

Verslag van knelpunteninventarisatie

Inhoudsopgave

Methodebeschrijving van knelpunteninventarisatie.....	2
Resultaten van knelpuntenanalyse.....	3
Prioriteren van knelpunten	10
Formuleren en vaststellen van uitgangsvragen	10

Methodebeschrijving van knelpunteninventarisatie

De knelpunteninventarisatie voor de richtlijn Zelfmanagementondersteuning bestond uit drie elementen: deskresearch om knelpunten uit de literatuur te extraheren, een brainstormsessie in de kerngroep en een invitational conference.

1. Deskresearch

In februari 2021 heeft de SKILZ-procesbegeleider een deskresearch uitgevoerd op het thema Zelfmanagementondersteuning. Hierbij is een samenvatting gemaakt van actuele proefschriften, wetenschappelijke artikelen, interventies, rapporten, soortgelijke richtlijnen en definities van zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning. Ook zijn knelpunten uit de literatuur verzameld. Deze samenvatting is besproken tijdens de eerste kerngroepbijeenkomst in maart 2021.

2. Brainstormsessie in kerngroep

In april 2021 heeft de kerngroep gebrainstormd over welke aanvullende knelpunten, naast de knelpunten uit de literatuur, er nog zijn. Daarnaast heeft de kerngroep besloten onder welke overkoepelende thema's de genoemde knelpunten vallen. Hierbij zijn vijf thema's geëxtraheerd:

- A. Rollen en verantwoordelijkheden bij het organiseren, coördineren en uitvoeren van zelfmanagementondersteuning. Het doel van dit thema is te achterhalen of er knelpunten spelen bij zorgverleners op het gebied van rolopvatting en verantwoordelijkheden ten aanzien van zelfmanagementondersteuning.
- B. Context en randvoorwaarden voor het uitvoeren van zelfmanagementondersteuning. Het doel van dit thema is te achterhalen welke knelpunten er spelen op het gebied van visie, scholing, bekwaamheid van zorgverleners, tijd en mankracht en/of het borgen van afspraken.
- C. Kennis en vaardigheden om zelfmanagementondersteuning uit te voeren. Het doel van dit thema is te achterhalen of en welke zorgverleners welke kennis en vaardigheden missen ten aanzien van zelfmanagementondersteuning.
- D. Naasten en zelfmanagementondersteuning. Het doel van dit thema is te achterhalen of en welke knelpunten worden ervaren in het betrekken van naasten bij zelfmanagementondersteuning.
- E. Technologie en zelfmanagementondersteuning. Het doel van dit thema is om te achterhalen of er knelpunten liggen op het gebied van technologie. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen wat zorgverleners helpt (o.a. elektronisch dossier), wat het contact tussen zorgverleners en cliënten helpt (o.a. beeldbellen) en wat cliënten helpt (o.a. apps voor signaleren).

In deze knelpunteninventarisatie wordt met de term 'zorgverlener' formele zorgverleners bedoeld.

3. Invitational conference

In mei 2021 heeft een conferentie plaatsgevonden waarin knelpunten in de praktijk breed zijn opgehaald. Het doel van deze Invitational Conference was aanvullende knelpunten ophalen bij stakeholders waaronder onderzoekers, beleidsmedewerkers, maar ook cliënten en naasten.

Daarnaast was het doel om knelpunten te prioriteren en te achterhalen aan wat voor soort kwaliteitsinstrument behoefte is in de praktijk.

Aan de conferentie namen naast de voorzitter en een deelnemer van de kerngroep 16 afgevaardigden deel. Dit waren vertegenwoordigers van Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie/Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie, Vilans, de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Alzheimer Nederland, CZ Zorgkantoor, MantelzorgNL, Nederlands Wijkverpleegkundigen Genootschap, Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd, Pharos, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten, Actiz en drie onderzoekers op persoonlijke titel.

Tijdens deze online invitational conference via Zoom zijn in vier subgroepen knelpunten uit de praktijk opgehaald aan de hand van de vijf thema's (A t/m E). Voor het vijfde thema Technologie en Zelfmanagementondersteuning kon geen aparte subgroep gemaakt worden. Echter, gedurende de gesprekken in de andere subgroepen zijn er wel knelpunten van dit thema benoemd. Deze zijn vervolgens genoteerd, maar niet geprioriteerd.

Resultaten van knelpuntenanalyse

Hieronder wordt per thema beschreven welke knelpunten zijn opgehaald in de deskresearch en in de invitational conference, wat de prioritering is die bepaald is tijdens de invitational conference en waar volgens de deelnemers behoefte aan is.

Thema A. Rollen en verantwoordelijkheden bij het organiseren, coördineren en uitvoeren van zelfmanagementondersteuning

Knelpunten:

1. Tot waar reikt de professionele verantwoordelijkheid van de zorgverlener, in hoeverre maakt de cliënt eigen keuzes (autonomie)? Zorgverleners hebben moeite om om te gaan met ethische dilemma's wanneer een cliënt eigen keuzes maakt die vanuit het perspectief van de zorgverlener niet wenselijk zijn voor zijn gezondheid. Zorgverleners weten niet goed hoe zelfmanagement dan te bespreken.
2. Zorgverleners durven de regie niet makkelijk los te laten en over te dragen aan cliënten, mede omdat ze bang zijn overbodig te worden of dat de cliënt een "verkeerde" keuze maakt.
3. Verpleegkundigen en verzorgenden stellen nauwelijks zorgdoelen met oudere cliënten gericht op zelfmanagement en de ondersteuning daaromtrent. De medische zorgdoelen lijken daarin meer prioriteit te krijgen dan de verpleegkundige zorgdoelen. Al voordat iemand in het verpleeghuis wordt opgenomen, wordt dit te weinig besproken.
4. Bij artsen in verpleeghuizen is beperkt aandacht voor zelfmanagementondersteuning. De medische sector reageert vaak reactief op iets wat gebeurt, terwijl zelfmanagement meer preventief is voor de toekomst.

5. Zelfmanagementondersteuning vereist soms dat je buiten kaders/protocollen werkt (individuele aanpak). Er is weinig (gevoelde) ruimte door zorgverleners om buiten die kaders te treden ('zo doen wij het altijd'). En het ontbreekt zorgverleners aan creativiteit om binnen de kaders/protocollen naar oplossingen te zoeken.
6. Er ontbreekt een bepaald gedachtenpatroon op zelfmanagementondersteuning; er is een andere benadering hierop nodig.
7. De term/definitie zelfmanagement is nog te abstract. Als twee collega's het hier met elkaar over hebben, dan weten ze beiden niet goed wat ze moeten doen om zelfmanagement te ondersteunen. Als dat helder is, dan zal de uitvoering ervan meer kans van slagen hebben. Zelfmanagement is een veelomvattend containerbegrip en veel andere termen worden daarbij soms terecht maar vaak ook onterecht gebruikt. Deze verwarring is er op alle lagen: cliënten, zorgverleners, onderwijs, beleid, etc. Door deze verwarring is de vertaling naar concrete handvatten lastig.
8. Het is niet eenvoudig om in te schatten of een cliënt de consequenties van sommige punten kan overzien.
9. In de zorgplannen van cliënten in de thuiszorg komt weinig eigen regie terug, alleen de dagelijkse zorg. In een verpleeghuis met beschermd wonen is hier meer aandacht voor, omdat meer wordt gekeken naar de mogelijkheden die iemand heeft.

Prioritering:

1. Er ontbreekt een bepaald gedachtenpatroon op zelfmanagementondersteuning; er is een andere benadering hierop nodig.
2. De term/definitie zelfmanagement is nog te abstract. Als twee collega's het hier met elkaar over hebben, dan weten ze beiden niet goed wat ze moeten doen om zelfmanagement te ondersteunen. Als dat helder is, dan zal de uitvoering ervan meer kans van slagen hebben. Zelfmanagement is een veelomvattend containerbegrip en veel andere termen worden daarbij soms terecht maar vaak ook onterecht gebruikt. Deze verwarring is er op alle lagen: cliënten, zorgverleners, onderwijs, beleid, etc. Door deze verwarring is de vertaling naar concrete handvatten lastig.

Waar is behoefte aan?

Een goede uitwerking van de term zelfmanagementondersteuning, met praktische voorbeelden en ook wat er verwacht wordt van zorgverleners. Bijvoorbeeld termen die vaak gebruikt worden (passende zorg, herstellende zorg, eigen regie).

Thema B. Context en randvoorwaarden voor het uitvoeren van zelfmanagementondersteuning

Knelpunten:

1. Verpleegkundigen voelen zich vaak niet voldoende bekwaam om zelfmanagementondersteuning uit te voeren.

2. Opleidingen in de zorg (geneeskunde, verpleegkunde, verzorgende etc.) zijn niet voldoende gericht op zelfmanagementondersteuning. Dit geldt met name in de verpleegkunde opleiding. Dit geldt niet voor de opleiding sociaal werker.
3. Er is een tekort aan tijd voor begeleiders om mensen met een (lichte) verstandelijke beperking te ondersteunen en nieuwe vaardigheden te leren. En er wordt ook geen tijd voor gemaakt, bijvoorbeeld door ontwikkel- en leerdoelen te formuleren.
4. Zwakbegaafdheid/lichte verstandelijke beperking wordt niet herkend door zorgverleners, of het is niet duidelijk welke aanpassingen in communicatie nodig zijn voor deze cliënten.
5. Methoden van zelfmanagementondersteuning, zoals bijvoorbeeld motiverende of oplossingsgerichte gespreksvoering, worden niet zo getoetst als bijvoorbeeld verpleegtechnische vaardigheden.
6. Er is te veel nadruk op functioneel welbevinden en op functionele taken (is iedereen geholpen met wassen, zijn alle infusen gegeven), gericht op productie, daar worden zorgverleners op afgerekend (dus meer kwantitatieve dan kwalitatieve parameters (zijn mensen ondersteund in het leven van een waardevol leven) waarnaar gekeken wordt).
7. Er ontbreekt een bepaalde denkwijze bij zorgverleners om structureel zelfmanagementondersteuning uit te voeren en om de cliënt niet automatisch als uitsluitend 'hulpbehoevend' te zien.
8. Het is een uitdaging om zelfmanagementondersteuning te geven in de dynamische alledaagse zorg.
9. Tijd wordt gezien als knelpunt; het kost meer tijd als cliënten het zelf moeten doen (langetermijndenken ontbreekt hier). Echter, corona leidde tot meer zelfmanagement en meer inzet van hulpmiddelen (bleek uit onderzoek van Vilans: <https://www.vilans.nl/kennis/reisverhaal-zorgen-in-tijden-van-corona>).
10. Onderwijs in zelfmanagementondersteuning is vrijblijvend, wordt versnipperd gegeven en een gedegen kwaliteitscheck ontbreekt.
11. Bij- en nascholing over het stimuleren van eigen regie specifiek voor mensen met bijv. Alzheimer, Parkinson of een lichte verstandelijke beperking lijkt beperkt.
12. Zorgverleners lijken zich niet bewust van de meerwaarde die zelfmanagementondersteuning kan hebben voor de cliënt en de hulpverlener. Ze weten niet goed waarom het zo belangrijk is.
13. Binnen teams worden systemen en afspraken gemist om zelfmanagementondersteuning te bespreken en hier effectief naar te handelen.
14. Het ontbreekt zowel zorgorganisaties als gemeente en/of overheid soms aan visie en beleid op zelfmanagementondersteuning.
15. Als er wel een visie of beleid is, dan wordt die visie verschillend geïnterpreteerd of de structuren zijn er toch niet naar om de cliënt centraal te stellen.
16. Zelfmanagementondersteuning kost tijd of de perceptie is dat het tijd kost en daar is geen verdienmodel voor. Dit ervaren verpleegkundigen in de tweedelijnszorg als een knelpunt. Maar tijd mag geen excuus zijn om cliënten ondersteuning bij zelfmanagement te onthouden.

17. Er zijn grote verschillen in de uitvoering van zelfmanagementondersteuning bij ouderen en bij mensen met een verstandelijke beperking. Bij die laatste groep ligt de aansturing/focus van zorgverleners veel meer op wat de cliënt nog zelf kan.
18. Er is onduidelijkheid over de rollen van de betrokkenen in de zorgdriehoek cliënt, zorgverlener en naasten.
19. Er is weinig ontwikkeld over opvolging van training en bij- en nascholing van zelfmanagementondersteuning (PDCA-cyclus). Bijvoorbeeld het aanstellen van coaches (coaching on the job). De focus bij de opvolging moet liggen op van weten naar doen.
20. Het ontbreekt nog aan weerbaarheid en bestendigheid, als zorgverlener en als team. Dit gaat verder dan het hebben van een visie. Het gaat erom dat een team zelfmanagement vanuit de eigen organisatie wil uitdragen en wil uitvoeren vanuit de zorgdriehoek. En ook gaat het over het kunnen omgaan met alles wat er als zorgverlener op je af komt wanneer je zelfmanagementondersteuning uitvoert en hoe je ermee omgaat als er niet aan de randvoorwaarden van zelfmanagementondersteuning wordt voldaan.
21. Als verstandelijk gehandicapten buiten de eigen setting komen voor bijvoorbeeld ziekenhuis- of huisartsbezoek, dan zijn de hierbij betrokken zorgverleners mogelijk minder gericht op zelfmanagementondersteuning.
22. Mensen met een verstandelijke beperking hebben veel begeleiders die in wisseldiensten werken. Die begeleiders werken zodoende niet echt samen en daardoor is het lastig om één lijn te houden in hoe iemand begeleid wordt en wat daarover afgesproken wordt.
23. Mensen met een verstandelijke beperking zijn gebaat bij het opbouwen van een band met vaste begeleiders, er zijn regelmatig veel personeelwisselingen in teams.
24. Verpleegkundigen en verzorgen leggen de onmogelijkheden te snel neer bij leidinggevenden en zouden meer moeten nadenken over wat er wel mogelijk is.

Prioritering:

1. Er is onduidelijkheid over de rollen van de betrokkenen in de zorgdriehoek cliënt, zorgverlener en naasten.
2. Opleidingen in de zorg (geneeskunde, verpleegkunde, verzorgende etc.) zijn niet voldoende gericht op zelfmanagementondersteuning. Dit geldt met name in de verpleegkunde opleiding. Dit geldt niet voor de opleiding sociaal werker.
3. Er is weinig ontwikkeld over opvolging van training en bij- en nascholing van zelfmanagementondersteuning (PDCA-cyclus). Bijvoorbeeld het aanstellen van coaches (coaching on the job). De focus bij de opvolging moet liggen op van weten naar doen.
4. Het ontbreekt nog aan weerbaarheid en bestendigheid, als zorgverlener en als team. Dit gaat verder dan het hebben van een visie. Het gaat erom dat een team zelfmanagement vanuit de eigen organisatie wil uitdragen en wil uitvoeren vanuit de zorgdriehoek. En ook gaat het over het kunnen omgaan met alles wat er als zorgverlener op je af komt wanneer je zelfmanagementondersteuning uitvoert en hoe je ermee omgaat als er niet aan de randvoorwaarden van zelfmanagementondersteuning wordt voldaan.

Waar is behoefte aan?

Duidelijkheid over de rollen in de zorgdriehoek cliënt, zorgverlener en naasten. Goede inbedding in de opleiding (ook qua inhoud) en daarna. Een duidelijke visie op zelfmanagementondersteuning.

Thema C. Kennis en vaardigheden om zelfmanagementondersteuning uit te voeren

Knelpunten:

1. Het begrip zelfmanagement(ondersteuning) wordt door organisaties ook gebruikt voor zelfredzaamheid (wat iets anders is). Dit zorgt voor verwarring in het uitvoeren van zelfmanagementondersteuning.
2. Vaardigheden (o.a. communicatief) om de behoeften van cliënten bespreekbaar te maken en hier de zorg op aan te passen ontbreken bij zorgverleners.
3. Zorgverleners over- en onderschatten gezondheidsvaardigheden van cliënten.
4. Zorgverleners kunnen moeilijk inschatten wat een cliënt wel/niet zelf kan beslissen. Zorgverleners missen de vaardigheden om het samen beslissen goed toe te passen.
5. Het is onduidelijk voor zorgverleners wat generieke elementen zijn in zelfmanagementondersteuning en hoe deze toe te passen in de praktijk.
6. Zorgverleners weten niet hoe zij cliënten kunnen ondersteunen bij het versterken/blijven uitvoeren van de eigen regie.
7. Het is onduidelijk wat stimulerende en belemmerende factoren zijn om meer regie bij de cliënt te laten.
8. Wederzijdse verwachtingen ten aanzien van cliënt- en familieparticipatie worden vaak niet uitgesproken waardoor misverstanden of frustraties ontstaan.
9. Het afstemmen van de zelfmanagementondersteuning tussen zorgverleners (rapportage, andere disciplines, overdragen) lukt soms niet goed.
10. Mensen met een verstandelijke beperking vormen een erg diverse groep en zelfmanagementondersteuning (bijvoorbeeld communicatie met plaatjes) lijkt daardoor niet altijd passend (gericht op persoon en situatie) te zijn. Gespreksmateriaal is niet goed afgestemd.
11. Er is een verschil in de mate waarin zelfmanagementondersteuning wordt uitgevoerd/toegepast tussen bijv. verzorgenden en verpleegkundigen.
12. Eigen regie wordt weleens verward met 'eigenwijs' en dat maakt dat de cliënt niet goed gehoord wordt.
13. In zorgplannen ontbreekt vaak: wat doet de cliënt aan zelfmanagement, wat doet het netwerk/naasten en wat voegt de zorgverlener toe.
14. Zorgverleners hebben een sterke mening over wat goed is voor een cliënt en of een cliënt wel/matig/niet 'geschikt' is voor zelfmanagement.
15. Reflectie van zorgverleners over zelfmanagementondersteuning is beperkt en komt vaak niet overeen met geobserveerde ondersteuning (beeld van eigen competenties is vaak rooskleuriger dan het feitelijk is).

16. Praktische handvatten om zelfmanagementondersteuning toe te passen zijn er niet echt. An de tools die er wel zijn weten zorgverleners niet goed welke tool werkt voor welke doelgroep.
17. Artsen en verpleegkundigen hebben weinig ervaring in de omgang met mensen met een verstandelijke beperking en/of hun wettelijke vertegenwoordiging.

Prioritering:

1. Het is onduidelijk voor zorgverleners wat generieke elementen zijn in zelfmanagementondersteuning en hoe deze toe te passen in de praktijk.
2. Het begrip zelfmanagement(ondersteuning) wordt door organisaties ook gebruikt voor zelfredzaamheid (wat iets anders is). Dit zorgt voor verwarring in het uitvoeren van zelfmanagementondersteuning.
3. In zorgplannen ontbreekt vaak: wat doet de cliënt aan zelfmanagement, wat doet het netwerk/naasten en wat voegt de zorgverlener toe.

Waar is behoefte aan?

Aandacht voor het thema zelfmanagementondersteuning in de organisatie van zorgverleners. Een prikkel/opvolging om aandacht te blijven besteden aan zelfmanagementondersteuning (bijv. toetsing?). Focus gericht op de verschillende doelgroepen om maatwerk te krijgen. Bijvoorbeeld in een leidraad voor gespreksvoering. Aangeven voor welke doelgroep welke ondersteuningstool van belang is.

Thema D. Naasten en zelfmanagementondersteuning

Knelpunten:

1. Naasten nemen vaak zorg over van cliënten in plaats van het bieden van ondersteuning bij zelfmanagement. Maar dit is een lastige en ethische balans, die ook beïnvloed wordt door een progressieve factor van de ziekte (met afwisselend goede en slechte dagen) en ziekte-inzicht van de cliënt. Hier komen vaak (emotionele, financiële en fysieke) afhankelijkheid en macht bij kijken.
2. Mensen met een verstandelijke beperking hebben vaak minder hulpbronnen (sociaal isolement).
3. Er lijken weinig kennis en vaardigheden te zijn bij zorgverleners over het omgaan met culturele aspecten* bij naasten en wat zij kunnen doen om de zelfmanagement te ondersteunen (*culturele aspecten omvatten niet alleen migratieachtergrond, maar bijvoorbeeld ook laaggeletterdheid, armoede, stress, geïsoleerde naaste).
4. Zelfmanagementondersteuning door naasten van de cliënt bij het gebruik van zelfmanagementtools is extra complex.
5. Samenwerking met of het scholen van naasten wordt als eigen falen en luiheid ervaren door zorgverleners.
6. Kennis over het samenwerken met naasten bij zelfmanagementondersteuning ontbreekt bij zorgverleners.

7. Bij verpleegkundigen heerst vaak het idee dat als ze de taalbarrière kunnen overbruggen, de zelfmanagement daarna vanzelf goed komt. Dat is zeker belangrijk en verpleegkundigen zijn er creatief in, maar dan ben je er als zorgverlener nog niet.
8. Door naasten wordt weinig ervaren dat zij als gelijkwaardig aan de zorgverlener worden gezien en daarbij met respect worden benaderd. Laagdrempelig communiceren op inhoud, op hetzelfde niveau, is noodzakelijk.
9. Er is geen helder overzicht van tools voor naasten dat gebruikt kan worden om zelfmanagement te bevorderen/ondersteunen.
10. Het belang van zelfmanagementondersteuning wordt door de naasten niet altijd onderkend.
11. Zorgverleners ervaren stigma's en verwachtingen van naasten met bepaalde culturele achtergronden.

Prioritering:

1. Door naasten wordt weinig ervaren dat zij als gelijkwaardig aan de zorgverlener worden gezien en daarbij met respect worden benaderd. Laagdrempelig communiceren op inhoud, op hetzelfde niveau, is noodzakelijk.
2. Er is geen helder overzicht van tools voor naasten dat gebruikt kan worden om zelfmanagement te bevorderen/ondersteunen.
3. Naasten nemen vaak zorg over van cliënten in plaats van het bieden van ondersteuning bij zelfmanagement. Maar dit is een lastige en ethische balans, die ook beïnvloed wordt door een progressieve factor van de ziekte (met afwisselend goede en slechte dagen) en ziekte-inzicht van de cliënt. Hier komen vaak (emotionele, financiële en fysieke) afhankelijkheid en macht bij kijken.

Waar is behoefte aan?

Betere scholing, ingebed in de opleiding verpleegkunde.

Thema E. Technologie en zelfmanagementondersteuning

Knelpunten:

1. Het is onduidelijk hoe technologie ingezet kan worden om zelfmanagement te ondersteunen en wat de werkzame factoren daarin zijn.
2. Het is onbekend hoe en wat voor soort online zelfmanagementondersteuning kan worden gegeven aan naasten in het algemeen, en specifiek voor mensen met een laag opleidingsniveau/minder gezondheidsvaardigheden/laag geletterdheid en/of mindere digitale vaardigheden.
3. Het is onduidelijk wat de inzet van bijvoorbeeld telezorg betekent voor de privacy en de verdeling van verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van zorgverleners.
4. Beeldbellen en andere digitale mogelijkheden zijn voor mensen met een verstandelijke beperking vaak geen adequaat alternatief of niet goed aangepast i.v.m. mindere digitale vaardigheden.

5. Het inzetten van hulpmiddelen en technologie ervaren zorgverleners ook wel eens als falen, en het bieden van schrale zorg.
6. Door de coronacrisis zijn mensen meer open gaan staan voor het gebruik van domotica. Als voorbeeld: eerst moest een zorgverlener vier keer per dag langs om medicatie aan te reiken. Nu kan dat door domotica zelf geregeld worden. En ook het gebruik van videobellen is toegenomen.
7. Bij kinderen met een zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperking (ZEVMB) zijn de ouders wettelijk vertegenwoordigers. Er valt er nog veel te winnen op het begeleiden van deze ouders in het pakken van hun rol om de medische zorg van hun kind in banen te leiden (coördinatie, afstemmen zorg).

Waar is behoefte aan?

Vooraf inventariseren wat er al is aan technologische tools en dit filteren/bundelen en op de juiste plekken beschikbaar maken.

Prioriteren van knelpunten

De kerngroep heeft in een bijeenkomst in juni 2021 alle knelpunten besproken en de geprioriteerde knelpunten vanuit de invitation conference overgenomen. Daaruit is geconcludeerd dat een richtlijn het best passende kwaliteitsinstrument is voor het adresseren van deze knelpunten. De kerngroep heeft gekozen om de volgende thema's te laten terugkomen in de richtlijn: effectiviteit van interventies, generieke elementen van zelfmanagementondersteuning die bewezen effectief zijn, conceptanalyse van de terminologie en definities, kern van zelfmanagement: hoe doe je dat het beste?, meerwaarde van zelfmanagement voor mensen in de langdurige zorg, organiseren van zelfmanagementondersteuning binnen de eigen organisatie/randvoorwaarden, controleren/meten hoe een cliënt op passende wijze zelfmanagent heeft ervaren.

Formuleren en vaststellen van uitgangsvragen

Nadat de kerngroep in juni 2021 besloten had dat het kwaliteitsinstrument een richtlijn werd, is de kerngroep opgegaan in een multidisciplinaire werkgroep. De SKILZ-procesbegeleider heeft, in samenwerking met de voorzitter van de kerngroep en werkgroep (dit betreft dezelfde voorzitter), na het prioriteren van de knelpunten een conceptraamwerk opgesteld. In dit raamwerk zijn de knelpunten vertaald naar conceptuitgangsvragen. Dit raamwerk is tijdens twee bijeenkomsten met de werkgroep besproken. Daarnaast is het raamwerk opgestuurd voor feedback naar de klankbordgroep. De klankbordgroep was tevreden over de uitgangsvragen en had met name tekstuele feedback. Deze feedback is meegenomen in de discussies met de werkgroep. De werkgroep heeft een extra bijeenkomst nodig gehad om de uitgangsvragen vast te stellen, met name doordat het nog niet goed duidelijk was welke uitkomstmaten belangrijk en relevant waren per uitgangsvraag. In december 2021 heeft de werkgroep het raamwerk met de uitgangsvragen definitief vastgesteld.