



**Preventie en Zorg**  
Wassenaarseweg 56  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden

[www.tno.nl](http://www.tno.nl)

T +31 88 866 90 00  
F +31 88 866 06 10  
[info-zorg@tno.nl](mailto:info-zorg@tno.nl)

**TNO-rapport**

**KvL/P&Z 2010.092**

Rapportage onderzoek naar patient empowerment  
en zelfmanagement van ouderen  
Verkennd onderzoek in het kader van proeftuin  
peri-operatieve zorg voor ouderen (KIP Patient  
Empowerment 2010)

Datum	December 2010
Auteur(s)	Y.J.F.M. Jansen L.L. Alpay
Opdrachtgever	
Projectnummer	031.20444/01.20
Aantal pagina's	21 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	2

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoekopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Methode</b> .....	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Resultaten</b> .....	<b>6</b>
3.1	Resultaten focusgroepgesprek met ouderen.....	6
3.2	Resultaten gesprekken zorgprofessionals .....	9
<b>4</b>	<b>Conclusie</b> .....	<b>15</b>

### **Bijlage(n)**

- A Topiclijst focusgroepgesprek met ouderen
- B Topiclijst interviews zorgprofessionals

# 1 Inleiding

Zelfmanagement (ZM) wordt algemeen beschouwd als een antwoord op de toekomstige capaciteit- en betaalbaarheidproblemen in de gezondheidszorg die zich voordoen als gevolg van demografische en epidemiologische ontwikkelingen zoals vergrijzing en ontgroening. Inzet is om van burgers over de gehele levensloop en vooral rond perioden van major life events en –transities naar vermogen zelfmanagers te maken, die een risicovolle leefstijl veranderen of leren omgaan met een ziekte en de gevolgen daarvan. Om van burgers ‘zelfmanagers’ te maken is gerichte ondersteuning en training van vaardigheden nodig. Dit wordt aangeduid met het concept patient empowerment. Doel van zelfmanagement en patient empowerment is om gezondheid en vitaliteit te bevorderen, waardoor men langer zelfstandig functioneert en participeert in de maatschappij bij gelijkblijvende of bij voorkeur afnemende zorgkosten.

TNO wil zich o.a. gaan richten op het ontwikkelen, evalueren en implementeren van zelfmanagement-interventies. Hierbij is de rode draad dat de interventies zijn afgestemd op de gebruiker (o.a. aandoeningen, persoonlijkheid, SES), context (o.a. thuis, op straat en op het werk.) en de zorgorganisatie (o.a. diabetes zorgstandaard) waarbinnen de zelfmanagement-ondersteuning wordt aangeboden. Zodoende wordt gestreefd naar effectieve, praktisch haalbare, maar zeker ook gebruiksvriendelijke interventies, die mensen helpen een goede gezondheid te onderhouden en de impact van eventuele aandoeningen te minimaliseren. Echter om gerichte interventies ter bevordering van zelfmanagement te kunnen ontwikkelen, is het belangrijk om niet alleen inzicht te krijgen naar wat het concept patient empowerment vanuit theoretisch perspectief betekent, maar ook juist inzicht te krijgen in hoe dit concept door burgers wordt ingevuld. Deze rapportage geeft de resultaten van een verkennend focusgroep onderzoek naar hoe het concept patient empowerment door ouderen, als door zorgprofessionals wordt ingevuld.

Met het concept patient empowerment wordt het proces aangeduid hoe burgers meer controle en zeggenschap krijgen over allerhande beslissingen die van invloed zijn op hun gezondheid. Patient empowerment vergroot een persoon’s zelfbeschikking en autonomie om beslissingen omtrent gezondheid en ziekte te nemen. Patient empowerment ondersteunt zelfmanagement (ZM). Het stelt de zorgconsument/patiënt in staat om voor zelfmanagement activiteiten – deels parallel - uit te voeren, zoals:

- het verkrijgen van inzicht in de eigen gezondheid;
- op basis van individuele informatie beslissingen nemen over zelfmanagement en zelfzorgactiviteiten;
- het inpassen van zelfmanagement en zelfzorgactiviteiten in het dagelijkse leven en het ontwikkelen van nieuwe gewoonten;
- het betrekken van de (sociale) omgeving bij zelfmanagement.

Echter voor patient empowerment, dienen burgers kennis, vaardigheden (competenties), en motivatie te hebben om deze beslissingen omtrent ziekte en gezondheid te kunnen nemen. De toegang tot kennis, motivatie en het hebben van vaardigheden en/of het aanleren van vaardigheden zijn voor patient empowerment belangrijke concepten, welke ook een andere rol van zorgprofessionals veronderstellen. In plaats van een paternalistische houding, dienen zorgprofessionals meer een ondersteunende en coachende rol te vervullen voor burgers om deze autonome beslissingen te nemen. De volgende begeleidingsaspecten spelen hierbij een rol:

- het bieden van inzage in gezondheidsgegevens en aanbieden van methoden om eigen gegevens te beheren;
- het bieden van informatie die de patiënt ondersteunt bij het maken van persoonlijke gezondheidskeuzes;
- het coachen van activiteiten met het doel de zelfredzaamheid van de patiënt te vergroten;
- het helpen vinden en betrekken van partijen en “maatjes” in de persoonlijke omgeving om in het dagelijks leven te ondersteunen en om te gaan met reacties vanuit de sociale omgeving.

Het concept patient empowerment is een theoretisch concept, waarvan nog niet goed bekend is hoe dat in de zorgpraktijk van alledag door burgers/patiënten en zorgprofessionals wordt ingevuld. In een focusgroep studie in het kader van een proeftuin peri-operatieve zorg voor ouderen, zijn ouderen en zorgprofessionals bevraagd naar hoe ouderen toegang hebben/krijgen tot informatie, hoe zij daarmee beslissingen nemen over hun behandeling of de mogelijkheid krijgen beslissingen te nemen en welke rol zorgprofessionals daarbij vervullen.

In dit onderzoek is de volgende centrale vraagstelling gehanteerd:  
Hoe wordt door oudere patiënten en zorgprofessionals het concept patient empowerment ingevuld?

## 2 Methode

Om inzicht te krijgen in hoe het concept patient empowerment door zowel ouderen als zorgprofessionals wordt ingevuld, is een verkennend focusgroep onderzoek opgezet. Dit bestond uit verschillende onderdelen.

Om inzicht te krijgen in hoe oudere patiënten en mantelzorgers inzicht krijgen in hun eigen conditie, hoe zij beslissingen nemen, en van welke ondersteuning zij gebruiken en wensen in het aanpassen van leefstijladviezen, is een focusgroep gesprek gehouden met 6 ouderen, waarvan 5 oudere patiënten van de poli Geriatrie van het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven en 1 mantelzorger. De ouderen hadden de leeftijd variërend van 69 tot 91 jaar.

Om inzicht te krijgen naar hoe zorgprofessionals het concept patient empowerment invullen, is een focusgroep gesprek gehouden met 2 artsen van het LUMC (een internist ouderengeneeskunde en een revalidatiearts) en 3 individuele interviews met fysiotherapeuten zich gespecialiseerd in fysiotherapie voor geriatrische patiënten. Alle zorgprofessionals verleenden zorg aan oudere patiënten, met diverse problematiek, te weten mobiliteits- en valproblematiek, cognitieve problematiek, patiënten met CVA, complexe problematiek als gevolg van ouderdom en chronische ziekten. In deze gesprekken zijn de zorgprofessionals gevraagd over hoe zij informatie over ziekte en behandeling verstrekken en hoe zij de autonomie van oudere patiënten ondersteunen en faciliteren.

Het focusgroepgesprekken en de interviews zijn gehouden aan de hand van een semi-gestructureerde topiclijst. De thema's zijn geformuleerd op basis van de in de inleiding genoemde aspecten van patient empowerment, te weten: kennis, competenties en motivatie. Deze thema's zijn tijdens het focusgroepgesprek op de volgende wijze geoperationaliseerd: hoe ouderen informatie verkrijgen en deze gebruiken, hoe ouderen beslissen over gezondheid, zorg, behandeling en ondersteuning (condities), welke ondersteuning voor zelfzorg gewenst is en welke (technische) middelen daarbij ondersteunend zouden kunnen werken.

De focusgroepgesprekken en de interviews hebben plaatsgevonden in een daartoe gereserveerde vergaderruimte op locatie en hadden een gemiddelde duur van 1 uur. De gesprekken zijn opgenomen met behulp van een voicerecorder en zijn uitgewerkt. Alle gegevens worden geanonimiseerd weergegeven.

De analyse van het gesprek zal worden gepresenteerd aan de hand van de belangrijkste thema's die in de gesprekken aan de orde zijn gekomen.

## 3 Resultaten

### 3.1 Resultaten focusgroepgesprek met ouderen

Alle deelnemers aan het focusgroep gesprek waren in de leeftijd van 76 tot 91 jaar, de aanwezige mantelzorger had de leeftijd van 69 jaar.

Wat alle deelnemers aangaven tijdens het gesprek is dat zij met ondefinieerbare valklachten, of vergeetachtigheid via de huisarts naar de geriater zijn verwezen. Bij een aantal deelnemers is een diagnose gesteld van Parkinsonisme, bij anderen is de oorzaak van de klachten onduidelijk.

#### 3.1.1 Informatie verkrijgen (toegang tot informatie)

De deelnemers geven aan dat zij vele onderzoeken in het ziekenhuis hebben ondergaan, alvorens een diagnose is gesteld, of niet. Daarbij hebben de deelnemers informatie gekregen over de mogelijke oorzaken van de klachten. Informatie over de diagnose en adviezen wordt door de deelnemers verkregen via de geriater, via familieleden met een medische achtergrond, danwel via ervaringen van vrienden en bekenden. Hoewel een aantal deelnemers aangaf te zoeken naar informatie, is het verkrijgen van informatie lastig als geen diagnose gesteld is of omdat er weinig bekend is.

*[...] het is waarschijnlijk Parkinsonisme. De dokter heeft gezegd dat er geen medicatie voor is. Maar omdat er niks gevonden werd, is het niet mogelijk verdere informatie te krijgen. Er is wel gezegd dat het komt door stoffes die niet door de hersenen worden aangemaakt. (P1, 22-06-2010)*

*Ik heb zelf informatie geprobeerd te krijgen, maar er is weinig. Het kan verschillende oorzaken hebben. [...] De dokter heeft gezegd van Parkinson misschien en dat heeft ze uitgeplouzen. Dat heeft dezelfde symptomen, maar dat is het niet. In het ziekenhuis probeert de ook uit te zoeken waar ze meer informatie kan krijgen. (P2, 22-06-2010)*

Deelnemers krijgen tijdens de consulten informatie over hun fysieke conditie en krijgen van de geriater adviezen, zoals het gebruik van een rollator als ondersteuning bij het lopen, beweeg- en conditieadviezen via fysiotherapiebehandelingen ten behoeve van valpreventie en het gebruik van medicatie. Zoals het volgende fragment illustreert:

*De geriater heeft gezegd dat ik veel in beweging moet blijven en dat probeer ik dan. [...] fysiotherapie, twee keer per week. En oefeningen van het ziekenhuis om te doen tijdens de dag, een lijstje oefeningen van de geriater wat ik 's ochtends moet doen. En ik moet een half uur per dag wandelen. Maar die activiteiten deed ik al veel, ik deed gym, maar dat viel weg. (P1, 22-06-2010)*

#### 3.1.2 Kennis, vaardigheden en het nemen van beslissingen (het nemen van beslissingen)

De deelnemers uit dit focusgroepgesprek waren allen nog zelfstandig wonend in aanleunwoning. Ze gaven aan dat ze beslissingen nemen over het volgen van leefstijladviezen en welke ondersteuning zorg zij willen ontvangen. Echter lijkt uit het gesprek naar voren te komen dat zij niet de informatie, die zij van de geriater krijgen over hun fysieke conditie en leefstijladviezen, gebruiken om actief beslissingen te

nemen over de door de arts voorgestelde behandeling. Zo gaf een van de deelnemers aan:

*Je kunt ze niet inzien (je medische gegevens), maar je kunt er wel naar vragen. De dokter heeft een hersenscan laten zien en uitgelegd. [...] Kijk, als je nog vrij redelijk functioneert, krijg je wel meer informatie. Als ze mijn bloeddruk opneemt, mag ik meekijken want ik kan die informatie wel verwerken. Maar bij andere mensen mag dat niet. Ik wil wel meer informatie, maar krijg dat niet. Vaak ben ik eigenlijk overdonderd en pas als ik buiten ben, kom ik erachter dat ik niet gevraagd heb wat ik vragen wilde. (P4, 22-06-2010)*

Daarentegen gaven de deelnemers aan zelfstandig beslissingen te nemen over welke zorg en ondersteuning zij van het verzorgingstehuis, waar zij in een aanleunwoning verblijven, willen ontvangen. “Ik woon nog zelfstandig, en ik beslis zelf wat ik thuis doe [...] Ik heb altijd zelf hulp gehad, maar ik ben overgegaan naar een andere organisatie. Dat heb ik zelf geregeld” (P4, 22-06-2010).

De deelnemers geven aan dat ze daarbij ook het gevoel hebben dat ze kennis en vaardigheden hebben om zelfstandig, autonome beslissingen te nemen. Zoals het volgende fragment aangeeft: “Ja, nou ik kan dat allemaal heel goed. Ik kan me voorstellen dat er mensen zijn die dat niet kunnen. Dan moet je je overgeven, maar ik denk dat je dan ook in een ander huis zit en meer hulp hebt” (P2, 22-06-2010).

Of het nu gaat om medicatie of andere leefstijladviezen, zo geven de deelnemers aan, zijn zij nog gezond van geest om daar zelf beslissingen over te nemen. Ondanks hun hoge leeftijd, hebben de deelnemers het gevoel dat zij ook zelf controle hebben en kunnen houden over hun dagelijks leven. Daarbij is het een kwestie van vaardigheden benutten en krijgen, zoals het volgende fragmentje illustreert:

*Ja, het zijn altijd dezelfde oefeningen, dus je krijgt er ook vaardigheid in. De oefeningen zijn door de fysiotherapie voorgeschreven en een lijstje kreeg ik mee. Ja, ik heb het eerst met een fysiotherapeut geoefend” (P3, 22-06-2010).*

In het focusgroepgesprek is de deelnemers ook gevraagd of ze gebruik maken van lotgenotencontact als een vorm van ondersteuning of kennis vergaren. De deelnemers gaven aan dat zij eigenlijk niet met anderen of ‘lotgenoten’ kennis en ervaringen uitwisselen. Wel bespreken ze ervaringen met directe familie en goede vrienden, maar het bespreken met anderen doen ze niet of nauwelijks.

*Ja, je loopt niet met je klachten naar een ander. De hulp zegt ‘s avonds wel eens ‘u moet eens weten hoeveel mensen hier in dit huis dit ook hebben’, maar daar praten we niet over. [...] Het is toch in zo’n huis een hele tamtam. Iedereen weet altijd alles, dat heb je zo in een huis. Ik vind het vervelend om erover te praten. Sommigen weten het wel hoor. Ik ben vriendelijk tegen iedereen, maar er zijn dingen die ik niet aan ‘jan en alleman’ vertel. (P2, 22-06-2010)*

Het gebruik van nieuwe media voor het vergaren van kennis wordt eveneens door de deelnemers niet of nauwelijks gebruikt. Het gebruik van een computer en/of internet wordt door de deelnemers nauwelijks gebruikt. Hoewel sommige deelnemers wel aangeven dat ze er een cursus voor volgen, gebruiken anderen geheel geen computer of internet. Zij gebruiken liever telefoon voor het verkrijgen van informatie of vragen aan

familie en/of kleinkinderen informatie voor hen op te zoeken. Zo laat het volgende fragment zien:

*M1: ik denk de computer, maar veel ouderen kunnen dat niet meer of willen het niet meer leren.*

*P4: ik ga het niet meer leren*

*P2: Jk heb wel computerles. Al een paar jaar, maar daar vind ik niks aan. Ja, ik heb dat ding en ik betaal ervoor, maar in wezen vind ik er niks aan.*

*P4: ik vind het wel lastig, want ze zeggen bij alles dat je op internet informatie kunt vinden.*

*P1: ik bel altijd met de kinderen, als ik iets wil weten. Ik heb nog geen GSM, maar die wil ik wel aanschaffen.*

### 3.1.3 Het volgen van leefstijladviezen (zelfzorg)

Van de adviezen die door de geriater gegeven worden, lijken medicatieadviezen voor deelnemers makkelijker te volgen dan de overige adviezen, zoals beweegadviezen. Uit het focusgroepgesprek komt naar voren dat deelnemers aangeven makkelijker medicatieadviezen te kunnen volgen en hebben daar eigen patronen voor ontwikkeld. Zo gaf een mevrouw aan dat ze om haar medicatie, die ze om de dag dient in te nemen, niet te vergeten op de betreffende dagen kruisjes plaatst in haar agenda. Een aantal deelnemers gaf aan dat ze via de apotheek ondersteuning kregen aangeboden voor het volgen van medicatieadviezen.

*P4: Ik slik al jaren pillen voor de hoge bloeddruk, en die medicijnen zijn in het ziekenhuis veranderd. Ik vind het prima, want ik neem aan dat de artsen zo bekwaam zijn dat ze dan nieuwe geven. Daarom neem ik die pillen gewoon. Ik krijg nu via de apotheek mijn medicijnen in boxen (resp. Baxter zakjes) met informatie 'hoe laat' en zo. De nieuwe box brengen ze dan elke dinsdag.*

*P2: Ik heb zo'n box ook gehad, maar ik vond het niets. Ik heb het afgezegd. Je kon het slecht open krijgen en ik heb zelf een doosje voor de hele week en die maak ik dan klaar. En met die box dan vergeet ik het. Als ik thuis kom neem ik het keurig in. Als ik weg ga vergeet ik ze mee te nemen, dan neem ik ze pas in als ik thuis kom.*

Wat opvalt is dat deelnemers eigen patronen hebben ontwikkeld om de medicatieadviezen in het dagelijks leven te integreren. Deelnemers geven daarbij aan dat ze de medicatie structureel gebruiken, omdat ze vertrouwen hebben in de kennis en kunde van artsen.

Het volgen van beweegadviezen daarentegen lijkt moeilijker voor deelnemers om structureel te volgen. Wat opvalt is dat er één deelnemster iedere avond voor het naar bed gaan beweegoefeningen deed thuis. De andere deelnemers gaven aan dat ze vaak wel proberen de beweegadviezen te volgen, maar niet altijd zin en of tijd hebben of dat het weer er niet naar is om een rondje te wandelen.



*Ik moet iedere dag lopen, hè. Iedere dag een half uur. Nou dat vergeet ik wel eens; ik vind het niet zo gezellig. Als het mooi weer is wel, maar als het koud is dan blijf ik lekker warm thuis. Ja, ik loop wel in huis, en daar hebben we ook een lange gang. Nou drie keer, dan heb ik het wel gehad hoor. Ik ga graag even naar het park, maar dan moet het mooi weer zijn en niet regenen. (P2, 22-06-2010)*

*Ik lees en wandel zoveel ik kan. Ik heb oefeningen gehad, maar het komt er dikwijls niet van. Ik kan de oefeningen wel, maar ik ben lui uitgevallen. Dan heb ik er geen zin in. (M1, 22-06-2010)*

*Er is een fiets in het huis, maar dan moet ik de fiets afstellen, want ik ben groter dan de andere bewoners. En dan moet ik hem afstelen, daar heb ik dan geen kracht voor, dus dan loop ik maar. (P4, 22-06-2010)*

De deelnemers gaven aan de voorkeur te geven aan activiteiten zoals lezen, handwerken, kantklossen, of sociale activiteiten zoals met vrienden of bekenden bijeenkomen, in plaats van beweegactiviteiten te ondernemen. Zoals een van de deelnemers aangaf: “Ik zou het kunnen hoor, maar ik doe dat niet. Er is ook een prachtige tuin rondom te lopen, en een prachtige conversatiezaal. Daar ga ik elke middag naar toe, thee drinken en dan weer naar huis” (P4, 22-06-2010).

Wat opvalt is dat hoewel de deelnemers aangegeven is dat de leefstijladviezen belangrijk zijn, de deelnemers actief beslissen welke leefstijladviezen ze volgen en hoe ze deze in hun dagelijks leven integreren of niet.

### **3.2 Resultaten gesprekken zorgprofessionals**

De artsen en fysiotherapeuten verlenen allen zorg aan ouderen met valproblemen, evenwichtsstoornissen en/of aan ouderen met complexe problematiek. Waar de artsen oudere patiënten op consult zien, zien de fysiotherapeuten oudere patiënten vaak thuis of op de poli Geriatrie. De artsen zien de oudere patiënten vaak ook minder vaak (variërend van adviserend consult tot consulten met tussenposen van enkele weken) dan fysiotherapeuten. De gesproken fysiotherapeuten zien de oudere patiënten, onder behandeling bij hen, op regelmatige basis (variërend van enkele keren per week, tot een- of tweewekelijks) en soms al jaren. In vergelijking met de artsen, hebben de fysiotherapeuten een langdurende zorgrelatie met hun cliënten.

#### **3.2.1 Verstreken van informatie (toegang tot informatie)**

Uit de gesprekken met zorgprofessionals komt naar voren dat alle zorgprofessionals (medisch en paramedisch) informatie over ziekte en behandeling verstrekken aan oudere patiënten, aangepast aan de cognitieve vaardigheden van deze cliënten. De cognitieve vaardigheden, zo geven de zorgprofessionals aan, zijn van invloed op welke informatie en de hoeveelheid informatie die een cliënt aangereikt krijgt, kan verwerken. Om de cognitieve vaardigheden van cliënten te achterhalen wordt door alle zorgverleners een uitgebreide sociale anamnese uitgevoerd bij het eerste consult. In deze sociale anamnese wordt niet alleen de zorgvraag van een cliënt uitgevraagd, maar ook de cognitieve vaardigheden, de mate van ondersteuning die de cliënt heeft van de sociale omgeving en in welke sociale omstandigheden de cliënt verkeert. Zo gaf een van de artsen aan:

*Het is belangrijk om te weten wat de cognitieve vaardigheden zijn. Iemand moet toch zelf de oefeningen uitvoeren. Het is belangrijk dat iemand dan begrijpt waarom juist deze oefeningen of waarom maar zo veel {resp. revalidatieoefeningen}(A1, 03-11-2010))*

Of zo als een fysiotherapeute aangaf:

*Ik vraag juist helemaal uit wat de cliënt's zorgvraag is. En ik vraag uit wat de sociale situatie van de cliënt is. Als ik merk dat de cognitieve vaardigheden van de cliënt wat minder zijn, dan vraag ik een volgende keer ook de partner of de mantelzorger aanwezig te zijn. Het is toch belangrijk dat iemand die informatie krijgt, waarop hij beslissingen kan nemen, of de oefeningen kan uitvoeren. (F1, 09-11-2010)*

Zo komt uit de citaten naar voren dat het belangrijk is te weten wat de cognitieve vaardigheden, hun kennis over ziekte en gezondheid en het functioneren van het lichaam (health literacy) en informatiebegrip van oudere cliënten zijn. Het is belangrijk dat de cliënten de informatie die gegeven wordt begrijpen, anders kan dit gevolgen hebben voor bijvoorbeeld de oefeningen die de cliënten – zonder bijzijn van de arts of fysiotherapeut – moeten uitvoeren. Niet goed uitgevoerde oefeningen kunnen het herstel van cliënten vertragen door bijvoorbeeld overbelasting.

Als de cognitieve vaardigheden van een oudere cliënt minder zijn, dan wordt over het algemeen de informatie in afgeslankte vorm aangegeven. Zo gaven de artsen aan:

*Dan geef ik alleen die informatie die ik relevant vind voor de cliënt op dat moment. Dan geef ik niet alle informatie, ook niet over medische parameters.(A2, 03-11-2010)*

*CVA patiënten hebben vaak een beperkte communicatie. Eerst moet je een communicatiekanaal met patiënten hebben. Dat gebeurt stapje-voor-stapje. Veel informatie geef ik dan ook via de familie of via de mantelzorger. (A1, 03-11-2010)*

Of zo als een van de fysiotherapeuten aangaf:

*Als ik merk dat de cognitieve vaardigheden van een cliënt minder zijn, bijvoorbeeld bij Alzheimer of vergeetachtigheid, dan geef ik die informatie die nu relevant is. Bij een volgend consult geef ik dan weer aanvullende informatie en leg ik meer uit. Ik geef de informatie dus gefaseerd. (F2, 16-11-2010)*

Hierbij wordt door alle zorgprofessionals aangegeven dat ze ook altijd bij de cliënt en diens mantelzorger controleren of zij de informatie die gegeven is ook begrijpen. Zo gaf een arts aan: 'als ik dan geen feedback krijg, ga ik er van uit dat de patiënt de informatie heeft begrepen en ik goed advies heb gegeven' (A2, 03-11-2010). Informatie aan oudere cliënten wordt dus verstrekt aangepast aan de vaardigheden van de cliënt. Al dan niet wordt de informatie ook verstrekt aan de familie en/of de mantelzorger(s).

### 3.2.2 *Faciliteren van kennis, vaardigheden en het nemen van beslissingen (het nemen van beslissingen)*

Volgens de zorgprofessionals gaat het bij patient empowerment om het faciliteren en ondersteunen van wat de patiënt nog zelf kan. Volgens de zorgprofessionals gaat het om het geven van verantwoordelijkheid aan de patiënt, waarbij de zorgprofessional de patiënt ondersteund door de goede mogelijkheden daarvoor aan te bieden.

Onder de zorgprofessionals is hierin een verschil te zien. Zo geven de gesproken artsen aan dat zij een adviserende rol hebben. Zij zien de patiënt maar één of misschien meerdere keren, maar minder regelmatig dan de fysiotherapeuten de patiënten zien. De fysiotherapeuten geven aan dat zij vooral een ondersteunende rol hebben. Zij ondersteunen de patiënten in het kunnen volgen van beweeg- en revalidatieoefeningen. Hierbij gaan zij vooral uit van de wensen en behoeften van de oudere patiënten. De zorgvraag van deze patiënten staat daarbij centraal. Zo gaf een van de fysiotherapeuten aan:

*Ik ga uit van de zorgvraag van de cliënt. Wat wil de cliënt bereiken. Vaak zijn het ouderen, die al een heel leven geleefd hebben en die goed in staat zijn hun doelen aan te geven. Bijvoorbeeld iemand is opgenomen in het ziekenhuis en immobiel en het doel van die cliënt is om zo snel mogelijk naar huis te kunnen gaan waarbij hij is staat is om kleine stukjes in huis te kunnen lopen – al dan niet met een rollator. Dan staat dat centraal in de oefeningen die ik adviseer. Of iemand wil weer kunnen traplopen, omdat hij/zij een trap in huis heeft. Dan geef ik juist oefeningen die ondersteunend zijn aan dat doel. Na een aantal consulten kijken we wat de vorderingen zijn, of de cliënt nog steeds dat doel heeft en/of het eventueel bijgesteld moet worden. (F2, 16-11-2010)*

De fysiotherapeuten gaan daarbij ook heel praktisch te werk. Afhankelijk van het doel dat de cliënt zou willen bereiken worden de oefeningen die worden geadviseerd zo praktisch mogelijk gemaakt. Zo gaf een van de fysiotherapeuten aan dat, indien zij het nodig acht, zij bij de cliënt thuis komt kijken naar de situatie, opdat zij adviezen kan geven die iemand in een thuissituatie makkelijk kan doen. Bijvoorbeeld:

*Als iemand weer wil kunnen traplopen, dan geef ik die persoon bijvoorbeeld oefeningen op de beenspieren te versterken. Dat kan ik natuurlijk doen door te adviseren ga samen met uw partner of dochter de trap op-en-neer, maar dat kan ik ook doen door een oefening te geven waarbij de cliënt moet gaan zitten in en opstaan vanuit zijn stoel. Je bereikt er hetzelfde mee, en is voor de cliënt misschien makkelijker zelf uit te voeren. (F1, 09-11-2010)*

Waar de fysiotherapeuten uitgaan van de wensen, behoeften en doelen van de cliënt en uitgaan van de autonomie van cliënten om beslissingen te nemen omtrent ziekte en gezondheid, redeneren de artsen die in dit verkennend onderzoek zijn gesproken heel anders. Zij geven aan dat zij vooral een adviserende rol hebben. Hierbij - zo geven zij aan - gaan zij niet uit van de wensen van de cliënt, maar sturen zij vooral op de behandelmogelijkheden die zij het beste bij de zorgvraag vinden passen. Hierbij geven zij selectief advies; zij sturen de keuzemogelijkheden in de behandeling waaruit een cliënt kan kiezen. Zo gaf een van de artsen aan:

*Ik geef die adviezen, waarvan ik denk dat deze het beste passen bij de cliënt, zijn omstandigheden en zijn/haar zorgvraag. Daarbij komt het voor dat ik bepaalde*

*keuzemogelijkheden meer benadruk dan andere mogelijkheden. Ik probeer samen met de cliënt een doel te stellen, met heldere mogelijkheden voor oplossingen. [...] hiermee geven we de cliënt het gevoel autonomie te hebben. (A1, 03-11-2010)*

Of zo als de andere arts aangaf:

*Ik zie de patiënt maar één keer. Daarin moet ik het advies geven voor het vervolg van de behandeling. Ik leid daarin patiënten ook naar bepaalde keuzen. Een patiënt komt toch niet voor niets bij mij. Die kan niet goed beslissen wat goed is voor hem/haar; ik heb die kennis van welke behandeling het beste zou passen bij de zorgvraag van de patiënt. [...] Een patiënt heeft wel inspraakrecht in de behandeling die gevolgd gaat worden, maar geen beslisrecht. (A2, 03-11-2010)*

Dus waar medici sturen op wat zij de meest geschikte behandelmogelijkheden voor een cliënt achten, sturen de paramedici op wat de cliënt zelf (nog) kan en wil bereiken. Daar waar dat niet haalbaar blijkt te zijn, zoeken zij samen met de cliënt naar andere oplossingen (resp. oefeningen) die maken dat een cliënt de oefeningen wel kan uitvoeren.

### 3.2.3 *Faciliteren van leefstijlaanpassingen (zelfzorg)*

De behandeladviezen die de artsen en de fysiotherapeuten in dit onderzoek geven zijn er vooral op gericht om oudere patiënten mobieler te maken. Vaak betreffen het patiënten met CVA of oudere patiënten met mobiliteits- en/of valproblematiek. Veel van de behandeladviezen richten zich op het versterken van fysieke conditie en verbeteren van de fysieke mobiliteit. Zowel de artsen en de fysiotherapeuten in dit onderzoek geven aan dat zij daarbij ondersteuning aan de cliënt verlenen.

De artsen en de fysiotherapeuten in dit onderzoek geven allen aan dat het bieden van ondersteuning – zowel fysiek als mentaal – (fysiotherapeuten) en advies (artsen) belangrijke onderdelen zijn waarmee cliënten worden gefaciliteerd leefstijlaanpassingen te doen. Echter belangrijk is daarbij wel - zo geven de zorgprofessionals aan – de motivatie van de cliënt. Indien een cliënt, ondanks de gegeven ondersteuning en het gegevens advies, niet de motivatie heeft om de geadviseerde oefeningen uit te voeren, de cliënt geen of minimale vooruitgang bereikt. Zo gaf een van de artsen aan:

*Ik stel samen met de cliënt doelen op en geef daarop aangepaste behandeladviezen. Een cliënt moet deze behandeladviezen willen volgen; hij/zij moet de oefeningen zelf doen. Ik kan hem/haar alleen advies geven hoe hij/zij het beste zijn/haar doelen kan bereiken. Maar als een cliënt echt niet wil, dan houdt het voor mij op. Ik kan het niet voor hem/haar doen. (A1, 03-11-2010)*

Waar de artsen aangeven dat zij voor een goede behandeluitkomst afhankelijk zijn van de motivatie van de cliënt, zo geven de fysiotherapeuten aan dat zij daarin praktischer handelen. De fysiotherapeuten – zo geven zij aan – zijn ook afhankelijk van de motivatie van de cliënt, maar indien een cliënt niet de door hem/haar gewenste motivatie kan opbrengen wordt samen met de cliënt gekeken of het advies en/of het gestelde doel aangepast moet worden. Zo gaf een van de fysiotherapeuten aan:

*De motivatie van de patiënt is belangrijk. Bij ieder consult kijk ik met de patiënt terug naar het eerste gesprek, welke motivatie had hij/zij toen, welke doel wilde*

*hij/zij behalen en dan evalueren we hoe het op dit moment is. Soms is de motivatie er niet of is deze juist te hoog ten opzichte wat die persoon dan fysiek (nog maar) kan, of soms zijn de gestelde doelen veel te hoog gegrepen. Ik moeten hierin ook professioneel blijven en hier eerlijk over blijven naar de patiënt toe. Dat is de enige manier waarop ik een ondersteunende rol kan bieden. (F3, 25-11-2010)*

Dus waar artsen hun cliënten faciliteren de geboden behandeladviezen te volgen door advies te geven welke behandelingsmogelijkheden het best passen bij de omstandigheden van een specifieke cliënt, ligt de verantwoordelijkheid voor het volgen van deze behandeladviezen vooral bij de cliënt zelf. Zijn motivatie daarin is belangrijk. Hierin neigen de artsen naar een paternalistische houding. De fysiotherapeuten daarentegen vervullen meer een ondersteunende en coachende rol, waarbij ze voortdurend bezig zijn met het ‘managen’ van de verwachtingen van de cliënten; verwachtingen over diens te (be)halen doelen, alsook verwachtingen over de verantwoordelijkheid omtrent herstel en vooruitgang. De fysiotherapeuten geven daarbij allen aan, dat zij niet allen een patiënt ondersteunen en coachen in wat hij/zij (nog) wel kan, maar dat zij daarin ook grenzen aan hun ondersteunende rol aangeven. Zo gaf een van de fysiotherapeuten aan:

*Ik zie patiënten vaak meerdere keren, en ook vaak bij mensen thuis. Ik probeer daarbij wel professioneel te blijven; ik ondersteun mijn cliënten en coach hen waar nodig, maar ik kom niet langs om gezellig een babbeltje te maken (F3, 25-11-2010)*

Dus hoewel ook voor de fysiotherapeuten de motivatie van de cliënt is om gestelde (behandel)doelen te bereiken, zoeken zij – indien cliënten het niet lukt om de gestelde doelen te bereiken – samen met de cliënt naar andere mogelijkheden opdat het de cliënten wel lukt de oefeningen uit te kunnen voeren en de gestelde doelen te behalen. Hierbij proberen ze ook voortdurend de cliënten te ondersteunen en te coachen om daarin hun verantwoordelijkheid te nemen. Daar waar nodig worden de geadviseerde behandeladviezen en/of gestelde doelen aangepast en worden de cliënten daar door de fysiotherapeuten specifiek op gecoacht.

In de gesprekken is ook gevraagd hoe volgens de zorgprofessionals ICT en/of eHealth-toepassingen een rol zouden kunnen spelen in de ondersteuning van patient empowerment. In alle gesprekken gaven de zorgprofessionals aan dat ICT en/of eHealth ondersteunend aan de zorg voor patiënten zou kunnen zijn.

De zorgprofessionals gaven hierbij aan dat het ondersteunend zou kunnen zijn voor henzelf. De ontwikkeling van applicaties voor de registratie van behandelgegevens over grote groepen patiënten (databases), zou hen kunnen ondersteunen in het bepalen van de effectiviteit van behandel mogelijkheden (A1, 03-11-2010). Danwel zou het hen kunnen ondersteunen in het uitwisselen van informatie over patiënten (afstemming onder professionals onderling m.b.t. een specifieke patiënt, F3 25-11-2010; of het uitwisselen van informatie t.b.v. kennisontwikkeling, F2 16-11-2010). Ook, zo gaf een fysiotherapeut aan, zou het hen kunnen ondersteunen in het efficiënter verlenen van zorg aan cliënten. Omdat zij rekening houden met de sociale omstandigheden van een cliënt, zouden webcam-mogelijkheden het mogelijk maken voor fysiotherapeuten om gemakkelijker en efficiënter de thuissituatie in te schatten en/of de

behandelmogelijkheden op de (veranderende) thuissituatie kunnen toespitsen en aanpassen (F3, 25-11-2010).

Als een belangrijke voorwaarde voor ondersteunende ICT en/of eHealth-toepassingen, zo geven de zorgprofessionals aan, is dat deze toepassingen vooral ondersteunend moeten zijn en vooral niet het menselijk contact en het menselijk inschattingvermogen mogen vervangen. Zorg blijft – zo geven ze aan – vooral mensen werk (F1, 09-11-2010; F2, 16-11-2010).

## 4 Conclusie

Zelfmanagement en patient empowerment zijn theoretische concepten, welke door patiënten en zorgprofessionals in de zorgpraktijk van alledag worden ingevuld. Uit de interviews met de zorgprofessionals blijkt dat het accent van patient empowerment niet ligt op het aanbieden van informatie (kennis), zoals in veel literatuur over patient empowerment wel wordt betoogd. Maar het accent van patient empowerment ligt in de eerste plaats op de vaardigheden/competenties en op de motivatie van patiënten. Met andere woorden, de nadruk ligt op vaardigheden/competenties van patiënten om zelfmanagement (zelfzorg) activiteiten uit te voeren ('kunnen') en de motivatie die patiënten hebben om dit zelf(standig) te doen ('willen'). Op de tweede plaats is informatie en kennis ('weten') belangrijk. Dit veronderstelt dat – in tegenstelling tot wat in veel literatuur over patient empowerment wordt betoogd – dat de mate van belangrijkheid van de aspecten van patient empowerment een andere volgorde kennen. Waar in de literatuur gesuggereerd wordt dat het hebben van informatie en kennis belangrijke aspecten zijn voor het nemen van gefundeerde beslissingen omtrent ziekte en gezondheid boven vaardigheden en motivatie, geven de resultaten van deze verkennende studie aan dat in de zorgpraktijk van alledag vaardigheden en motivatie bepalen welke informatie en kennis een cliënt nodig heeft. De chronologie van eisen voor patient empowerment lijkt daarmee doelgroep afhankelijk te zijn. Verder onderzoek naar hoe door verschillende patiëntgroepen en zorgprofessionals de concepten patient empowerment en zelfmanagement ingevuld worden dient dit uit te wijzen.

In dit onderzoek betrof de doelgroep patiënten van 70+ jaar (de groep oudere ouderen). Mogelijk vormen zij een aparte groep binnen de categorie 'ouderen': mogelijk zijn zij minder gericht op de nog voor hen liggende toekomst en meer gericht op een hoge kwaliteit van leven voor de resterende tijd die hen nog rest. Deze attitude kan een invloed hebben op de manier waarop zij verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid. Uit het focusgroepgesprek met de oudere patiënten blijkt dat ze in het dagelijkse leven, gezondheid en ziekte zelf managen, maar met een accent voor de ondersteuning vanuit de sociale omgeving. Het heeft ook een invloed op hun verwachtingen over de rol en taken van de zorgprofessionals. Deze groep is opgegroeid in de tijd dat zorg vooral gericht was op het genezen van ziekten, terwijl in de huidige tijd de nadruk in de zorg verschuift naar het voorkomen van ziekten, het bevorderen van gezond gedrag en de eigen verantwoordelijkheid van de burger hierin. Dit kan mogelijk een verklaring zijn voor de mate van verantwoordelijkheid die zij nemen voor hun gezondheid.

Vanuit het onderzoek blijkt dat de motivatie (attitude) van de zorgprofessionals consequenties heeft voor de uitvoering van de zelfmanagement activiteiten. De medici lijken hierin meer een paternalistische en directieve houding aan te nemen. Dit geeft minder ruimte om als zorgprofessional en patiënt samen beslissingen te nemen omtrent behandelmogelijkheden. Paramedici daarentegen maken meer gebruik van een partnerschap model met als focus de kracht van hun cliënten zoals vaardigheden en motivatie.

Het bevorderen van patient empowerment en zelfmanagement lijkt te zijn gekoppeld aan: 1) de aard van de zorgprofessional (medici vs. paramedici); en 2) bijgevolg aan de rol die de zorgprofessional aanneemt en de mate waarin hij/zij de oudere patiënt competent genoeg acht om de verantwoordelijkheid voor gezondheid en ziekte te

kunnen dragen. Het is belangrijk dat patiënten ondersteuning-op-maat wordt geboden: wat kan een patiënt nog zelf, welke ondersteuning dient de patiënt geboden worden en welke rol dient de zorgprofessional hierin aan te nemen?

Dit kwalitatief onderzoek is een eerste stap naar een beter begrip van de concepten patient empowerment en zelfmanagement voor de oudere ouderen vanuit het perspectief van de ouderen zelf en van de zorgprofessionals.

Dit onderzoek draagt bij aan de ontwikkeling van een op-maat zelfmanagement interventie voor deze doelgroep en de eisen die gesteld moeten worden aan de interventie.



## A Topiclijst focusgroepgesprek met ouderen

### Topiclijst

- Inleiding (gebruik tekst van brief oproep - Achtergrondinformatie)

Tegenwoordig verandert de patiënt naar een mondige patiënt. Hij krijgt steeds meer informatie over medische zorg en mogelijkheden. Hij zoekt op het internet naar gezondheid informatie. Patiënten worden meer betrokken en willen meer zelf te zeggen hebben in de behandeling. Verder kan de patiënt meer zaken zelf doen.

Uit onderzoek is bekend dat door de goede aanpassingen in leefstijl afgestemd op de wensen van patiënten de kans op een betere kwaliteit van leven wordt vergroot. Wij denken dat de patiënt en de mantelzorger hier zelf op verschillende manieren aan kunnen bijdragen.

Om te achterhalen hoe patiënten en/of mantelzorgers omgaan met de rol van 'mondige patiënt', willen we in dit focusgroepgesprek bespreken:

- hoe u informatie krijgt en hoe u deze gebruikt
- wat u nodig heeft om zelf beslissingen te maken over gezondheid, zorg, behandeling en ondersteuning (condities)
- wat u nodig heeft aan ondersteuning om zelfzorg toe te passen
- welke (technische) middelen zouden ondersteunend kunnen werken?

- Privacy gegevens
- Kort verslag FG wordt gestuurd (via poli, aan mensen thuis)
- Kort uitleg FG proces, rol verdeling
- Toestemming opname

Focus op de zorg van de patiënt (en niet van de mantelzorger)

### Vraag deelnemers waar voor komen ze bij de poli

#### **Thema 1 informatie:** (*mechanisme van empowerment informatie 3*)

Hoe krijgt u het best inzicht in de eigen gezondheid en conditie?

Scheiding maken tussen informatie mbt aandoening en eigen medische gegevens

- Wat voor informatie krijgt u over uw aandoening?
- Hoe krijgt u de informatie mbt aandoening die specifiek voor uw situatie is?
- Hoe komt u aan uw eigen medische gegevens? (*mechanisme van communicatie 1*)
- Wat doet u met de informatie?
- Hoe belangrijk is het de informatie over uw gezondheid en behandeling te krijgen?
- Begrijpt u de informatie die u krijgt over uw gezondheid en behandeling?
  - Indien niet begrijpen informatie:
    - Kunt u aangeven wat u moeilijk vindt aan het begrijpen van de informatie?
    - Als u de informatie niet begrijpt, wat doet u dan?

#### **Thema 2 beslissingen nemen:** (*mechanisme van empowerment decision-making 5*)

Wat is nodig om een goede beslissing te nemen?

### Scheiding maken tussen beslissing ivm medische behandeling

- Kunt u zelf beslissen over behandeling, verzorging, ondersteuning?
  - Nee: Kunt u aangeven waarom u het gevoel heeft dat u niet zelf kunt beslissen?
  - Ja: wat doet u dan?
- Wat hebt u nodig om een beslissing te maken? Zoek u advies, gaat u af op uw gevoel/intuïtie.... ?

### **Thema 3 zelfzorg:** (*mechanisme van empowerment zelfzorg ondersteuning 4*)

Wat is nodig om u zelf goed te kunnen verzorgen?

De arts heeft een behandeling voor u geschreven om thuis uit te voeren, zgn zelfzorg

- Wat voor activiteiten moet u zelf uitvoeren? Bloedruk & suiker meting, oefening thuis, medicijn innemen .....(uitlegt van handeling thuis)
- Lukt het u deze zelf te doen?
  - Lukt niet: hoe past u uw behandeling in uw dagelijkse leven in?
  - Soms lukt het niet: hoe beslist u het wel/niet, op een ander tijdstip te doen?
- Wat doet uw met de gegevens? Houdt u deze gegevens zelf ook bij? In een boekje schrijven....(*mechanisme van empowerment communicatie 1*)
- Hoe geeft u de informatie/gegevens terug aan de zorgverlener? Via telefoon, face to face gesprek, email...
- Hebt u het gevoel dat u de vaardigheden en de kennis hebt om het te doen zo als het voorgeschreven is? (Vraag over self-confidence)
  - Hebt u uitleg of training gehad (*mechanisme van empowerment 2 educatie*)
- Zoekt u contact met lotgenoten om ervaringen uit te wisselen? (integratie van zorg in dagelijks leven) *Mechanisme van empowerment 6 lotgenoten contact*
  - Ja: in welke vorm?

### **Thema 4:** Welke middelen (zoals internet, mobiele telefoon) zijn geschikt?

\*\*\*\* Wij kunnen direct aan de mantelzorg deze vraag stellen

- Over de 3 thema's:
  - welke vorm van ondersteuning hebt u nodig?
  - Hoe ziet de ondersteuning er uit? Waarin zou u de ondersteuning willen? Waaraan moet de ondersteuning voldoen?
  - Hoe is de technologie als ondersteuning mogelijk?

## B Topiclijst interviews zorgprofessionals

### Topiclijst

- Inleiding (gebruik tekst van brief oproep - Achtergrondinformatie)

In de zorg is een trend zichtbaar; patiënten worden mondiger en daarmee wordt van patiënten ook verwacht dat ze meer verantwoordelijkheid nemen over hun gezondheid, conditie, zorg en behandeling. Patiënten krijgen steeds meer informatie over medische zorg en mogelijkheden. Ze worden meer betrokken en willen meer zelf te zeggen hebben in de behandeling. Verder kan de patiënt meer zaken zelf doen. Professionals treden in een samenwerkingsrelatie met hun patiënt. Uit onderzoek is bekend dat de ondersteuning van professionals een cruciale rol speelt bij patiënt empowerment. Wij verwachten dat professionals hier zelf op verschillende manieren aan (kunnen) bijdragen.

TNO doet onderzoek naar het empowerment van oudere patiënten en hoe professionals dit kunnen ondersteunen. Deze patiënten moeten vaak hun leefstijl aanpassen zodat ze zo lang mogelijke zelfstandig en thuis kunnen blijven.

Welke ondersteuning hebben deze patiënten nodig om daar ook zelf aan bij te dragen, en op welke wijze kunnen professionals daaraan bijdragen.

Om te achterhalen hoe de professionals omgaan met de rol van ondersteuning van empowerment van hun patiënten willen we in dit focusgroepgesprek bespreken:

1. Wat betekent het concept patient empowerment van ouderen voor u als professional?
2. Welke bijdrage kan de professional leveren aan het 'empoweren/ coachen' van de patiënt en mantelzorg?
3. Ziet de professional voordeel in empowerment, en een eigen rol daarin?
4. Welke competenties heeft de professional nodig om dit te realiseren?
5. Hoe worden die competenties vertaald in onderwerpen voor na/bijbscholing van die professionals en in protocollen voor interventies?

- Privacy gegevens
- Kort verslag FG wordt gestuurd (via email?)
- Kort uitleg FG proces, rol verdeling (Yvonne, Laurence)
- Toestemming opname

### **OPENING: Vraag deelnemers over hun werk met ouderen.**

**VRAAG1 Open vraag:** Wat betekent het concept patient empowerment van ouderen voor u als professional?

### **VRAAG 2 & 3: inzoomen naar onderdelen van empowerment:**

#### **Thema 1 informatie:** (*mechanisme van empowerment informatie 3*)

- *Transferring information & knowledge to patients*
- *Acquiring knowledge about available & suitable information and educational possibilities*
- *Insight into patient knowledge and competences*
- *Knowing about possibilities of contact with fellow patients & about its benefits and risks for patients*

- Hoe schat je in welke competenties en kennis jouw patiënt heeft?
- Hoe informeer je jouw patiënt?
- Hoe weet je dat de informatie/kennis dat je geeft bij jouw patiënt goed aansluit?
- Weet je hoe ver is je patiënt goed geïnformeerd en welke informatie je patiënt mist?

**Thema 2 beslissing maken:** (*mechanisme van empowerment decision-making 5*)

- *Sharing clinical evidence with patients*
- *Knowing the patients' abilities to make decisions*
- *Knowing patients' choices*
- Hoe deel je met je patiënt jouw clinical evidence om een beslissing kunnen nemen?
- Hoe schat/weet je de voorkeuren en preferenties van je patiënt omtrent behandel mogelijkheden?
- Stuur je de keuzen van je patiënt daarin?

**Thema 3 zelfzorg:** (*mechanisme van empowerment zelfzorg ondersteuning 4*)

- *Transferring the control of health management to patient*
- *Being willing to accept patients' health demands & preferences (change from directive care to a patient-oriented care)*
- *Being able/willing to take patients' wishes, abilities, situations when taking decisions*
- *Supporting patient*
- *Coaching patient*
- *Skills for discussing with patients such as motivational interviewing*
- In hoe verre houd je rekening met de voorkeuren in behandelingsmogelijkheden van je patiënt?
- Accepteer je dat je patiënt een behandeling anders wilt doen, of kiest voor een andere behandeling?
- Hoe ondersteunt u de uitvoering van zelfzorg activiteiten? (Hoe coach je daarin?)

**Thema 4:** Welke middelen zijn geschikt?

- Bent u op de hoogte van (eHealth-) technologische instrumenten beschikbaar voor de verschillende schakels van zelfmanagement?
  - informatie op maat passend bij de behandeling van de patiënt;
  - gepersonaliseerde educatiemodules over zelfzorg, leefstijl, omgaan met en gezondheid
  - uitvoeren van metingen door patiënten;
  - opslaan en monitoren van de uitkomsten van deze metingen;
  - uitwisselen van de uitkomsten en trends met de zorg (professional);
  - terugontvangen van feedback;
  - toepassen van elementen van de behandeling (medicijnen, dieet) in
  - overeenstemming met de (gemeten) gezondheidssituatie;
- Zijn ICT/technologise middelen toe te passen voor je patiënt?

**VRAGEN 4 & 5:** Wat zijn de competenties dat een professional moet hebben om de empowerment van ouderen het ondersteunen/ stimuleren?

- Competenties voor het ondersteunen van empowerment
  - Mbt informatie overdracht
  - Mbt beslissingen
  - Mbt zelfzorg activiteiten
- Waarin zou je als professional ondersteunt willen worden?
- Hoe worden de competenties (van de zorgprofessionals) ondersteund/in kaart gebracht door bij- nascholing?