



Zelfmanagement bij chronische ziekten

Samenvatting

Trappenburg J, Jonkman N, Jaarsma T, Van Os-Medendorp H, Kort H, De Wit N, Hoes A, Schuurmans M. Zelfmanagement bij chronische ziekten. *Huisarts Wet* 2014;57(3):120-4.

Zelfmanagement is trendy: algemeen is het een erkend onderdeel van de behandeling van chronische aandoeningen en de verwachtingen zijn torenhoog. Toch stuit brede invoering van zelfmanagementprogramma's op beletsels. Er is veel wetenschappelijk onderzoek gedaan, maar er is nog geen eenduidig bewijs voor de effectiviteit van zelfmanagementprogramma's, onder andere door grote verschillen in terminologie. Er zijn zeker indicaties dat zelfmanagement potentie heeft, maar lang niet alle patiënten reageren op de interventies. De variatie tussen programma's en patiëntenpopulaties is enorm en daardoor is moeilijk te bepalen wat nu precies werkt en bij wie. De begripsverwarring, ook bij zorgverleners, beleidmakers en publiek, herbergt het risico dat 'zelfmanagement' een nietszeggend containerbegrip wordt.

Deze beschouwing verduidelijkt de terminologie en evalueert de bewijskracht voor de effectiviteit van zelfmanagementprogramma's. Overduidelijk is dat niet alle patiënten profiteren van de huidige one-size-fits-all-benadering. Er is dus behoefte aan zorg-opmaat, afgestemd op de individuele patiënt. Dat vergt nader onderzoek naar de succesfactoren: welk type interventie, met welke inhoud, in welke vorm en in welke intensiteit is het kansrijkst bij welk type patiënt? Het onderzoeksconsortium Tailored Self-management & Ehealth (TASTE) probeert deze factoren systematisch te ontrafelen en op maat gesneden interventies te ontwikkelen. Vooralsnog doen eerstelijnszorgverleners er goed aan, de geschiktheid van een zelfmanagementinterventie voor iedere patiënt goed af te wegen.

INLEIDING

Chronische ziekten zijn de belangrijkste oorzaken van sterfte, ze zijn goed voor 60% van alle sterfgevallen wereldwijd.¹ Ruim een kwart van de Nederlandse bevolking is chronisch ziek, wat neerkomt op ongeveer 5,3 miljoen patiënten. Ongeveer 11% van de bevolking (1,8 miljoen patiënten) heeft zelfs meer dan één chronische aandoening. Met het stijgen van de leeftijd stijgt de prevalentie van multimorbiditeit aanzienlijk, en van de

75-plussers in Nederland heeft ongeveer 79% één en ongeveer 50% meer dan één chronische aandoening.² Deze aantallen nemen toe als gevolg van het ouder worden van de bevolking, vroegtijdiger opsporing, betere behandelingsmogelijkheden en langere overleving: simulaties laten zien dat bijvoorbeeld het aantal astmapatiënten, rekening houdend met demografische verschuivingen, leefstijl, medische vooruitgang enzovoort, de komende twintig jaar met naar schatting 28% zal toenemen en het aantal COPD-patiënten zelfs met 70%.³ Het is voor ons toch al zwaarbelaste gezondheidszorgsysteem een enorme uitdaging om te kunnen blijven voldoen aan de behoeften van dit groeiende aantal patiënten.⁴ Daartoe zal een paradigmaverschuiving nodig zijn, waarbij de patiënt vanuit zijn traditionele rol van passieve zorgontvanger moet evolueren tot een actieve partner.^{5,6}

Een belangrijke strategie om deze paradigmaverschuiving te verwezenlijken is het bevorderen van zelfmanagement met als doel de patiënt meer verantwoordelijkheid te laten nemen in beslissingen rondom zijn ziekte. In de jaren negentig werd in de Verenigde Staten het chronic care model (CCM) ontwikkeld als correctie op een zorgsysteem dat bijna 80% van het totale budget aan chronische ziekten besteedde, nadat simpele aanpassingen ontoereikend waren gebleken. Het CCM bracht veranderingen teweeg in de totale zorgorganisatie, met als belangrijk uitgangspunt dat geïnformeerde en geactiveerde patiënten betere gezondheidsuitkomsten en een lagere zorgconsumptie hebben. In de twintig jaar daarna is het CCM wereldwijd de blauwdruk gaan vormen voor allerlei innovatieve zorgmodellen waarin zelfmanagement vooropstaat.⁷

PERSPECTIEVEN OP ZELFMANAGEMENT

Zelfmanagement is actueel en trendy, anno 2013 is de term 'zelfmanagement', of variaties daarop zoals patient empo-

De kern

- Het toenemende aantal chronisch zieken noodzaakt tot het zoeken naar (kostendrukkende) strategieën die de patiënt een grotere verantwoordelijkheid geven in beslissingen rond zijn ziekte.
- Het enthousiasme voor zelfmanagement houdt geen gelijke tred met het wetenschappelijke bewijs voor de effectiviteit ervan.
- De grote heterogeniteit van interventies en patiëntenpopulaties kan er in het publieke debat gemakkelijk toe leiden dat zelfmanagement een nietszeggend containerbegrip wordt.
- Zelfmanagementprogramma's gaan nog te veel uit van een one-size-fits-all-benadering.
- Om zelfmanagement-op-maat te kunnen ontwikkelen, moet beter uitgezocht worden welk type interventie het beste werkt bij welk type patiënt. Het TASTE-onderzoeksconsortium probeert dat te doen.

UMC Utrecht, afdeling Revalidatie, Verplegingswetenschap en Sport, Postbus 85500, huispost Wo1.121, 3508 GA Utrecht: dr. J.C.A. Trappenburg, fysiotherapeut, bewegingswetenschapper en post-doc onderzoeker; N.H. Jonkman, promovendus; prof.dr. M.J. Schuurmans, hoogleraar Verplegingswetenschap, Universiteit van Linköping, Norrköping (Zweden); prof.dr. T. Jaarsma, hoogleraar Verplegingswetenschap, UMC Utrecht, afdeling Dermatologie; dr. H. van Os-Medendorp, verplegingswetenschapper en epidemioloog. Hogeschool Utrecht, Kenniscentrum Innovatie van Zorgverlening, Utrecht; prof.dr. H.S.M. Kort, lector Vraaggestuurde Zorg en hoogleraar Building Healthy Environments for Future Users. Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht; prof.dr. N.J. de Wit, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; prof.dr. A.W. Hoes, hoogleraar Klinische Epidemiologie en Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: j.c.a.trappenburg@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Trappenburg J, Jonkman N, Jaarsma T, Van Os-Medendorp H, Kort H, De Wit N, et al. Self-management: one size does not fit all. *Patient Educ Couns* 2013;92:134-7. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

werment, eigen regie of zelfzorg, opgenomen in zo'n beetje elk beleidsstuk inzake chronische zorg, en in bijna elke richtlijn. Op zichzelf is dit niet zo vreemd, want de druk om tot een oplossing te komen is buitengewoon hoog en de nadruk op grotere autonomie voor de patiënt past geheel in de tijdgeest. Beleidmakers en gezondheidseconomen rekenen simpel: alles wat een patiënt zelf kan doen, drukt de kosten. Hun enthousiasme voor zelfmanagement houdt echter geen gelijke tred met de wetenschappelijke bewijsvoering voor de effectiviteit ervan. In het publieke debat is de begripsverwarring soms groot. 'Zelfmanagement' dreigt een populair containerbegrip te worden met verschillende interpretaties en invullingen: waar hebben we het nu eigenlijk over?

Zelfmanagement als paradigmaverschuiving

Beleidmakers en politici benaderen zelfmanagement in de zorg veelal als een paradigmaverschuiving van een paternalistisch model naar een participatiemodel. Regie en verantwoordelijkheden verschuiven zoveel mogelijk van de zorgverlener naar de patiënt, met als tussenvorm gezamenlijke besluitvorming (shared decision making). Niet het aanbod van de zorgverlener, maar de vraag van de patiënt moet leidend zijn en de patiënt moet zoveel mogelijk zelf de verantwoordelijkheid nemen in het zorgverleningstraject.

Zelfmanagement als vaardigheid

In het zorgverlenersjargon duidt de term 'zelfmanagement' echter niet zozeer op de autonome positie van de patiënt in het zorgproces en de besluitvorming, maar vooral op diens vermogen goed om te gaan met zijn chronische ziekte. Een goede zelfmanager neemt, zodra het kan, zelf de regie over de zorg in handen en beschikt over voldoende vaardigheden om zijn ziekte in de best denkbare banen te leiden. Zorgverleners vergeten dat laatste aspect weleens: niet alle patiënten die de regie willen nemen, hebben automatisch ook de vereiste vaardigheden. Die vaardigheden zijn hoofdzakelijk generiek en slechts voor een deel ziektespecifiek. Men onderscheidt de volgende zes.⁸

- Probleemoplossend vermogen – het inschatten van situaties en het vinden van oplossingen voor nu en in de toekomst.
- Besliskundig vermogen – het nemen van de juiste beslissingen of maatregelen op het juiste moment in de juiste volgorde.
- Hulpbronnen gebruiken – het tijdig zoeken, vinden en gebruiken van de juiste hulpbronnen, bijvoorbeeld het opheffen of verlagen van de medicatie, contact opnemen met een zorgverlener enzovoort.
- Relatie met de zorgverlener onderhouden – het opbouwen en onderhouden van een goede relatie met de zorgverlener. Patiënt is een actieve partner in het zorgproces, rapporteert trends in zijn gezondheidstoestand, neemt geïnformeerde beslissingen en bespreekt deze met de zorgverlener.
- Plannen – het opstellen en uitvoeren van een concreet actieplan voor de korte termijn.

- Self-tailoring – het monitoren van het verloop van de ziekte en tijdig inzetten van de opgedane zelfmanagementvaardigheden.

Zelfmanagement als interventie

Wanneer men zegt dat 'zelfmanagement werkt', wordt daarmee meestal bedoeld dat de interventie 'zelfmanagement', als therapeutische stimulus dus, positieve effecten heeft. Zelfmanagement is hier een behandelvorm, uitgevoerd door zorgverleners, die tot doel heeft de patiënt meer zelfmanagementcompetenties bij te brengen. In de wetenschappelijke literatuur wordt een groot aantal zelfmanagementinterventies onderscheiden, waarvan inhoud, vorm en intensiteit zeer verschillend zijn en die vaak moeilijk te onderscheiden zijn van patiënteducatie, revalidatie of psychologische interventie. Het onderzoeksconsortium Tailored Self-management & Ehealth (TASTE) heeft een operationele definitie opgesteld om duidelijkheid te scheppen:⁹

'Een zelfmanagementinterventie is gericht op het patiënten toerusten met competenties om actief te participeren in het omgaan met hun chronische aandoening met als doel zo optimaal mogelijk te functioneren in het dagelijks leven. Een interventie bestaat ten minste uit kennisoverdracht en een combinatie van minimaal twee van de volgende componenten: actief stimuleren van symptoommonitoring, medicatiemanagement, besliskunde gericht op zelfbehandeling of additioneel contact met zorgverleners, veranderen van fysieke activiteit of voedingsgewoonten of rookgedrag.'

Abstract

Trappenburg JCA, Jonkman N, Jaarsma T, Van Os-Medendorp H, Kort H, De Wit NJ, Hoes AW, Schuurmans M. Self-management and chronic disease. *Huisarts Wet* 2014;57(3):120-4.

Self-management is trendy: it is a recognized component of the treatment of chronic disorders and expectations are high. Even so, there are barriers to the introduction of self-managements programmes. Despite considerable research, there is still no hard evidence of the efficacy of self-management programmes, in part because of differences in terminology. There are indications that self-management has potential, but not all patients respond to these interventions. Differences between programmes and patient populations make it difficult to establish which programme works for which patient group. Terminological confusion, also among care providers, policy makers, and the public, harbours the risks that 'self-management' may become a meaningless concept.

This article clarifies terminology and evaluates the strength of evidence for the efficacy of self-management programmes. It is clear that not all patients benefit from the 'one size fits all' approach and that there is a need for tailored care, based on the individual patient. This requires further investigation of determinants of success; which type of intervention, and with what content, form, and intensity, has the greatest likelihood of success in specific patient groups. The research consortium Tailored Self-management & Ehealth (TASTE) is trying to unravel these factors and to develop tailored interventions. For the moment, primary care practitioners would do well to evaluate the suitability of self-management programmes for individual patients.



Foto: Ronald van den Heerik/HH

Zelfmanagement wordt vaak verward met traditionele patiënteducatie. Patiënteducatie beperkt zich tot kennisoverdracht, vanuit de verwachting dat ziektespecifieke kennis op zichzelf al leidt tot gedragsverandering. Zelfmanagementinterventies richten zich eveneens op gedragsverandering, maar op een wezenlijk andere manier.¹⁰ Om te beginnen is het de bedoeling dat de patiënt niet alleen kennis verwerft maar ook zelfmanagementvaardigheden aanleert. Daarna moet de patiënt het vertrouwen in eigen kunnen vergroten via positieve en negatieve ervaringen (lees: met vallen en opstaan). De grotere self-efficacy bestendigt de gedragsverandering en leidt op den duur tot gezondheidswinst, meer kwaliteit van leven, minder zorggebruik (en zorgkosten) en grotere patiënttevredenheid.¹¹

Er zijn talloze methodieken om patiënten zelfmanagementvaardigheden aan te leren. Voorbeelden zijn het stellen van individuele doelen (SMART-interventies), motiverende gesprekstechnieken, rolmodellen en zelfmonitoring van symptomen of van specifiek gedrag. En er zijn allerlei vormen, van face-to-facecontacten en groepsbijeenkomsten met of zonder expertpatiënten tot ehealth-toepassingen.

IS ZELFMANAGEMENT EFFECTIEF?

De groeiende populariteit van zelfmanagementinterventies is goed terug te zien in het almaar toenemende aantal onderzoeken naar de effectiviteit van zelfmanagementprogramma's. Alleen al in 2011 werden de resultaten gepubliceerd van maar liefst 24 kwalitatief goede gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) over zelfmanagement bij COPD, hart-

falen of type-2-diabetes. Er is zoveel onderzoek beschikbaar dat meta-analyses mogelijk zijn voor een aantal veelvoorkomende chronische ziekten. De [tabel] toont de belangrijkste uitkomsten van een achttal meta-analyses voor diverse patiëntenpopulaties.¹²⁻³⁹ Het beeld is weliswaar niet voor iedere aandoening eenduidig, maar de meta-analyses geven wel aan dat zelfmanagement voor verbetering kan zorgen in ziektespecifieke uitkomsten, kwaliteit van leven en zorggebruik.

Gegeven deze bemoedigende resultaten zou men kunnen denken dat beleidmakers en zorgprofessionals niets in de weg staat om snel over te gaan tot grootschalige implementatie, maar die gedachte lijkt iets te voorbarig. Onderzoeken met een langere follow-upduur laten zien dat de winst van de interventie in vele gevallen op termijn weer verdampt.^{20,21} Zelfmanagementvaardigheden verbeteren lijkt op het eerste gezicht zinvol en onschadelijk, maar vier grote, recente trials (één vooral gericht op telemonitoring) rapporteerden geen^{22,23} of zelfs nadelige^{24,25} resultaten, zoals hogere sterftecijfers in de interventiegroep. Op elk van deze RCT's is kritiek mogelijk, en de negatieve resultaten kunnen voor een deel ook worden toegeschreven aan andere factoren dan de onderzochte interventie, maar de conclusie blijft dat zelfmanagementprogramma's niet per definitie risicoloos zijn.

Moet dit ons enthousiasme voor zelfmanagementondersteuning temperen? Als men de sterk uiteenlopende resultaten van alle beschikbare RCT's bij elkaar optelt, zijn die licht in het voordeel van zelfmanagementondersteuning. De enorme verschillen in gevonden effectiviteit maken het echter haast onmogelijk om tot implementatie over te gaan. De geëvalueerde interventies worden gekenmerkt door een grote heterogeniteit – in inhoud, in wijze van implementatie en in intensiteit van de ondersteuning. Deze heterogeniteit verklaart mogelijk de wisselende effectiviteit. Ons inzicht in de effectiviteit van zelfmanagement wordt ook gehinderd door de heterogeniteit van de onderzochte patiëntenpopulaties. Een vrijwel identieke zelfmanagementinterventie blijkt in verschillende populaties een zeer verschillend effect te kunnen hebben. Illustratief is het programma Living Well With COPD, dat in 2003 in een Canadees ziekenhuis een spectaculaire reductie in zorggebruik en verbetering van de kwaliteit van leven teweegbracht.²⁶ Dit programma voorziet voor elke patiënt in een case-manager, een verpleegkundige, die in twee tot vier face-to-facecontacten de volgende onderwerpen behandelt: educatie over COPD, inhalatietechnieken, ademhalingsoefeningen, medicatie, gezonde leefstijl, omgaan met stress en bewegingsoefeningen voor thuis. Dit gebeurt aan de hand van een werkboek en waar mogelijk worden individuele doelen gesteld. Daarnaast bevat het programma een actieplan voor het vroegtijdig herkennen en behandelen van acute exacerbaties, waarvoor de patiënt de beschikking krijgt over een kuur antibiotica en prednison. Ditzelfde programma is in 2012 onderzocht in een Nederlandse eerstelijns populatie die jonger was, hoger opgeleid en met mildere COPD, maar leidde ditmaal niet tot minder zorggebruik, meer kwaliteit van leven of betere gezondheidswinsten.²⁷ De verwarring werd nog

Tabel De effectiviteit van zelfmanagementprogramma's bij chronische aandoeningen, vergeleken met reguliere zorg⁹

Aandoening	Meta-analyse	Interventie	RCT's n	Patiënten n	Belangrijkste significante verschillen		
					ziektespecifiek	patiëntgerapporteerd	zorggebruik
Artritis/chronische musculoskeletale pijn	Du 2011 ¹²	zelfmanagement-ondersteuning	19	?	pijn na 4, 6 en 12 maanden ↓	beperkingen na 12 maanden ↓	
Astma	Gibson 2003 ¹³	zelfmanagement-ondersteuning +/- frequente consultaties	36	4593	nachtelijke astmaklachten ↓ peak flow ↑	ziektegerelateerde kwaliteit van leven ↑	ziekenhuisopnames ↓ spoedeisende hulpbezoeken ↓ ziekteverzuim ↓
Chronisch hartfalen	Jovicic 2006 ¹⁴	zelfmanagement-ondersteuning	6	857			ziekenhuisopnames in 12 maanden ↓
COPD	Effing 2007 ¹⁵	zelfmanagement-ondersteuning	15	2239	kortademigheid (borgschaal) ↓	ziektegerelateerde kwaliteit van leven (SGRQ) ↑	ziekenhuisopnames in 12 maanden ↓
Type-2-diabetes	Deakin 2005 ¹⁶	zelfmanagement als groepsinterventie	11	1532	HbA1c na 4, 6 en 24 maanden ↓ nuchter bloedglucose na 12-14 maanden ↓ gewicht na 12-14 maanden ↓ systolische bloeddruk na 4-6 maanden ↓	diabetesgerelateerde ziektekennis ↑	diabetesgerelateerd medicatieverbruik ↓
Type-2-diabetes zonder insuline	Malanda 2012 ¹⁷	zelfmonitoring van bloedglucose	12	3259	HbA1c na 6 maanden ↓		
Hypertensie	Chodosh 2005 ¹⁸	zelfmanagement-ondersteuning	13	?	systolische en diastolische bloeddruk ↓		
Levenslang orale antistolling	Garcia-Alamino 2010 ¹⁹	zelfmonitoring +/- zelfmanagement-ondersteuning	18	4723	trombo-embolische events ↓ mortaliteit (alle oorzaken) ↓		

SGRQ= Saint George Respiratory Disease Questionnaire.

vergroot door een RCT met hetzelfde programma in een populatie van hoofdzakelijk mannelijke Amerikaanse veteranen met ernstige COPD. Deze RCT werd voortijdig stopgezet vanwege verhoogde sterfte in de zelfmanagementgroep.²⁵

ONE SIZE DOES NOT FIT ALL

Het is evident dat een zelfmanagementinterventie niet hetzelfde is als het voorschrijven van een medicijn. Het is een klassiek voorbeeld van een 'complexe interventie', een behandelstrategie met verschillende componenten die een samenwerking aangaan. Subtiële variaties in de inrichting van de interventies en subtiële verschillen in de doelpopulatie kunnen leiden tot substantiële verschillen in effect. De grote variatie in effectiviteit, methodieken en doelpopulaties kan maar tot één conclusie leiden: one size does not fit all. De bijdrage van elke programmacomponent aan de effectiviteit is nog niet precies bekend, en ook over de optimale timing van een zelfmanagementinterventie en de minimale competenties van de zorgverlener is de literatuur niet eensluidend.

Vanuit didactisch oogpunt lijkt het zinvol de patiënt zo vroeg mogelijk te bewapenen met ziektespecifieke vaardigheden, omdat dat op termijn het grootste netto-effect oplevert. Zelfmanagementondersteuning in de eerste lijn door praktijkondersteuners of praktijkverpleegkundigen is inderdaad haalbaar gebleken, maar het succes, afgemeten aan patiëntgebonden uitkomsten en zorggebruik, is wisselend.^{15,16} Het is onduidelijk of dit komt doordat patiënten in het vroege stadium van een ziekte nog te weinig openstaan voor gedragsverandering, of doordat te lage ziektelast op de korte termijn te weinig ruimte

biedt voor verbetering van gezondheidsuitkomsten (plafondefect). Tot nu toe is er weinig bekend over de karakteristieken van patiënten bij wie zelfmanagement wel of juist geen effect sorteert, of mogelijk zelfs schadelijk is. Voor sommige patiënten is een klein beetje ondersteuning al voldoende om hun ziekte adequaat te managen, anderen profiteren alleen van intensieve zelfmanagementondersteuning, case-management of zelfs surveillance op afstand (bijvoorbeeld telemonitoring).

PRIORITEIT: SUCCESFACTOREN ONTRAFELEN

Zelfmanagement is een algemeen erkend onderdeel van de zorg voor chronische patiënten. Niet alle patiënten lijken echter te profiteren van de huidige one-size-fits-all-benadering. Daarom zijn dynamische interventies noodzakelijk, afgestemd op individuele patiënten: zorg-op-maat. Om zulke zorg te kunnen ontwikkelen, is meer kennis nodig over de programma- en patiëntspecifieke succesfactoren van zelfmanagementinterventies. Welke inhoud, vorm en intensiteit van zelfmanagementondersteuning is het kansrijkst, bij welk type patiënt?

In 2011 heeft het Universitair Medisch Centrum Utrecht, met een subsidie van ZonMw, het initiatief genomen voor een internationaal onderzoeksconsortium, genaamd Tailored Self-management & E-health (TASTE). In dit consortium werken onderzoekers uit Utrecht nauw samen met onderzoekers van de Universiteit Twente, het Leids Universitair Medisch Centrum en de universiteiten van Linköping (Zweden), Stanford en Pace (VS), McGill (Canada), Warwick (UK), Taipei (Taiwan) en Leuven (België). TASTE stelt zich tot doel systematisch de lacune te dichten in de kennis die nodig is voor het ontwik-

kelen van interventies op maat voor de individuele patiënt, inclusief e-healthtoepassingen.

De TASTE-onderzoekslijn gaat uit van een generieke, niet-ziektespecifieke benadering. Het onderzoek start met het zorgvuldig heranalyseren van de reeds beschikbare kennis. Met behulp van metaregressietechnieken en meta-analyse van individuele patiëntgegevens (individual patient data, IPD)²⁸ trachten de onderzoekers programma- en patiëntspecifieke determinanten te identificeren die bepalend zijn voor het succes van zelfmanagement. Het IPD-project verzamelt de originele data van alle RCT's die het effect van een zelfmanagementprogramma hebben geëvalueerd, zodat de onderzoekers de karakteristieken van alle individuele patiënten kennen en weten aan welke inhoud, vorm, intensiteit zij zijn blootgesteld en wat het individuele effect was op kwaliteit van leven, zorggebruik en mortaliteit. Door alle onderzoeksgegevens bij elkaar te voegen moet het mogelijk worden de succesfactoren van zelfmanagement in een model onder te brengen, en ze te analyseren als een functie van de variatie in blootstelling aan verschillende interventies en van de invloed van effectmodificatoren zoals patiënt en omgeving. Deze analyse zou dan antwoord moeten kunnen geven op de vraag welk type interventie het beste werkt, en bij wie.

TOT BESLUIT

Zelfmanagementinterventies bieden een perspectief op betaalbare zorg voor het toenemende aantal chronisch zieken in de samenleving. Noodzakelijke voorwaarden om dit perspectief tot ontplooiing te laten komen, zijn helderheid in de terminologie, een realistisch verwachtingspatroon ten aanzien van de effectiviteit en met name het vergroten van onze kennis over de werkzaamheid van deze interventies. Samenwerking tussen patiënten, zorgverleners, zorgorganisaties en kennisinstituten is noodzakelijk om te voorkomen dat de verwachte winst van zelfmanagement verdampt voordat we in de gaten hebben hoe deze te verzilveren.

Voor de onderzoekers binnen het TASTE-consortium ligt er de uitdaging die factoren te ontrafelen die het succes van zelfmanagement bepalen. Zij hopen binnen afzienbare tijd het veld te kunnen informeren over hoe, in hoeverre en aan wie zelfmanagement-op-maat aangeboden kan worden. Totdat daar meer over bekend is, doen huisartsen, praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen er goed aan om initiatieven op het gebied van zelfmanagement en e-health voor chronische patiënten niet kritiekloos te omarmen, maar hun geschiktheid en kansrijkheid voor iedere patiënt afzonderlijk zorgvuldig af te wegen. ■

LITERATUUR

- 1 Mathers CD, Stevens G, Mascarenhas M. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.
- 2 Gijsen R, Van Oostrom SSH, Schellevis FC, Hoeymans N. Chronische ziekten en multimorbiditeit. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2010 [update 2013]. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit>.

- 3 Suijkerbuijk AWM, Hoogveen RT, De Wit GA, Hoogendoorn EJI, Rutten-van Mölken MPMH, Feenstra TL. Maatschappelijke kosten voor COPD, astma en respiratoire allergie. Bilthoven: RIVM, 2012. http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2013/maart/Maatschappelijke_kosten_voor_astma_COPD_en_respiratoire_allergie.
- 4 Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998;1:2-4.
- 5 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288:1775-9.
- 6 Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns* 2002;48:177-87.
- 7 Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly* 1996;4:511-44.
- 8 Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003;26:1-7.
- 9 Trappenburg J, Jonkman N, Jaarsma T, Van Os-Medendorp H, Kort H, De Wit N, et al. Self-management: one size does not fit all. *Patient Educ Couns* 2013;92:134-7.
- 10 Adams K, Greiner AC, Corrigan JM. The 1st annual crossing the quality chasm summit: A focus on communities. Washington (DC): National Academies Press, 2004.
- 11 Bourbeau J, Nault D, Dang-Tan T. Self-management and behaviour modification in COPD. *Patient Educ Couns* 2004;52:271-7.
- 12 Du S, Yuan C, Xiao X, Chu J, Qiu Y, Qian H. Self-management programs for chronic musculoskeletal pain conditions: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2011; 85:e299-310.
- 13 Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P, et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD001117.
- 14 Jovicic A, Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovasc Disord* 2006;6:43.
- 15 Effing T, Monnikhof EM, Van der Valk PD, Van der Palen J, Van Herwaarden CL, Partidge MR, et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD002990.
- 16 Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD003417.
- 17 Malanda UL, Welschen LM, Riphagen II, Dekker JM, Nijpels G, Bot SD. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(1):CD005060.
- 18 Chodosh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttrop MJ, Hilton L, et al. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med* 2005;143:427-38.
- 19 Garcia-Alamino JM, Ward AM, Alonso-Coello P, Perera R, Bankhead C, Fitzmaurice D, et al. Self-monitoring and self-management of oral anticoagulation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(4):CD003839.
- 20 Khunti K, Gray LJ, Skinner T, Carey ME, Realf K, Dallosso H, et al. Effectiveness of a diabetes education and self management programme (DEMOND) for people with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: three year follow-up of a cluster randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2012;344:e2333.
- 21 Trento M, Passera P, Borgo E, Tomalino M, Bajardi M, Cavallo F, et al. A 5-year randomized controlled study of learning, problem solving ability, and quality of life modifications in people with type 2 diabetes managed by group care. *Diabetes Care* 2004;27:670-5.
- 22 Bucknall CE, Miller G, Lloyd SM, Cleland J, McCluskey S, Cotton M, et al. Glasgow supported self-management trial (GSuST) for patients with moderate to severe COPD: randomised controlled trial. *BMJ* 2012;344:e1060.
- 23 Kennedy A, Bower P, Reeves D, Blakeman T, Bowen R, Chew-Graham C, et al. Implementation of self management support for long term conditions in routine primary care settings: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013;346:f2882.
- 24 Takahashi PY, Pecina JL, Upatisting B, Chaudhry R, Shah ND, Van Houten H, et al. A randomized controlled trial of telemonitoring in older adults with multiple health issues to prevent hospitalizations and emergency department visits. *Arch Intern Med* 2012;172:773-9.
- 25 Fan VS, Gaziano JM, Lew R, Bourbeau J, Adams SG, Leatherman S, et al. A comprehensive care management program to prevent chronic obstructive pulmonary disease hospitalizations: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2012;156:673-83.
- 26 Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beupré A, Bégin R, et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med* 2003;163:585-91.
- 27 Bischoff EW, Akkermans R, Bourbeau J, Van Weel C, Vercoulen JH, Schermer TR. Comprehensive self management and routine monitoring in chronic obstructive pulmonary disease patients in general practice: randomised controlled trial. *BMJ* 2012;345:e7642.
- 28 Simmonds MC, Higgins JP, Stewart LA, Tierney JF, Clarke MJ, Thompson SC. Meta-analysis of individual patient data from randomized trials: a review of methods used in practice. *Clin Trials* 2005;2:209-17.