek gaan de patiënten terug naar de reguliere diabeteszorg. Het programma wordt gegeven in groepen van zes tot negen patiënten. De diverse onderwerpen die worden behandeld worden aangeboden in vier stappen:

- 1) Introductie van het onderwerp door één of meerdere teamleden;
- 2) Groepsdiscussie of oefening. In deze fase wordt bijvoorbeeld gesport, bekeken hoe dit de bloedglucose beïnvloedt en hoe men hierop kan anticiperen;
- 3) De patiënten bepalen welke doelen zij hebben ten aanzien van het onderwerp en hoe zij dit kunnen inpassen in hun eigen leven;
- 4) De laatste stap vindt plaats in een volgende bijeenkomst en betreft de evaluatie en feedback op het toepassen van deze nieuwe vaardigheden.

**Actueel:** MIEP is een voorbeeld van de verschuiving die tegenwoordig plaats vindt van educatie gericht op therapietrouw naar educatie gericht op empowerment. De resultaten van een uitgevoerde effectstudie laten onder andere zien dat MIEP, 22 weken na de start van het programma, leidt tot een verbetering in diabetesregulatie en psychosociaal functioneren. Blijkbaar heeft een dergelijk multidisciplinair en intensief diabetes educatieprogramma effect op moeilijk te reguleren diabetespatiënten. Ook hier is een cruciale rol weggelegd voor degene die de educatie verzorgt en dit project biedt dan ook aanknopingspunten om dieper in te gaan op de competenties voor diabetes zelfmanagementeducatie.

#### **Programma 4: Diabetes de baas: groepstraining, gebaseerd op cognitieve gedragstherapie**

**Organisatie:** VUmc

**Opzet:** Het effect meten van een cognitieve gedragstherapie op glyceamische instelling, diabetesspecifieke problemen en diabetesspecifieke selfefficacy en zelfmanagement bij mensen met type 1 diabetes met een slechte diabetes instelling.

**Inhoud:** de effectiviteit van 'Diabetes de baas' werd vergeleken met die van een psycho-educatieve groepsinterventie; Hypoglykemie Preventie Training (HPT). De groepstraining is ontwikkeld voor mensen met type 1 diabetes, bestaat uit 6 wekelijkse bijeenkomsten en wordt begeleid door een diabetesverpleegkundige en medisch psycholoog.

In totaal namen 88 patiënten met type 1 diabetes deel aan een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek waarbij het effect van de cognitieve gedragstherapie werd vergeleken met een psycho-educatieve groepsinterventie. Uitkomstmaten waren: HbA1c, zelfmanagement, diabetesspecifieke problemen en depressieve symptomen; deze werden gemeten net voor de interventie en 3, 6 en 12 maanden na de interventie.

**Actueel:** Het project is afgerond en geëvalueerd. Geconcludeerd werd dat 'Diabetes de baas' voor mensen met type 1 diabetes met een langdurig slechte glycemische instelling gunstige effecten heeft op het emotioneel welbevinden, zelfmanagement en diabetesspecifieke problemen. Er werden geen significante veranderingen gevonden in

HbA1c, met uitzondering van de subgroep patiënten met co-morbide depressieve klachten (ca. 40% van de totale groep).

Diabetes de baas laat zien dat er een gunstige werking uitgaat van programma's gericht op het bevorderen van zelfmanagement bij slecht ingestelde diabetespatiënten en benadrukt nog eens de cruciale rol die daarbij is weggelegd voor de zorgprofessional die de rol van educator uitoefent.

### **Programma 5: DIEP@work (Diabetes Interactief Educatie Programma)**

**Organisatie:** Academisch ziekenhuis Maastricht, Universiteit van Maastricht met financiële en logistieke ondersteuning van LifeScan, Johnson & Johnson Health Connaction

**Opzet:** DIEP is een website met informatie over diabetes, die zelfmanagement door de patiënt wil bevorderen en het contact tussen zorgverlener en patiënt wil ondersteunen. In dit kader worden onder de naam DIEP@work trainingen verzorgd aan zorgprofessionals om met dit e-health programma educatie te kunnen verzorgen aan diabetes patiënten. DIEP@work is gefundeerd op motivational interviewing en gaat uit van een actieve betrokkenheid en participatie van de patiënt in diens behandeling.

**Inhoud:** DIEP is een interactief internetprogramma dat door middel van gesproken tekst, plaatjes en animaties de patiënt duidelijk maakt hoe diabetes en de behandeling ervan zijn verweven met het dagelijkse leven en leert de patiënt hiermee om te gaan. De aangedragen informatie is conform de NHG-standaard.

Het is de bedoeling dat zorgverleners de website gebruiken in hun rol als educator en op hun beurt worden zij daarvoor getraind (DIEP@work) in motivational interviewing. Een techniek waarbij er volop aandacht is voor patiënt empowerment, agenda setting en goal setting. Op deze manier kunnen professionals leren hoe zij een e-health programma kunnen betrekken bij de zelfmanagement educatie in het kader van diabetes, waardoor de kwaliteit van hun diabeteseducatie geoptimaliseerd wordt.

DIEP ontving in 2006 de Kwaliteitsprijs Diabeteszorg en de website had eind 2008 ruim 32.000 bezoekers. Patiënten blijken voorsnog tevreden te zijn met de inhoud en gebruiksvriendelijkheid en hun kennis neemt toe. Zorgverleners zetten DIEP echter weinig in, volgens eigen zeggen vooral vanwege tijdgebrek.

**Actueel:** Op dit moment is DIEP in gebruik ([www.diep.info](http://www.diep.info)) en worden zorgprofessional in het kader van DIEP@work getraind om met een e-health programma als ondersteuning hun rol als educator uit te oefenen. Onder leiding van prof. Dr. N.K. de Vries wordt momenteel onderzocht hoe de website te optimaliseren, waarbij het doel is om de website nog beter in te laten spelen op individuele behoeften en kenmerken van de gebruikers. In 2009 is aan DIEP de DESG Educatieprijs toegekend.

### **Programma 6: DVN cursus Leven met Diabetes 'Op eigen kracht in balans' (geactualiseerde versie 2008)**

**Organisatie:** Diabetes vereniging Nederland (DVN)

**Opzet:** Bevorderen van zelfmanagement en lotgenotencontact bij mensen met diabetes

**Inhoud:** De diabetes educatiecursus van de DVN volgt het principe van de zelfhulpgroepen en is vrijwillig en vrijblijvend van aard. Er is gekozen voor een didactische aanpak gericht op

het bewerkstelligen van empowerment en zelfmanagement. Niet de docent staat centraal maar de cursist. Waar voorheen de focus meer lag op het overbrengen van kennis wordt in deze cursus gewerkt met het model van *Action Learning* (eigen ervaringen) en Ervaringsleren (ervaringen van anderen/lotgenotencontact). Deelnemers leren te reflecteren op hun eigen ervaringen en met aanvullende theorie nieuw gedrag te vertonen. Ze leren vooral van hun eigen ervaringen.

In de cursus is veel aandacht voor psychosociale aspecten (het omgaan met de ziekte, praktische oplossingen vinden voor specifieke ziektegerelateerde problemen), onderlinge hulp en lotgenotencontact, maar er wordt ook informatie gegeven over algemene aspecten die bij diabetes en de behandeling ervan aan de orde komen.

De cursus bestaat uit vijf bijeenkomsten, elke bijeenkomst duurt ongeveer 2.5 uur en binnen die tijd worden twee thema's (bijvoorbeeld medicatie of zelfcontrole) behandeld en is er een gezamenlijke start en afronding. De deelnemers maken thuis voorbereidingsopdrachten voorafgaande aan de bijeenkomsten, dit vraagt ongeveer 1 tot 2 uur per keer. De cursus wordt gegeven door cursusleiders die door de DVN zijn opgeleid. Een cursusleider heeft zelf diabetes of is partner/ouder van iemand met diabetes en is dus ervaringsdeskundige. Daarnaast beschikt de cursusleider over goede didactische vaardigheden, kennis van en ervaring met groepsprocessen.

**Actueel:** De cursus is in 2008 geactualiseerd en wordt door de DVN gebruikt in de dagelijkse praktijk. In de nieuwe opzet draaien de cursusleiders de educatiecursus met z'n tweeën: een cursusleider en een cursusbegeleider, die elke bijeenkomst samen voorbereiden en evalueren. Soms worden professionals, bijvoorbeeld een diëtist, uitgenodigd voor de bijeenkomsten. Aangezien de cursusleiders door de DVN op basis van een competentieprofiel worden opgeleid, biedt dit project aanknopingspunten om verder in te gaan op de noodzakelijke competenties van een diabetes educator.