

MASTEROPLEIDINGEN

VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST IN BEELD

HAN UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

AFGESTUDEERDEN VAN
DE MASTER ADVANCED
NURSING PRACTICE



DR. JEROEN PETERS
OPLEIDINGSCOÖRDINATOR,
MASTER ADVANCED NURSING
PRACTICE

VOORWOORD

In 2001 startte de HAN als een van de eerste hogescholen in Nederland met de Master Advanced Nursing Practice. In de afgelopen 18 jaar zijn meer dan 400 verpleegkundig specialisten (tot 2009 als Nurse Practitioner omschreven) aan de HAN afgestudeerd. Vanuit hun eigen verantwoordelijkheid combineren zij op masterniveau hun verpleegkundige kennis en vaardigheden met de kennis en vaardigheden die behoren tot het medisch domein.

In deze 18 jaar heeft de beroepsgroep een enorme ontwikkeling doorgemaakt. De meest in het oog springende voorbeelden zijn: het mogen voeren van de graad 'Master of science' (MSc), de titelbescherming in de wet BIG, het instellen van het kwaliteitsregister, en het zelfstandig een deel van de medisch voorbehouden handelingen mogen uitvoeren volgens art. 36 van de wet BIG. En niet te vergeten het feit dat de verpleegkundig specialist nu ook kan fungeren als regiebehandelaar binnen de geestelijke gezondheidszorg – net als psychiaters, klinisch psychologen, verslavingsartsen, specialisten ouderengeneeskunde, klinisch gerieters, en GZ-psychologen – zelfstandig DBC's mogen openen en consulten in rekening mogen brengen.

In 2019 is ook het nieuwe beroepsprofiel van de verpleegkundig specialist uitgekomen. Hierin wordt een verdere doorontwikkeling van het beroep van verpleegkundig specialist in uitgewerkt. Het meest opvallende hierin is dat verpleegkundig specialisten als T-shaped beroepsbeoefenaren worden gezien. Het verticale deel van de T betreft de bekwaamheden in het eigen specialisme, dat niet beperkt is tot één aandoening, maar tot een expertisegeraad, zoals huisartsenzorg, oncologie, ouderenzorg, of verslavingszorg. Het horizontale deel betreft generalistische bekwaamheden zoals het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek en het toepassen van de resultaten daarvan, onderwijzen en opleiding, kwaliteit van zorg ontwikkelen, en leiderschap tonen.

Niet alleen de professie, maar ook de opleiding heeft sinds haar ontstaan forse veranderingen ondergaan. Deze konden vorm krijgen dankzij een goede samenwerking tussen de opleiding en studenten én alle organisaties waarmee wij opleiden, maar ook tussen alle MANP-opleidingen in Nederland. Tevens vormden de nieuwe inzichten betreffende evidenced based practice binnen het medisch onderwijs een belangrijke inspiratiebron om ons onderwijs verder te ontwikkelen.

Tijdens de opleiding worden de studenten niet alleen getraind in het medisch klinisch en verpleegkundig redeneren en het uitoefenen van hun rol van behandelaar. Ook het onderbouwen van de keuzes die zij maken op basis van onderzoek en het reflecteren op de vraag: 'Doe ik het goede om de juiste redenen?' komen aan de orde. Een ander belangrijk onderdeel is leiderschap, een concept dat wij zien als de competentie om mensen in beweging te krijgen. Bijvoorbeeld door samen met een patiënte te streven naar betere therapietrouw of nieuwe leefstijlgewoonten, maar ook om collega's te enthousiasmeren om patiëntveiliger te werken. Aan dit alles ligt persoonlijk leiderschap ten grondslag: weten waar je naar toe wilt werken, weten te prioriteren, jezelf profileren, proberen te begrijpen van anderen en denken vanuit synergie.

Namens mijn collega's van het kernteam en de studenten van het cohort 2017 bied ik u met trots dit boekje "Verpleegkundig specialist in beeld" aan, waarin de studenten die nu afstuderen u informeren over hun onderzoek en hun werkzaamheden binnen hun eigen specialisme. Het geheel geeft tevens een goed beeld van de diversiteit en de kwaliteiten van de huidige verpleegkundig specialist.



INHOUD

ALGEMEEN

3	Voorwoord
6	Cohort 2017
8	Felicitaties Kernteam MANP

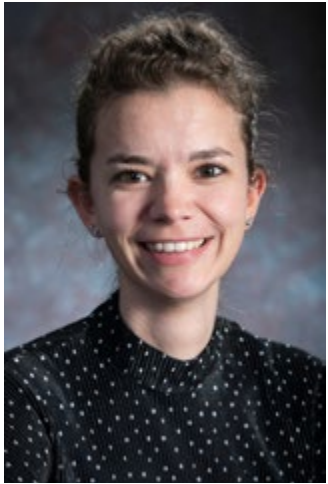
AFGESTUDEERDEN

10	Pleun Appelhof	40	Chantal Hartjes	70	Esther van Manen
12	Berinda Bargeman	42	Natasja Heerema	72	Manon Marneef
14	Monique Beckers	44	Sheila Hemmer	74	Lysbert Oosterhof
16	Wil Bergwerf	46	Priscilla van den Heuvel	76	Moniek Peijnenburg
18	Jenneke van den Berg	48	Irma Hooije	78	Dirk van Rens
20	Trudy van den Bogert	50	Saskia ten Hoopen	80	Wilma Schouwstra
22	Fleur Bienen	52	Wilma Horselenberg	82	Sandra van Strien
24	Lorraine van der Bruggen	54	Inge ter Horst	84	Jasper van der Velden
26	Antoniet van Dongen	56	Vera Janssen	86	Sander Vergouwen
28	Joke van Driel	58	Esther van Kempen	88	Marieke Veugelink
30	Sylvie Dupont	60	Michiel Kerkkamp	90	Hilde Visser
32	Maurice van Egmond	62	Lieneke ten Keurs	92	Carine Vogel
34	Willy Erdhuizen	64	Elise van Leest	94	Geertje de Vries
36	Suzanne Fleuren	66	Hilde Liefing	96	Kim Wijns
38	Tamara Hagen	68	Monique Lucassen	98	Lieke van Zon

COHORT 2017

Als cohort MANP-17 zijn jullie in september 2017 met veel enthousiasme aan de opleiding begonnen. Met als doel de eindstreep te halen in september 2019. Gedurende de afgelopen twee jaren zijn er vele factoren geweest die bijdroegen aan succes en tegenslag. Tijdens het werk en opleiding maar ook prive waren er gebeurtenissen die op je pad kwamen. Voor sommige heeft dat geleid tot studievertraging.

De volgende studenten wensen we voor de komende periode veel succes met het afronden van de opleiding:



Sharon van de Beek



Aniek Dams



Jeanne Driessen



Hans Lammerts



Jelle van der Meer



Kees Poortman



Cathelijne Suijs



Mirjam Tuin



Meta van der Vlist



**ALLE GEDIPLOMEERDEN
VAN HARTE GEFELICITEERD**

KERNTEAM MANP

PLEUN APPELHOF

DE REIZENDE IBD-PATIËNT: EEN KWALITATIEF ONDERZOEK NAAR DE GEDACHTEN EN ERVARINGEN VAN JONGE PATIËNTEN MET IBD OVER REIZEN IN RELATIE TOT HUN ZIEKTE.

Internationaal reizen door patiënten met een inflammatoire darmziekte (IBD) is in toenemende mate populair. Deze chronische inflammatoire ziekte van de tractus digestivus met ontsteking van de mucosa wordt gekenmerkt door recidiverende opvlammingen. De pathogenese van IBD is onbekend. De behandeling is gericht op immunosuppressie, maar deze maakt de patiënt vatbaarder voor opportunistische infecties. Reizen kan dan ook gezondheidsrisico's en praktische problemen met zich mee brengen. Ondanks het toenemende aantal reizende IBD-patiënten is er hiernaar weinig onderzoek gedaan; met name niet onder jongeren met IBD. De bestaande onderzoeken bestaan hoofdzakelijk uit surveys. Dit maakt het lastig tijdig reizenwensen te signaleren en de informatievoorziening vanuit het ziekenhuis op deze doelgroep af te stemmen.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek was inzicht te krijgen in de gedachten en ervaringen van jonge IBD-patiënten over reizen in relatie tot hun ziekte – en wat zij vinden van de huidige informatievoorziening over dit onderwerp.

Methode

In deze kwalitatieve studie zijn data verzameld via semigestructureerde diepte-interviews met acht IBD-patiënten tussen de 18-25 jaar. De interviews werden met een audiorecorder opgenomen en in een verbatim transcript uitgetypt. Dataverzameling en data-analyse geschiedde in een iteratief proces. Tussentijds werd doelgericht de topiclijst aangepast en werden onderzoeksdeelnemers met veronderstelde contrasterende meningen geïncludeerd. De codering werd gekenmerkt door fases van open, axiaal en selectieve codering. Ter ondersteuning van de analyse werd het softwareprogramma ATLAS.ti gebruikt.

Resultaten

De jonge IBD-patiënten vonden reizen naar verre bestemmingen belangrijk. Ze hechtten veel belang aan het zelf zien van een reisbestemming. De ziekte werd niet als restrictie gezien. Toch bleek bij de voorbereiding en tijdens de reis de ziekte een rol te spelen, zoals bij de keuze van een reisbestemming, de reisvorm, reisduur en het moment om te reizen. Zodoende probeerde men gezondheidsrisico's en een opvlamming te voorkomen. De patiënten bleken op zoek naar een gevoel van veiligheid op reis. Allen hadden op reis buikklachten gehad, die zij toeschreven aan een opvlamming. De klachten en het rekening houden met de ziekte had geen negatieve invloed op de reisbeleving. Men vond het belangrijk door de eigen zorgverlener geïnformeerd te worden over reizen in relatie tot IBD. Het moment van informatieverstrekking bleek hierbij van belang. Bij diagnosestelling zagen sommige patiënten de relevantie hiervan nog niet in. Het pas bespreekbaar maken van deze informatie tijdens de reisvoorbereiding leidde echter tot vervelende reisbeperkingen.

Conclusie

De geïnterviewde jonge patiënten met IBD vinden het reizen naar verre reisbestemmingen belangrijk. Zonder de ziekte als last te ervaren, passen zij maatregelen toe om gezondheidsrisico's en een opvlamming op reis te voorkomen. De zorgverleners kunnen een bijdrage leveren aan een veilig gevoel op reis door de informatievoorziening over reizen en vaccinaties in relatie tot IBD te optimaliseren. Het moment waarop de zorgprofessional informatie over reizen verstrekt is hierbij belangrijk. Meteen al bij diagnosestelling behoren reizenwensen, informatie over reizen en vaccinaties in relatie tot IBD besproken te worden met de jonge IBD-patiënten. Tijdens de daadwerkelijke voorbereiding dienen de zorgverleners deze informatie verder uit te diepen; hiermee kunnen gezondheidsrisico's en reisbeperkingen worden verminderd.



Pleun Appelhof

Gelre Ziekenhuizen

Specialisme: Maag-, darm- en leverziekten
p.appelhof@gelre.nl

Praktijkopleiders

Drs. G.W. Erkelens, MDL-arts

Mw. J.D.C. de Haan-Tuinstra, verpleegkundig specialist MDL

Patiëntengroep

Patiënten met een inflammatoire darmziekte, prikkelbare darmsyndroom of een oncologische MDL-aandoening.

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Poliklinische diagnostiek, begeleiding en behandeling van patiënten met een inflammatoire darmziekte, prikkelbare darmsyndroom of een oncologische MDL-aandoening.
- Consultatiefunctie voor collega-verpleegkundigen en andere disciplines.

Onderwijs

- Basisscholing IBD en oncologie voor de medewerkers van de polikliniek maag- darm-, en leverziekten.

Onderzoek

- Kwalitatief onderzoek naar de gedachten en ervaringen van jonge patiënten met IBD over reizen in relatie tot hun ziekte.

Overige taken

- Lidmaatschap van de oncologielcommissie en de IBD-commissie ter verbetering van de patiëntenzorg binnen Gelre ziekenhuizen.

BERINDA BARGEMAN

ZELFMANAGEMENT BIJ DIABETES MELLITUS TYPE 2 HOE SCHAT DE ZORGPROFESSIONAL DE BEÏNVLOEDENDE FACTOREN IN?

Diabetes mellitus type 2 (T2DM) is een stofwisselingsziekte waarbij er een teveel aan glucose is in het bloed. Dit onderzoek richt zich op mensen met T2DM die behandeld worden met insulinentherapie. Insulinentherapie brengt een verzwaring van zelfmanagementactiviteiten met zich mee en vraagt een grote mate van therapietrouw. Momenteel worden op de diabetespoli mogelijke factoren die deze activiteiten beïnvloeden niet structureel uitgevraagd. De zorgprofessional maakt een eigen inschatting van het zelfmanagementvermogen van de patiënt. Het primaire doel van de studie was inzicht verkrijgen in de professionele inschatting versus geobjectiveerd inzicht van zelfmanagement-beïnvloedende factoren bij patiënten met T2DM met een basaal-bolus regime. Een tweede doel was inzicht te verkrijgen of een discrepante inschatting is geassocieerd met een diabetesregulatie boven de streefwaarde en/of met een lagere patiënttevredenheid ten aanzien van de diabetesregulatie.

Methode

Dit was een kwantitatief observationeel beschrijvend onderzoek. Data werden in de periode van februari tot en met mei 2019 verzameld middels vragenlijsten, ingevuld door patiënten met T2DM met een basaal-bolus insulinerégime en zorgprofessionals van het diabetesteam van Gelre Ziekenhuizen te Apeldoorn. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, werden in dit onderzoek de data van patiënten en zorgprofessionals met elkaar vergeleken. De data bestonden uit factoren die van invloed zijn op zelfmanagement. Bij de patiënt werden deze uitgevraagd middels de Self Management Screening (SeMaS); bij zorgprofessionals werd de inschatting van deze factoren middels een voor dit onderzoek opgestelde vragenlijst onderzocht. Aanvullende gegevens werden verkregen uit dossieronderzoek.

Resultaten

In totaal werden 66 patiënten geïnccludeerd; uit het diabetesteam werkten 10 zorgprofessionals mee. Over het algemeen werden wat betreft de helft van de patiënten hun zelfmanagement-beïnvloedende factoren overeenkomstig ingeschat door de zorgprofessional, behalve de factor ziektebelasting. Bij discrepante inschatting werd ziektebelasting significant geassocieerd ($r = ,251$; $p = ,048$) met een diabetesregulatie boven de streefwaarde. Van de factoren die het vaakst discordant werden ingeschat, was dit voor depressie significant geassocieerd ($r = ,309$; $p = ,019$) met een diabetesregulatie boven de streefwaarde. Angst was in 64% van de discordant ingeschatte situaties geassocieerd met een HbA1c buiten de streefwaarden – een borderline significante ($r = ,232$; $p = ,066$) bevinding. Een door de zorgprofessional discordante inschatting van zelfmanagement-beïnvloedende factoren was niet geassocieerd met een lagere patiënttevredenheid over de diabetesregulatie.

Conclusie

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat het voor de betrokken zorgprofessionals moeilijk was de zelfmanagement-beïnvloedende factoren voor de patiënten in te schatten. Vooral de invloed van de factoren sociale steun, depressie en angst bleek lastig in te schatten. Toch leidde dit niet tot aantoonbare verschillen in diabetesregulatie en ontevredenheid bij de patiënt.

Aanbevelingen

Het is aanbevelenswaardig om bij anamnese en/of bij een verandering in de behandelwijze, zoals het starten van insulinentherapie, mogelijke factoren die het zelfmanagement van de patiënt in kaart te brengen. Dit kan middels het afnemen van de SeMaS, aangevuld met uitgebreidere screening op depressie. Vervolgonderzoek is aanbevolen om de effecten van deze verbetering in de patiëntenzorg wetenschappelijk te evalueren.



Berinda Bargeman

Gelre Ziekenhuizen te Apeldoorn
Specialisme: diabeteszorg

Praktijkopleider

dr. T. van Bommel, internist

Patiëntengroep

Mensen met diabetes

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Afnemen medische en verpleegkundige anamnese bij nieuwe patiënten, opstellen van het behandelplan. Zelfstandige behandeling van bepaalde patiëntengroepen, waaronder diabetes gravidarum en diabetes type 1 en 2 zonder co-morbiditeit.

Innovatie

- Ontwikkelen van een nieuwe werkwijze voor de groep met diabetes gravidarum.

MONIQUE BECKERS

VERMOEIDHEID BIJ HYPERTHYREOÏDIE.



Op de schildklierpolikliniek van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) in Nijmegen worden onder andere patiënten met hyperthyreoïdie behandeld. Dit is een aandoening waarbij de schildklier te snel werkt. Veel van deze patiënten klagen over vermoeidheid. Er zijn vijf dimensies van vermoeidheid: naast algemene en lichamelijke vermoeidheid, kan er sprake zijn van verminderde activiteit, verminderde motivatie en cognitieve vermoeidheid. Het is niet bekend wat de prevalentie van vermoeidheid is als klacht bij hyperthyreoïdie. Ook is niet bekend hoe ernstig deze vermoeidheid is.

Doelstelling

Dit onderzoek heeft als doel om inzicht te verkrijgen in de prevalentie en de ernst van vermoeidheidsklachten bij patiënten met hyperthyreoïdie en om na te gaan of persoonlijke factoren zijn geassocieerd met deze klachten. Door beter inzicht kan gestreefd worden naar het inzetten van passende interventies ter verbetering

van de klachten, en uiteindelijk naar een betere kwaliteit van leven.

Methode

Aan patiënten met de diagnose hyperthyreoïdie die onder behandeling staan van de schildklierpolikliniek van het CWZ is gevraagd om deel te nemen aan dit dwarsdoorsnede-onderzoek. De mate en de ernst van de vermoeidheid werden gescoord met de numeric rating scale (NRS) en de multidimensionale vermoeidheidsindex (MVI-20). Met behulp van een aanvullende vragenlijst zijn de volgende gegevens verzameld: geslacht, leeftijd, sociale status (alleenstaand, getrouwd of samenwonend), het hebben van kinderen, het hebben van een baan en een eerste episode of een recidief van de hyperthyreoïdie. De gegevens zijn verzameld tussen 1 januari 2019 en 1 april 2019. Voor analyse is gebruik gemaakt van 'IBM SPSS Statistics, Versie 24'.

Resultaten

In totaal hebben 28 patiënten deelgenomen aan het onderzoek en de vragenlijsten ingevuld geretourneerd: 20 retrospectief en 8 prospectief. Bijna alle patiënten (n=27; 96%) gaven een NRS-score overeenkomstig met een milde tot ernstige vermoeidheid. De domeinen algemene vermoeidheid en lichamelijke vermoeidheid van de MVI-20 scoren in de gehele groep het hoogst. De vergelijking tussen de prospectieve en retrospectieve groep liet geen significante verschillen zien. Er zijn geen significante relaties gevonden tussen de MVI-20-score per domein en de onderzochte variabelen.

Conclusie

Uit dit onderzoek is gebleken dat 27 van de 28 deelnemende patiënten met hyperthyreoïdie vermoeidheid ervaren. Deze patiënten zijn significant meer vermoeid dan de gezonde populatie. Persoonlijke factoren lijken niet geassocieerd te zijn met de mate van vermoeidheid.



Monique de Wildt - Beckers

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
Specialisme: AGZ polikliniek interne geneeskunde:
endocrinologie en vasculaire geneeskunde.
m.beckers@cwz.nl

Praktijkopleiders

Dr. M. Vermeulen, endocrinoloog
Mw. M. Boom, verpleegkundig specialist

Patiëntengroep

Patiënten met schildklierproblematiek en patiënten met diep veneuze trombose.

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Het poliklinisch begeleiden en behandelen van patiënten met schildklierproblematiek.
- Het poliklinisch begeleiden en behandelen van patiënten met diep veneuze trombose
- Deelname aan MDO en regionale besprekingen

Onderwijs

- Deskundigheidsbevordering van diverse professionals

Overige taken

- Kwaliteitszorg en zorginnovatie

Onderzoek

- Onderzoek naar vermoeidheid bij patiënten met hyperthyreoïdie.

JENNEKE VAN DEN BERG

TIJDIG VERWIJZEN VAN COMPLEXE WONDZORG. EEN ONDERZOEK NAAR HET PERCENTAGE EN DETERMINANTEN VAN (NIET-)'TIJDIGE' VERWIJZING VAN COMPLEXE WONDZORG IN DE 1E LIJN.



'Tijdige' doorverwijzing van een patiënt met een complexe wond wordt beschouwd als een voorspeller voor de beste uitkomst voor de patiënt. Diens kwaliteit van leven wordt sterk verbeterd wanneer er binnen drie weken doorverwezen wordt naar het ziekenhuis als de wond geen genezingstendens vertoont. De indruk is dat huisartsen na drie weken onvoldoende wondgenezing, 'te laat' of 'helemaal niet' doorverwijzen naar het ziekenhuis. Dit onderzoek werd uitgevoerd om, ten eerste, inzicht te krijgen in het percentage patiënten met complexe wondzorg (categorie III) die langer dan de door de kwaliteitstandaard aangegeven periode van drie weken thuis worden doorbehandeld en, ten tweede, of hoge leeftijd, co-morbiditeit en het alleen wonen hierop van invloed zijn.

Methode

Door middel van retrospectief dossieronderzoek naar de 'indeling van wondzorg-categorieën' werd onderzocht hoeveel patiënten 'tijdig' en 'te laat' of 'helemaal niet' werden verwezen. De primaire uitkomstmaten waren de aantallen en percentages van de patiënten die 'tijdig' en 'niet tijdig' waren verwezen; de secundaire uitkomstmaten waren de invloeden van hoge leeftijd, co-morbiditeit en het alleen wonen.

Resultaten

In totaal werden er 54 dossiers geïncludeerd. Bijna een kwart van de patiënten met wondzorgcategorie III vertoonde genezingstendens binnendrie weken (24%, n=13). Slechts twee patiënten bleken 'tijdig' te zijn doorverwezen (4%). De grootste groep is de groep 'niet tijdig' verwezen patiënten (72,2%, n=39/54), hetzij 'te laat' (43%, n = 23) of 'helemaal niet' (30%, n = 16). In 25 (64%) van de gevallen dat niet 'tijdig' was verwezen vond de wondexpert het 'niet terecht'. Er bleek geen

significant verschil tussen 'te laat' verwijzen of 'helemaal niet' verwijzen wat betreft de invloed van 'hoge leeftijd' ($p > 0.833$), 'co-morbiditeit' ($p > 0.503$) en het 'alleen wonen' ($p > 0.752$).

Conclusie

Dit onderzoek laat zien dat weinig van de geïncludeerde patiënten met een complexe wond met onvoldoende genezingstendens conform de richtlijn waren doorverwezen en dat wondexperts het vaak niet terecht vonden dat er 'niet tijdig' was doorverwezen. Factoren zoals hoge leeftijd, co-morbiditeit en alleen wonen hadden geen significante invloed op 'te laat' en 'helemaal niet' doorverwijzen. Redenen om niet door te verwijzen dienen met de patiënt te worden besproken en als behandeldoel te worden vastgelegd. Het verdient de aanbeveling te inventariseren wat nodig is voor een goede communicatie tussen huisarts en patiënt, voor het bespreken, opstellen en bijstellen van het behandeldoel – en na te gaan in hoeverre de richtlijn bij de huisarts bekend is. Dit onderzoek kan als nulmeting dienen voor een nieuw onderzoek na een jaar zodat de resultaten met elkaar kunnen worden vergeleken, om het gehele proces rondom wondzorg binnen de keten te verbeteren.



Jenneke van den Berg

ZZG Zorggroep, wijkverpleging, revalidatiezorg en wonen met zorg
Specialisme: Complexe wondzorg
j.vandenberg@zzgzorggroep.nl

Praktijkopleiders

Mw. Marij de Groen, verpleegkundig specialist
Mw. Jeannette Roeleveld, verpleegkundig specialist

Patiëntengroep

Cliënten of patiënten in de wijk, revalidatiecentra en verpleeghuizen met (complexe) wonden zoals diabetische voet ulcus, decubitus, ulcus cruris, trauma- chirurgische en oncologische wonden.

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Consulten (diagnostiek en behandeling), aanspreekpunt voor (wond)verpleegkundigen, opstellen/bijstellen behandelplan, necrosectomie.

Onderwijs

- Het geven van Scholing en klinische lessen, coaching on the job.

Onderzoek

- Vervolg op het afstudeeronderzoek: "Tijdig verwijzen in de 1e lijn"

Overige taken

- Beleid, aansturing team wondverpleegkundigen, coördinator regionaal wondnetwerk Nijmegen e.o., lid van V&VN wondexpertise.

WIL BERGWERF

DE OUDERROL BIJ EEN BORDERLINE PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS. ERVARINGEN, BEHOEFTE EN ONDERSTEUNING IN DE HUIDIGE ZORGPRAKTIJK.

Mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) laten een grote verscheidenheid aan symptomen en gedragingen zien, zoals stemmingswisselingen, zwart-wit denken, impulsief gedrag, een negatief zelfbeeld, instabiele relaties en sociaal-maatschappelijke problemen. Uit de literatuur blijkt dat ouders met BPS zich minder competent voelen in de ouderrol – wat kan leiden tot suboptimale zorg voor het kind. Het is niet bekend wat de ervaringen en behoeften zijn van ouders met BPS in relatie tot de ouderrol en of zij hierin voldoende ondersteund worden. Het doel van dit onderzoek is om inzicht in deze ervaringen en behoeften en in de ervaren steun te krijgen. Dit is een eerste stap om passende ondersteuning te kunnen bieden.

Methode

Er is een kwalitatief onderzoekdesign gebruikt door middel van interviews. De onderzoekspopulatie is samengesteld op basis van een doelgerichte steekproef. Het onderzoek bestond uit een éénmalig diepte-interview over de ervaringen van ouders in verschillende fasen van het ouderschap. De topiclijst was gebaseerd op de kenmerken van BPS en een selectie van thema's uit de Levensvaardighedenlijst voor ouders. De interviews werden opgenomen en verbatim getranscribeerd. Dataverzameling en -analyse werden afgewisseld. Na negen interviews werd saturatie bereikt. De codes zijn op inductieve wijze ontwikkeld. Alle ervaringen, behoeften en de ervaren huidige ondersteuning in de zorgpraktijk werden geregistreerd en geanalyseerd.

Resultaten

De negen respondenten (leeftijd 25-42 jaar) vertelden over de eigen ervaringen en behoeften in de ouderrol en de ondersteuning in de huidige zorgpraktijk. Vijf thema's konden worden onderscheiden: de ouderrol, coping, ervaren steun, effect op het kind, en behoeften van de ouders. Respondenten lieten een grote diversiteit aan ervaringen en behoeften zien. Ze bleken met name moeite te hebben met het reguleren van emoties, het verwerken van prikkels en het bieden van structuur. Alle ouders willen goed voor hun kind zorgen en voelen zich hiervoor verantwoordelijk. De resultaten laten zien dat ouders zich geregeld tekort voelen schieten in de zorg voor hun kind(eren), wat leidde tot gevoelens van schuld en schaamte. De omgeving is soms steunend, maar regelmatig wordt steun gemist. Ouders gaven aan meer aandacht te willen van hulpverleners voor de ouderrol, hun kind en de ouder-kind interactie. Uit de interviews blijkt dat de huidige behandeling de copingsvaardigheden in de ouderrol vergroot.

Conclusies

De resultaten van het onderzoek bevestigen het beeld dat ouders met BPS verhoogd kwetsbaar zijn in de ouderrol. Een ruime meerderheid van de geïnterviewde ouders met BPS vond dat er in de huidige zorgpraktijk onvoldoende aandacht is voor hun ouderrol is, en misten ondersteuning. Het is belangrijk dat hulpverleners zelf de ouderrol bespreekbaar maken en goed luisteren naar wat de ouder nodig heeft. Het copingprocesmodel lijkt een goed handvat te bieden. Het is aan te bevelen dat hulpverleners worden geschoold in het bespreken van de ouderrol, opvoeding en ontwikkeling van het kind. Dit kan een goede basis vormen voor de ontwikkeling van een interventie zoals een oudertraining.



Wil Bergwerf

Yulius

Team persoonlijkheidsstoornissen Gorinchem
w.bergwerf@yulius.nl
wfbergwerf@gmail.com

Praktijkopleiders

Gert Sterrenburg, psychiater
Irma de Hoop, verpleegkundig specialist GGZ
Jeroen Ruis, verpleegkundig specialist GGZ

Patiëntengroep

Volwassenen met (vermoeden van) een persoonlijkheidsstoornis.

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- regiebehandelaar van patiënten
- (intake, diagnostiek, behandeling, afsluiting).
Daarnaast leid ik de vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (VERS-I, VERS-II) en schematherapie.

Onderwijs

- deskundigheidsbevordering over huiselijk geweld en kindermishandeling en deskundigheidsbevordering in thema attitude en bejegening.

Onderzoek

- De ouderrol bij een borderline persoonlijkheidsstoornis. Ervaringen, behoeften en ondersteuning in de huidige zorgpraktijk. Eerdere onderzoeken: 'consultatie vanuit de GGZ aan huisartsen' en 'Psychiatrische consultatie aan verpleeghuizen'.

Overige taken

- Aandachtsfunctionaris huiselijk geweld en kindermishandeling.

TRUDY VAN DEN BOGERT

TRANSMURALE OVERDRACHT PALLIATIEVE ZORG. EEN NULMETING NAAR DE HUIDIGE SCHRIFTELIJKE OVERDRACHT VAN ZORG VANUIT HET ZIEKENHUIS NAAR DE THUISZORG VOOR DE PALLIATIEVE PATIËNT.

Patiënten in de laatste levensfase hebben de voorkeur om de laatste maanden thuis door te brengen. Zij ontvangen vaak enige vorm van palliatieve zorg. Deze zorg richt zich op het voorkomen en verlichten van lijden door speciale aandacht voor pijn en andere dimensies van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard. Overdrachtsmomenten zijn risicovol: Een goede overdracht bij de transitie van vanuit het ziekenhuis naar huis patiënten in de laatste levensfase is van belang om heropnames te voorkomen. Het onderzoek is uitgevoerd om na te gaan welke items van multidimensionale zorg en proactieve zorgplanning herkenbaar zijn in de huidige schriftelijke overdracht voor palliatieve patiënten in de laatste levensfase bij ontslag vanuit het ziekenhuis Rivierenland Tiel naar thuiszorgorganisatie Santé partners. Daarnaast is onderzocht of bepaalde hiaten in deze schriftelijke overdracht van invloed zijn op de door de patiënt ervaren symptoomlast in de eerste dagen na ontslag.

Methode

Het design bestond uit een kwantitatief observationeel onderzoek door middel van een dwarsdoorsnede onderzoek. Wijkverpleegkundigen werden benaderd om in de periode van medio januari 2019 tot begin april 2019 vragenlijsten in te vullen over de kwaliteit van de schriftelijke overdracht bij palliatieve patiënten. Daarna werd door middel van de vragenlijst Palliative Care Outcome Scale (POS)- staf de symptoomlast geanalyseerd.

Resultaten

In totaal werden 41 schriftelijke overdrachten aangemeld. Aan de hand van de Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT) hebben wijkverpleegkundigen er 14 geïncludeerd. In het grootste deel van de overdrachten was voornamelijk aandacht voor informatie over de fysieke dimensie. Daarnaast bleek dat de mate van spiritualiteit in geen enkele schriftelijke overdracht beschreven

werd. Tevens werden levenseindebeslissingen en de gewenste plaats van overlijden bijna niet genoemd. Een groot deel van de patiënten had klachten als angst, zorgen van familieleden, en praktische problemen in de eerste dagen na ontslag, maar deze waren niet vaak gemeld in de schriftelijke overdracht. Er is geen samenhang gevonden tussen in meer of mindere mate benoemde multidimensionale items uit de schriftelijke overdracht en de klachten die patiënten ervaren in de eerste dagen na ontslag.

Conclusie

Deze studie heeft meer kennis opgeleverd over de kwaliteit van de schriftelijke overdracht. Patiënten in dit onderzoek ervaren fysieke, psychosociale en spirituele klachten. Daarnaast gaf deze studie inzicht in de mate van praktische problemen die door patiënten werden ervaren in de eerste dagen na ontslag uit het ziekenhuis. Verder gaf deze studie inzicht in de kwetsbaarheid van de palliatieve patiënt in de laatste levensfase in de eerste dagen na ontslag. Aandacht wordt gevraagd voor het meer toespitsen van de schriftelijke overdracht op multidimensionale items om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen. Daarnaast verdient het de aanbeveling om proactieve zorgplanning onderdeel te laten zijn binnen de transitie van zorg voor palliatieve patiënten in de laatste levensfase.



Trudy van den Bogert

STMR

Specialisme: AGZ/ palliatieve zorg
tvandenbogert@stmr.nl

Praktijkopleider

Drs. B. Ekdom, SO en kaderarts palliatieve zorg te Tiel (SZR)

Patiëntengroep

Patiënten thuis, binnen kleinschalige woonvormen en hospicezorg die enige vorm van oncologische en palliatieve zorg nodig hebben.

Specifieke werkzaamheden

Palliatieve zorg omvat behandelingen bij een levensbedreigende aandoening of bij kwetsbaarheid, bijvoorbeeld bij het naderende levenseinde.

Patiëntenzorg

- Coördinatie van zorg en/of begeleiding in de gehele patient journey. Een specifiek deel van de behandeling wordt in overleg over genomen (bijvoorbeeld ascitespuncties thuis, behandeling van pijn en andere symptomen passend bij complexe palliatieve zorg).

Onderwijs:

- Trainen aandachtvelders palliatieve zorg en stervensfase.
- Scholing aan huisartsen omtrent complexe symptomen in de palliatieve fase (zoals dyspnoe, misselijkheid en braken, ileus en acute massale bloeding).
- Bijdrage aan diverse vervolgoopleidingen.

Onderzoek

- Observationeel onderzoek naar ervaren symptoomlast door patiënten na ontslag vanuit het ziekenhuis naar huis.

Overige taken

- Consulent palliatieve zorg voor het IKNL. Detachering vanuit Santé partners naar het Jeroen Bosch Ziekenhuis.
- Ambassadeur voor PaTz Nederland voor IKNL, vroegsignalering palliatieve zorg in de eerste lijn.

FLEUR BRIENEN

GEEN DAGEN TOEVOEGEN AAN HET LEVEN, MAAR LEVEN AAN DE DAGEN. EEN KWANTITATIEF ONDERZOEK NAAR DE LAST DIE PATIËNTEN MET EEN GLIOM ERVAREN OP DE INTEGRALE GEZONDHEIDSTOESTAND.

Gliomen zijn primaire tumoren van de hersenen. De behandeling bestaat meestal uit chirurgie, gevolgd door bestraling en chemotherapie. Gliomen zijn kwaadaardig, wat betekent dat men uiteindelijk overlijdt aan de gevolgen van de tumor. De zorg en behandeling richten zich op het verlengen van het leven, het verlichten van symptomen, en het ondersteunen van het functioneren in het dagelijks leven. Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in welke mate patiënten met een glioom ziektelast ervaren op de integrale gezondheidstoestand. De integrale gezondheidstoestand is het overkoepelende concept dat bestaat uit: fysiologisch functioneren, symptomen/klachten, beperkingen in het dagelijks leven, kwaliteit van leven en het verwerkingsproces.

Methode

De onderzoekspopulatie bestond uit 50 patiënten die gediagnosticeerd zijn met een glioom. Het betrof alle patiënten die in de periode van januari tot en met maart 2019 onder behandeling waren in het Radboudumc. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is gebruikgemaakt van een kwantitatief beschrijvend design. De uitkomstmaat is de integrale gezondheidstoestand, gemeten met de online vragenlijst Nijmegen Clinical Screening Instrument (NCSI). De NCSI biedt een verdiepende en gedetailleerde analyse van de integrale gezondheidstoestand, de ziektelast en de mate van adaptatie aan de ziekte. De NCSI is verdeeld in 10 subdomeinen.

Resultaten

De resultaten lieten een klinisch relevant probleem zien bij 74% van de patiëntenpopulatie in het subdomein kwaliteit van leven; bij 60% in het subdomein

subjectieve beperkingen, en bij 58% in het subdomein vermoeidheid. Patiënten met een laaggradig glioom (LGG) hadden zowel meer ziektelast op het gebied van gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven ($p=,017$) en van sociale relaties dan patiënten met een hooggradig glioom (HGG) ($p=,005$). Meer vrouwen dan mannen benoemden pijn ($p=,014$) en emotie rondom pijn ($p=,009$). Epilepsie werd vaker gemeten in de leeftijdscategorie 20-39 jaar dan in de leeftijdscategorieën 40-59 en >60 ($p=,017$). Patiënten met een hoger opleidingsniveau hadden meer last van epilepsie dan patiënten met een lager- en middelbaar opleidingsniveau ($p=,024$). Patiënten met een lager- en hoger opleidingsniveau ervaren een lagere kwaliteit van leven dan patiënten met een middelbaar opleidingsniveau ($p=,036$). In de follow-up fase ervaren patiënten meer ziektelast dan patiënten in de behandelfase ($p=,048$). Meer patiënten met een HGG dan patiënten met een LGG benoemden pijn ($p=,016$) en emotie rondom pijn ($p=,022$). Patiënten scoorden in het verwerkingsproces het hoogst op het gebied van acceptatie met een gemiddelde van 2,6 op een schaal van 1 tot 4. Er werd een statistisch significant verschil gevonden op het gebied van verzet in relatie tot de tumorgradering ($p=,009$) en de KPS ($p=,025$).

Conclusie & aanbevelingen

Bij de meerderheid van de patiënten werd in de domeinen kwaliteit van leven en beperkingen in het dagelijks leven een klinisch relevant probleem vastgesteld. Daarnaast is vermoeidheid een belangrijk symptoom dat de ziektelast beïnvloedt. De graad van de tumor bleek van grote invloed op de integrale gezondheidstoestand. Deze studie geeft een eerste inzicht in welke mate patiënten met een glioom last ervaren op de integrale gezondheidstoestand. Het is aan te bevelen, vervolgonderzoek te doen bij een grotere groep patiënten zodat de bevindingen bevestigd kunnen worden.

Radboudumc

Fleur Brienen

Radboudumc

Specialisme: Intensieve zorg

Fleur.brienen@radboudumc.nl

Praktijkopleiders

Dr. A.C. Kappelle, Neuroloog

Mw. S. Bossmann, Verpleegkundig specialist
neuro-oncologie

Patiëntengroep

Neuro-oncologie

Specifieke werkzaamheden

- Begeleiding aan palliatieve patiënten met een hersentumor en hun naasten.
- Verrichten van medisch en verpleegkundig anamnese/onderzoek zo nodig medicamenteuze beleid aanpassen.
- Bewaken kwaliteit van zorg.
- Coördinatie van zorg voor patiënten met een palliatieve ziekte.
- Samenwerking met huisartsen en andere specialisten.
- Geven van scholingen aan HBOV-studenten en Vervolgopleidingen neurologie en oncologie.

LORRAINE VAN DER BRUGGEN

DE KLINIMETRISCHE EIGENSCHAPPEN VAN EEN NIEUW INSTRUMENT VOOR SCREENEN EN BEHANDELEN VAN ONDERVOEDING & HET REFEEDINGSYNDROOM BIJ GEBRUIK VAN DRUGS EN ALCOHOL: SORDA.

In vele verslavingsklinieken is weinig aandacht voor het adequaat herkennen en behandelen van zowel ondervoeding als het refeedingsyndroom bij patiënten met een alcohol/drugsverslaving. De gevolgen van deze syndromen kunnen ernstig zijn, zoals cardiovasculaire- en neurologische complicaties, verlies van kwaliteit van leven, en zelfs eerder overlijden. Omdat er geen betrouwbare screeningsinstrumenten en behandelrichtlijnen voor deze patiëntengroep bestonden, is een nieuw instrument (genaamd SORDA) geconstrueerd door Verpleegkundige in opleiding tot Specialist (VioS). De SORDA kan zowel risicopatiënten met ondervoeding en het refeedingsyndroom herkennen, alsook een behandelbeleid voorstellen. De SORDA is echter nog niet getest in de praktijk.

Doelstelling

Het vaststellen van de betrouwbaarheid, praktische toepasbaarheid en validiteit van de SORDA.

Methode

Dit pilotonderzoek had een dwarsdoorsnede design waarbinnen een aantal klinimetrische bepalingen werden verricht, namelijk: interbeoordelaars-betrouwbaarheid, praktische toepasbaarheid en concurrente validiteit. Daarnaast werden met de SORDA frequenties bepaald van verschillende voedingsstatussen. De interbeoordelaars-betrouwbaarheid werd vastgesteld door 15 voedingsstatussen opnieuw te bepalen; de mate van overeenkomst werd uitgedrukt in Cohen's kappa. De praktische toepasbaarheid werd vastgesteld door middel van een vragenlijst (afgeleid van het meetinstrument determinatie van innovaties (MIDI) die door 21 medewerkers was ingevuld. De concurrente validiteit werd vastgesteld door correlatieanalyses en

de mate van samenhang werd uitgedrukt met een Phi coëfficiënt; de dichotome variabelen waren de refeedingsyndroomgroepen gemeten met de SORDA en de NICE-criteria. De Pearson Chi-Square test is gebruikt voor het vaststellen van statistische verschillen. De onderzoekspopulatie bestond uit 88 patiënten. De onderzoeksperiode was van 10 december 2018 tot en met 29 maart 2019, verslavingskliniek van IrisZorg (locatie Zevenaar).

Resultaten

Deze pilotstudie toonde een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ($Kappa=0,792$, $p<0,001$). De medewerkers waren overwegend positief over de toepasbaarheid van de SORDA, zowel over de innovatie zelf als het gebruik. Er werd één nadeel ervaren; men was niet tevreden over de tijd die de organisatie beschikbaar stelt om de SORDA te integreren in het werk. De geanalyseerde correlatiecoëfficiënt tussen de SORDA en de NICE-criteria was laag ($\phi=0,458$, $p<0,001$). Een extra correlatieanalyse, nadat aan de SORDA de risico-indicator 'voedselinname <5 dagen' werd toegevoegd en de risico-indicatoren 'protonpompremmers' en 'verlaagd BMI' werden verwijderd, toonde een hoge correlatiecoëfficiënt ($\phi=0,811$, $p<0,001$). Met de SORDA werd vastgesteld dat veel patiënten naast hun verslaving, mogelijk lijden aan ondervoeding ($n=64$, 73%). Van deze 64 werden 22 (25%) patiënten aangemerkt als risicopatiënt voor het ontwikkelen van het refeedingsyndroom.

Conclusie en aanbeveling

Deze pilotstudie suggereert zowel een uitstekende betrouwbaarheid van de SORDA alsook goede mogelijkheden voor de toepasbaarheid van de SORDA in een verslavingskliniek. Daarentegen impliceert dit onderzoek een zwakke validiteit van de SORDA. Mogelijk zou de validiteit van de SORDA verbeterd kunnen worden door de risico-indicator 'voedselinname <5 dagen' toe te voegen en de risico-indicatoren 'protonpompremmers' en 'verlaagd BMI' te verwijderen. Echter, er is voorzichtigheid geboden met interpretatie van deze uitkomsten omdat dit onderzoek een pilotstudie is en de validiteitsbepaling van de SORDA moeilijk te doorgronden is.

IRISZORG

Lorraine van der Bruggen

IrisZorg

Specialisme: Geestelijke gezondheidszorg,

Expertisegebied: verslavingszorg

Email: l.bruggen@iriszorg.nl

Praktijkopleider

Maarten Belgers, verslavingsarts

Patiëntengroep

volwassenen met een verslaving (alcohol/drugs)

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Zelfstandig verrichten van verpleegkundige, medische en psychologische diagnostiek en uitvoeren/aansturen/delegeren van de daaruit voortvloeiende behandeling van zorgvragers met een verslaving vaak gecombineerd met andere psychiatrische stoornissen.

Deskundigheidsbevordering

- Screenen en behandelen van de voedingsgerelateerde stoornissen ondervoeding en het refeedingsyndroom.

Onderzoek

- De klinimetrische eigenschappen van een nieuw instrument voor Screenen en behandelen van Ondervoeding & het Refeedingsyndroom bij gebruik van Drugs en Alcohol, in een verslavingskliniek: SORDA.

ANTONET VAN DONGEN

GEZONDHEIDSPROBLEMEN VAN CLIËNTEN IN VERSLAVINGSZORG BIJ RODERSANA POLIKLINIEK EINDHOVEN. EEN BESCHRIJVEND DOSSIERONDERZOEK

Problematisch gebruik van alcohol, cannabis en cocaïne gaat gepaard met meerdere en ernstige gezondheidsproblemen en vroegtijdig overlijden. Binnen de GGZ en verslavingszorg verdienen somatische problemen meer aandacht. Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de gezondheidsproblemen van cliënten in verslavingszorg bij Rodersana polikliniek Eindhoven, om te kunnen bepalen of somatische problemen extra aandacht verdienen.

Inleiding

Problematisch gebruik van alcohol, cannabis en cocaïne gaat gepaard met meerdere en ernstige gezondheidsproblemen en vroegtijdig overlijden. Binnen de GGZ en verslavingszorg verdienen somatische problemen meer aandacht. Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de gezondheidsproblemen van cliënten in verslavingszorg bij Rodersana polikliniek Eindhoven, om te kunnen

bepalen of somatische problemen extra aandacht verdienen.

Methode

Voor deze kwantitatieve studie vond een dwarsdoorsnede dossieronderzoek plaats op polikliniek Eindhoven. Van de 83 cliënten in behandeling in maart 2019 hadden 70 goedkeuring gegeven voor het verzamelen van geanonimiseerde gegevens over sociaal demografische kenmerken, verslavingskenmerken, psychiatrische comorbiditeit, somatische problemen en medicatie. Het statistisch computerprogramma SPSS is gebruikt voor de data-analyse.

Resultaten

Gemiddeld waren cliënten tien jaar gebruiker voordat men hulp zocht bij Rodersana voor alcohol (54%), cocaïne (17%), cannabis (13%) of overige verslavingen. De helft was eerst in klinische behandeling bij

Rodersana (51%) en medisch beoordeeld; van de cliënten direct in ambulante behandeling was ruim een derde medisch beoordeeld, (n=24; 36%). Driekwart was man van gemiddeld veertig jaar oud en vrouwen waren gemiddeld rond de vijftig. Relatief meer vrouwen (16/19) dan mannen (22/51) hadden een alcoholprobleem, waarbij vrouwen ondervertegenwoordigd waren in andere dan alcoholproblematiek. Bij de ruime meerderheid was sprake van een middel tot hoog opleidingsniveau, een steunsysteem en sociaal economische stabiliteit. Een hoge ziektelast in vergelijking met de algemene bevolking werd gerapporteerd. Deze was in grote mate vergelijkbaar met de reguliere verslavingszorg: polymiddelengebruik 41%, nicotinegebruik 64% en 60% psychiatrische comorbiditeit (depressie, ADHD, PTSS, angst). De meest gerapporteerde somatische problemen, overwegend bij alcoholproblematiek, waren allergieën (45%), maag- darm- leverklachten (45%), cardiovasculaire klachten (34%), luchtwegen (27%) en neurologische klachten (22%). Bijna twee van elke drie cliënten had somatische en/of psychiatrische medicatie op voorschrift (63%). Ouderen waren ondervertegenwoordigd in de onderzoekspopulatie.

Conclusie

Gezien de aard en omvang van de gezondheidsproblemen van de cliënten wordt een structurele inzet van een systematische medische beoordeling voor alle cliënten bij Rodersana aanbevolen, met specifieke aandacht voor (oudere) cliënten met alcoholproblematiek.

Rodersana

Antoniet van Dongen

Rodersana verslavingszorg, expertisebedrijf van Zorg van de Zaak arbodienstverlening
Specialisme: GGZ verslavingszorg, polikliniek Eindhoven
antonet.vandongen@rodersana.nl

Praktijkbegeleider

Dr. Igor van Laere, sociaal geneeskundige/arts verslavingszorg Rodersana

Cliëntengroep

Cliënten in behandeling voor verslavingsproblematiek in polikliniek Eindhoven

Specifieke werkzaamheden

Individuele behandeling en groepstherapeutische interventies, somatische screening en detoxificatie.

Cliëntenzorg

- Intake, diagnostiek, behandeling: ambulante detoxificatie, cognitieve gedragstherapeutische interventies, psycho-educatie, systemische behandeling, terugvalpreventie, naastendag.

Onderwijs

- Psycho-educatie, detoxificatie en somatiek.

Onderzoek

- Onderzoek naar de gezondheidsproblemen in de populatie van polikliniek Eindhoven.

Overige taken

- Naastentraining (gebaseerde op ACT).

JOKE VAN DRIEL

TELE-MONITORING IN DE BEHANDELING VAN HARTFALEN PATIËNTEN.



Vanuit de polikliniek hartfalen van het Jeroen Bosch Ziekenhuis ontvangen 25 patiënten met hartfalen bij wijze van proef telemonitoring en videocommunicatie. De telemonitoring dient om relevante vitale parameters van de individuele patiënt te monitoren. De videocommunicatie wordt ingezet als instrument om contact te hebben bij afwijkende vitale parameters. Onderzoek naar de effectiviteit van telemonitoring laat wisselende uitkomsten zien, en er is nog weinig bekend is over de ervaringen, wensen en behoefte van patiënten en zorgprofessionals.

Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in de ervaringen, wensen en behoeften van patiënten en zorgprofessionals wat betreft telemonitoring en videocommunicatie in de dagelijkse praktijk, om zo een zorgaanbod te kunnen implementeren dat hierop aansluit.

Methode

In dit kwalitatief onderzoek zijn data verzameld in de periode van februari en maart 2019. Om de patiëntenervaringen in kaart te brengen zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij 10 patiënten aan de hand van een van tevoren opgestelde topiclijst. De ervaringen, wensen en behoeften van zorgprofessionals zijn in kaart gebracht middels een focusgroep (n=5). De interviews en focusgroepsessie zijn op audio-tape opgenomen, waarna woordelijk getranscribeerd. Hierna vond codering plaats door twee onafhankelijke codeurs, met gebruik van het digitale analyseprogramma ATLAS.ti.

Resultaten

Telemonitoring leverde deze patiënten een gevoel op van veiligheid, zekerheid, geruststelling en vertrouwen. Daarnaast kunnen ze door telemonitoring meer hun eigen regie. De telemonitoring helpt echter niet bij het herkennen van klachten en symptomen. De patiënten

gaven aan dat zij telemonitoring willen voortzetten en daarnaast de polibezoeken willen continueren, waarvan de frequentie wel mag worden verlaagd.

De zorgprofessionals uit de focusgroep hebben positieve ervaringen met telemonitoring bij het instellen van medicatie en de tijdsbesparing die het oplevert. Zij zien kansen door de inzet van telemonitoring, maar het is nog niet goed geïntegreerd in de huidige werkprocessen. Een groot mankement is dat het systeem niet communiceert met het elektronisch patiëntendossier. De website wordt als traag en onoverzichtelijk gewaardeerd en het is volgens de zorgprofessionals een vereiste dat patiënten een melding krijgen als ze buiten streefwaarden komen. Tevens willen de zorgprofessionals een melding ontvangen als een patiënt geen meting heeft gedaan.

Er is tijdens de pilot geen ervaring opgedaan met videocommunicatie. De helft van de patiënten en het merendeel van de zorgprofessionals geven aan dat ze dit wel als meerwaarde zouden zien.

Gebrek aan communicatie voor en tijdens de implementatie van de pilot heeft ervoor gezorgd dat er op sommige aspecten niet is voldaan aan verwachtingen van zowel de zorgprofessionals als de patiënten.

Conclusie

Het onderzoek toont aan dat patiënten en zorgprofessionals ondanks de bovengenoemde tekortkomingen, positieve ervaringen hebben met telemonitoring. Ze hebben de wens om telemonitoring na de pilot voort te zetten, maar dan wel met aanpassingen in de functionaliteit van het systeem en in de organisatie van zorg.

Joke van Driel

Jeroen Bosch Ziekenhuis

Specialisme: Intensieve zorg; Cardiologie, Hartfalen
j.v.driel@jbz.nl

Praktijkbegeleiders

drs. J. van Kuilenburg, Cardioloog
N. de Bie, MANP verpleegkundig specialist
Cardiologie.

Patiëntengroep

Patiënten met de diagnose hartfalen

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Poliklinisch spreekuur draaien voor patiënten die onder behandeling zijn vanwege hartfalen, waarin het behandelen van patiënten (medicamenteus); het adviseren (o.a. leefregels) het begeleiden (in de diverse fases van ziek zijn) van patiënten met hartfalen en naasten centraal staat.
- Consultfunctie voor andere disciplines en huisartsen.
- Monitoren van vitale parameters van patiënten thuis, geïnitieerd vanuit het ziekenhuis.

Onderwijs

- Deskundigheidsbevordering van praktijkondersteuners in de regio, gericht op hartfalen en de behandeling hiervan.

Onderzoek

- Kwalitatief onderzoek naar ervaringen, wensen en behoeften van patiënten en zorgprofessionals met telemonitoring in de behandeling van hartfalen.

SYLVIE DUPONT

SHARED DECISION MAKING BINNEN DE NEDERLANDSE AMBULANCEZORG. EEN VERKENNEND SURVEYONDERZOEK.



Shared decision making (SDM) is gezamenlijke besluitvorming door een hulpverlener en een patiënt. Dit omvat een besluit omtrent diagnostiek, behandeling en begeleiding op grond van wetenschappelijk bewijs, klinische expertise van de hulpverlener en de voorkeuren en waarden van de patiënt. Behandeling en besluitvorming binnen de Nederlandse ambulancezorg lijkt voornamelijk ingericht op protocollen en de expertise van de ambulanceprofessionals in plaats van op voorkeuren en waarden van de patiënt. Gezien de norm om te werken op basis van evidence-based practice (EBP) en de veranderde zorgvraag zou SDM waardevol kunnen zijn binnen de ambulancezorg. Het is onbekend wat de Nederlandse ambulanceprofessionals vinden van de toepasbaarheid van SDM binnen de ambulancezorg. Inzicht hierin, en ook in de factoren die de mening beïnvloeden, kan bijdragen aan de eventuele implementatie van SDM, met uiteindelijk een hogere

mate van patiëntgerichte zorg en EBP geven binnen de ambulancezorg.

Methode

Er werd een kwantitatief, exploratief, eenmalig surveyonderzoek uitgevoerd middels een enquête met elf stellingen en vijf demografische variabelen van participanten. De mening van de Nederlandse ambulanceprofessionals over de toepasbaarheid van SDM binnen de Nederlandse ambulancezorg werd als primaire uitkomstmaat gedefinieerd. Als secundaire uitkomstmaat werd de invloed van factoren op deze mening gedefinieerd. De enquête werd digitaal naar contactpersonen binnen ambulancediensten verstuurd en verspreid onder de ambulanceprofessionals. De vijf demografische variabelen en de elf stellingen van de participerende ambulanceprofessionals werden omgezet naar meetbare variabelen. Bij verwerking van de variabelen werd een P-waarde ≤ 0.05 als significant beschouwd. Indien dit het geval was, dan werd er

gemeten hoe sterk de mate van samenhang tussen de variabele en de mening was.

Resultaten

Er werden 506 ingevulde enquêtes geïncludeerd. Deze respons betrof 11,7% van de totale populatie ambulanceprofessionals binnen de acute ambulancezorg. De toepasbaarheid van SDM binnen de geplande, semi-acute en acute ambulancezorg werd als "(helemaal mee) eens" beoordeeld met respectievelijk 73,5%, 80,6% en 53,9%, en als "(helemaal mee) oneens" met respectievelijk 10,3%, 7,3% en 26,1%. De functie binnen de semi-acute ambulancezorg (P 0,010) en het geslacht binnen de geplande ambulancezorg (P 0,038) waren beïnvloedende factoren betreffende over de toepasbaarheid van SDM binnen de ambulancezorg. De mate van samenhang tussen deze variabelen en de mening volgens Cramer V is voor beide factoren zeer zwak.

Conclusie

Uit dit onderzoek bleek dat ambulanceprofessionals binnen de onderzoekspopulatie positief denken over de toepasbaarheid van SDM binnen de ambulancezorg, met name binnen de geplande en semi-acute ambulancezorg. Ondanks dat functie en geslacht van ambulanceprofessionals beïnvloedende factoren hierop waren, is geconcludeerd dat dit binnen de onderzoekspopulatie geldt en mogelijk niet kan worden geëxtrapoleerd naar de totale populatie ambulanceprofessionals in Nederland.



Sylvie Dupont

Veiligheidsregio Gelderland-Zuid
Regionale Ambulance Voorziening Gelderland-Zuid
Specialisme: Ambulancezorg
sylvie.dupont@vrgz.nl

Praktijkopleider

Dr. P. M. van Grunsven. Arts/Medisch manager RAV
Gelderland-Zuid

Patiëntengroep

Septische patiënten en shared decision making met patiënten en hun familie

Specifieke werkzaamheden

Verpleegkundig specialist binnen de ambulancezorg en werkzaam binnen het medisch management ambulancezorg. Beleid, toezicht en uitvoering van patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek.

MAURICE VAN EGMOND

DE VS-GGZ OP DE MPU IN NEDERLAND.



De rol van de verpleegkundig specialist GGZ (VS-GGZ) op de medisch psychiatrische unit (MPU) is nieuw in Nederland. Enkele MPU's werken met een VS-GGZ, maar er is niet goed bekend hoe deze worden ingezet. Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in de wijze waarop de VS-GGZ op de MPU in Nederlandse ziekenhuizen invulling geeft aan de rol binnen het multidisciplinaire team, welke factoren van invloed zijn geweest op de uitoefening van de functie, en welke effecten het heeft gegenereerd. De uitkomsten van dit onderzoek dragen bij aan optimalisering van de invulling van de rol van (regie)behandelaar door de VS-GGZ, werkzaam op de MPU's in Nederland.

Methode

Het onderzoek betrof een kwalitatieve opzet op basis van responsieve evaluatie, waarbij informatie werd verzameld door het afnemen van semi-gestructureerde interviews onder elf onderzoeksdeelnemers, werkzaam op vijf MPU's in Nederlandse ziekenhuizen. De deelnemers waren geselecteerd middels een doelgerichte steekproef.

De interviews werden getranscribeerd, gecodeerd en geanalyseerd met behulp van ATLAS-ti en Microsoft Excel.

De besproken hoofdthema's zijn:

- Taakherschikking
- Rol van de VS-GGZ
- Regiebehandelaar
- Complexiteit van zorg
- Taken en verantwoordelijkheden

Resultaten

In totaal namen elf professionals deel: drie medisch managers; twee psychiaters met beleidstaken, drie VS en drie Verpleegkundige in opleiding tot Specialist (Vios). De uitkomsten laten zien dat er voldoende draagvlak was voor de invoering van de rol van de VS-GGZ. Op twee van de vijf MPU's wordt de VS-GGZ ingezet vanuit de wettelijke kaders met betrekking tot zelfstandige bevoegdheid. Op de andere drie MPU's wordt de VS-GGZ ingezet in het kader van taakdelegatie. De continuïteit en kwaliteit van zorg werd in alle gevallen als verbeterd ervaren en de brugfunctie tussen de artsen en het verpleegkundig team werd als grote meerwaarde gezien. In alle vijf ziekenhuizen was er grote behoefte aan formeel vastgelegd beleid gericht op de specifieke rol van de VS-GGZ op de MPU. Er is sprake van een duidelijke positionering door de VS-GGZ in het kader van professionalisering en leiderschap.

Conclusie

De positionering van de functie van VS-GGZ op de MPU in Nederland bevindt zich nog in de pioniersfase. De invulling van de functie wordt uiteenlopend toegepast en er is in beperkte mate sprake van taakherschikking en uitoefening van zelfstandige bevoegdheden. De wettelijke bevoegdheden van de VS, die per 1 september 2018 definitief zijn geworden, kunnen optimaler toegepast worden.

De functie van de VS-GGZ is uniek, kansrijk en kan uitstekend bijdragen aan de verbetering van de continuïteit en kwaliteit van zorg op MPU's in Nederland.



Maurice van Egmond

ETZ Tilburg, locatie Twee Steden ziekenhuis.
Zorgeneid psychiatrie.
Specialisme: GGZ (Geestelijke gezondheidszorg)
ma.vanegmond@etz.nl

Praktijkopleiders

Mw. L.A.M. de Bont, verpleegkundig specialist
Dhr. D.W.W. de Knijff, psychiater
Dhr. H.J.M. Kuijpers, psychiater en medisch manager
zorgeneid psychiatrie ETZ

Patiëntengroep

Psychiatrie, volwassenen (in het algemeen ziekenhuis).

Specifieke werkzaamheden

Regie- en medebehandelaar op de polikliniek psychiatrie.
Regie- en medebehandelaar op de medisch psychiatrische unit (MPU).

Patiëntenzorg

- Depressieve stoornissen, bipolaire stoornissen, angststoornissen, verslavingsproblematiek.

Onderwijs

- Deskundigheidsbevordering aan verpleegkundig team MPU
- Onderwijs aan coassistenten
- Ontwikkelen richtlijnen en protocollen

Onderzoek

- De VS-GGZ op de MPU in Nederland
- Triage in de spoedeisende verslavingszorg (2011)

Overige taken

- Gastdocent MANP-opleiding Fontys Tilburg

WILLY ERDHUIZEN

ONDERZOEK NAAR HET EFFECT VAN EEN MAALTIJDINTERVENTIE OP DE MAALTIJDBELEVING EN HET WELBEVINDEN VAN BEWONERS VAN VERPLEEGHUIS LIEMERIJE IN ZEVENAAR.



Maaltijden zijn voor verpleeghuisbewoners een integraal onderdeel van het welbevinden, zo blijkt uit onderzoek. De verwachting is dat aandacht voor de maaltijdkeuze, maaltijdbereiding en sfeer rondom de maaltijden bijdragen aan meer maaltijdbeleving en het ervaren van welbevinden. In verpleeghuis Liemerije te Westervoort werd daarom een maaltijdinterventie ontwikkeld waar bewoners en medewerkers actief bij werden betrokken. Het doel van deze studie was om te onderzoeken of deze maaltijdinterventie daadwerkelijk bijdraagt aan een beter maaltijdbeleving en welbevinden bij bewoners.

Methode

Het onderzoeksdesign is een quasi-experimenteel onderzoek gehouden onder bewoners van Liemerije Hamerstaete somatiek. Alle bewoners kregen de maaltijdinterventie aangeboden - bestaande uit aandacht voor de maaltijdkeuze, aandacht voor de maaltijdbereiding en het eten in een familieachtige sfeer - waarbij zij de keuze kregen om wel of niet deel te nemen aan het onderzoek. De maaltijdbeleving werd gemeten met een door Liemerije ontwikkelde vragenlijst met drie schalen: maaltijdkeuze, maaltijdbereiding en maaltijdbeleving. Het welbevinden werd gemeten met de subschaal 'mentaal welbevinden' van de RAND 36-item Health Survey.

Resultaten

Twaalf bewoners namen deel aan een voormeting voorafgaande aan de maaltijdinterventie.

Tien van hen drie mannen en zeven vrouwen met een mediane leeftijd van 86 jaar, namen deel aan de meting na de maaltijdinterventie. De schaal 'maaltijdkeuze' laat zien dat men bij de nameting significant tevredener was dan bij de voormeting ($p = 0,02$). De schalen maaltijdbereiding, maaltijdbeleving en mentale gezondheid laten zien dat men bij de nameting niet significant tevredener was dan bij de voormeting ($p = \geq 0,010$).

Conclusie

De maaltijdinterventie leidt tot een hogere score in de nameting, maar niet tot significant meer tevredenheid bij de deelnemende bewoners. Het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek lijkt aan te tonen dat de meeste bewoners ($n = 9$) meer tevreden zijn over de ingevoerde maaltijdinterventie.

Omdat slechts tien bewoners deelnamen aan de nameting, was de kans op niet significante uitkomsten tussen beide metingen groot.

Aanbeveling

Het verdient aanbeveling om deze studie uit te breiden naar andere afdelingen binnen Liemerije om daarmee de onderzoeksgroep en de betrouwbaarheid van de resultaten te vergroten.



Willy Erdhuizen

Liemerije
Specialisme: Algemene Gezondheidszorg.
willy.erdhuizen@liemerije.nl

Praktijkopleider

Mevr. Drs. G. Locher. Specialist
ouderengeneeskunde.

Cliëntengroep:

Cliënten met een somatische en/of psychogeriatrische aandoening, verblijvend in een verpleeghuis.

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Behandelaar naast de specialist ouderengeneeskunde. Specialisatie: onbegrepen gedrag bij verpleeghuisbewoners.

Onderwijs

- Methodisch werken en de transitie van de zorg naar de regie bij de bewoner.
- Deskundigheids- en kwaliteitsbevordering d.m.v. coaching on the job.

Onderzoek

- Onderzoek naar het effect van een maaltijdinterventie op de maaltijdbeleving en het welbevinden van bewoners van verpleeghuis Liemerije.

Overige taken

- Key-user elektronisch cliënten dossier.
- Beleid en kwaliteitsverbetering t.a.v. methodisch werken.
- Transitie van de zorg naar regie bij de bewoner.

SUZANNE FLEUREN

VOEDSELPROVOCATIE STOPPEN OF DOORGAAN. ONDERZOEK NAAR DE FREQUENTIE EN DETERMINANTEN VAN HET VOORTIJDIG STOPPEN VAN EEN VOEDSELPROVOCATIE BIJ KINDEREN.

Voedselprovocaties worden in dagbehandeling in het Elkerliek ziekenhuis te Helmond uitgevoerd bij kinderen die verdacht worden van een allergie voor een bepaald voedingsmiddel. Door in opbouwende hoeveelheid het verdachte voedingsmiddel toe te dienen, wordt duidelijk of en in welke mate een kind allergisch is voor dat voedingsmiddel. Zowel open als dubbelblinde voedselprovocaties worden regelmatig voortijdig gestopt voordat alle hoeveelheden voedingsmiddel toegediend zijn. Het gevolg hiervan is, dat niet duidelijk is of een kind daadwerkelijk allergisch is voor een bepaald voedingsmiddel en welke hoeveelheid voedingsmiddel een kind wel veilig zonder klachten of zonder ernstige reacties zou kunnen verdragen.

Doelstelling

Het onderzoek werd uitgevoerd om inzicht te verkrijgen in hoe vaak een voedselprovocatie op de dagbehandeling van afdeling kind en jeugd in het Elkerliek ziekenhuis voortijdig gestopt wordt en welke factoren bijdragen aan het voortijdig stoppen. Met deze kennis kan het hele proces voor, tijdens en na een voedselprovocatie voor kinderen en hun ouders worden verbeterd.

Methode

De frequentie en de determinanten van het voortijdig stoppen van een voedselprovocatie werden onderzocht door middel van een kwantitatief dossieronderzoek. In het medisch dossier van alle kinderen die in de periode van 1 januari 2018 tot en met 31 december 2018 een voedselprovocatie hebben ondergaan op afdeling kind en jeugd van het Elkerliek ziekenhuis werd nagegaan of zij voortijdig gestopt zijn met de voedselprovocatie en wat daar de reden van was.

Resultaten

In totaal werden 61 kinderen (43 jongens en 18 meisjes) geïnccludeerd met een gemiddelde leeftijd van 4 jaar en drie maanden. Twintig kinderen stopten voortijdig met de voedselprovocatie. Dit waren 15 jongens en 5 meisjes. Het geslacht bleek niet van invloed te zijn op het voortijdig stoppen. De mediane leeftijd van kinderen die voortijdig gestopt zijn met de voedselprovocatie bedroeg 4 jaar en drie maanden (range: 0-16) en van kinderen die niet voortijdig gestopt zijn 1 jaar (range: 0-15). De kinderen die voortijdig stopten waren significant ouder dan de kinderen die niet voortijdig stopten. De soort voedselprovocatie (open of dubbelblind) en het hebben van objectieve of subjectieve klachten bleken niet geassocieerd te zijn met het voortijdig stoppen. De aard van het geprovoceerde voedingsmiddel was duidelijk significant gerelateerd aan het voortijdig stoppen.

Conclusie

Bij een derde van de kinderen in dit onderzoek werd de voedselprovocatie voortijdig gestopt. Dit kwam het meest voor bij de oudere kinderen, en ook de aard van het geprovoceerde voedingsmiddel speelde een belangrijke rol. Het is aan te bevelen om bij kinderen met verdenking van een voedselallergie op een zo jong mogelijke leeftijd een voedselprovocatie uit te voeren.

Suzanne Fleuren

Elkerliek ziekenhuis te Helmond
Specialisme: Verpleegkundig specialist
kinderallergologie
sfleuren@elkerliek.nl

Praktijkopleiders

Dr. M.A. Breukels, kinderarts
Drs. M.R. Faber, kinderarts

Patiëntengroep

Kinderen van 0-18 jaar met voedselallergie en/ of allergische aandoeningen van de luchtwegen.
Kinderen van 0-18 jaar met eczeem.

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Organisatie, coördinatie en afnemen van voedselprovocatietesten op afdeling kind en jeugd.
- Indicatiestelling, coördinatie en uitvoeren van het totale proces rondom immunotherapie (desensibilisatie).
- Organisatie en participatie in het kinder eczeemspreekuur op de polikliniek kindergeneeskunde.
- Poliklinisch begeleiden en behandelen van kinderen met voedselallergie en/ of allergische aandoeningen van de luchtwegen.

Onderwijs

- Verzorgen van scholing, voorlichting en trainingen aan interne en externe hulpverleners.

Overige taken

- Kwaliteitszorg. Implementeren van kwalitatieve verbeteringen van de zorgverlening aan de patiëntencategorie.

TAMARA HAGEN

VOORSPELLENDEN FACTOREN VOOR EEN POSTPARTUM DEPRESSIE BIJ PATIËNTEN OP DE POP POLIKLINIEK, AFDELING PSYCHIATRIE.

In Nederland bestaan verschillende POP (Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie) poliklinieken. Men kan hier terecht bij een zwangerschap in combinatie met psychiatrische klachten. Op de POP van het Radboud UMC werd geen gebruik gemaakt van de voorspellende factoren die bekend zijn in de literatuur voor het krijgen van een postpartum depressie (PPD).

Het doel van dit onderzoek was om inzicht krijgen in de voorspellende factoren voor een PPD om vervolgens te bepalen welke patiënten een groter risico lopen. Met die kennis kan de afdeling psychiatrie bij binnenkomst al een beter behandelplan opstellen voor patiënten met een verhoogd risico op PPD.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in de voorspellende factoren voor een PPD bij patiënten die de POP polikliniek bezoeken. Hierdoor kan vastgesteld worden welke patiënten een groter risico lopen, zodat we dit vanuit het eerste gesprek al mee kunnen nemen in een behandelplan.

Methode

Een kwantitatieve studie waarbij een dossieronderzoek werd uitgevoerd. Dit werd gedaan bij vrouwen die de POP polikliniek van het Radboud UMC bezochten tussen september 2018 en maart 2019. De dataverzameling is retrospectief in april 2019 uitgevoerd. Er werd gebruik gemaakt van de uitkomsten van de Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS). Bij een score hoger dan 13 op de EPDS werd er een Structured Clinical Interview Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (SCID) afgenomen om betrouwbare diagnostiek naar PPD

te doen. Beschrijvende statistiek en analyses naar de samenhang tussen PPD en voorspellende factoren is gedaan met behulp van SPSS. De voorspellende factoren die bekend zijn uit de literatuur en waar onderzoek naar is gedaan, waren pre-menstruele klachten, trauma's in de jeugd, psychische klachten tijdens eerdere zwangerschappen, psychische klachten bij familieleden in de 1e graad in de zwangerschap, verslaving, persoonlijkheidstrekken, depressie en angst in de voorgeschiedenis. Vanwege het kleine aantal deelnemers (N=16) en de daardoor scheve verdeling van de uitkomsten, werd er gekozen voor een non-parametrische toets, namelijk de Mann-Witney toets. Daarnaast is de Chi-kwadraattoets gebruikt voor het toetsen van de nominale variabelen. Daarmee werd getoetst of de variabelen een relatie hebben met het ontwikkelen van een PPD.

Resultaten

In totaal werden 16 vrouwen geïnccludeerd. Twee van hen ontwikkelden een PPD. Uit het onderzoek kwam geen statistische significantie naar voren. Geen van de voorspellende factoren hing samen met het ontwikkelen van een PPD.

Conclusie

Uit dit onderzoek kwamen geen voorspellende factoren voor een PPD naar voren. Het is wel gebleken dat trauma's in de kindertijd en depressie in de zwangerschap veel voorkwamen bij patiënten die de POP polikliniek bezochten. De hoge frequentie van deze voorspellende factoren maakt duidelijk dat de patiënten van de POP polikliniek een complexe en specialistische groep vormen. Het is o.a. aan te bevelen dat bij het intakegesprek de traumavragenlijst afgenomen wordt.

Radboudumc

Tamara Hagen

RadboudUMC

Specialisme: geestelijke gezondheidszorg

Tamara.Hagen@radboudumc.nl

Praktijkopleiders

Gabriël Roodbol MANP, verpleegkundig specialist

ggz

Dr. Philip van Eijndhoven, psychiater

Patiëntengroep

Volwassenpsychiatrie, specialisme zwangerschap gerelateerde psychiatrie

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

Diagnostiek, advies en behandeling.

Pre-conceptioneel, tijdens de zwangerschap en postpartum.

Onderwijs

Bij de Radboudumc Health Academy verzorg ik de lessen aan obstetrieverpleegkundigen over psychiatrie en de lessen van de vervolgopleiding ziekenhuispsychiatrie over zwangerschap gerelateerde psychiatrie.

Overige taken

Recent onderzoek naar voorspellende factoren voor een postpartum depressie bij patiënten op de POP polikliniek.

CHANTAL HARTJES

OPNAMEDUUR VAN PATIËNTEN MET COLORECTAAL CARCINOOM: LANGER DAN MEDISCH NOODZAKELIJK?



Op de afdeling gastro-intestinale chirurgie van het Rijnstate ziekenhuis te Arnhem zijn voornamelijk patiënten met colorectaal carcinoom opgenomen. De indruk bestaat dat deze na een resectie vanwege colorectaal carcinoom vaak langer zijn opgenomen dan medisch noodzakelijk. De doelstelling van dit onderzoek is nagaan wat het percentage patiënten is, met een langere opnameduur dan medisch noodzakelijk en het aantal dagen dat deze langer zijn opgenomen dan medisch noodzakelijk. Ook is nagegaan wat de oorzaken zijn van de langere opnameduur dan medisch noodzakelijk.

Methode

Het betrof een retrospectief cohortonderzoek op basis van gegevens uit de medische en verpleegkundige dossiers van postoperatieve patiënten van het Rijnstate ziekenhuis die tussen 1 januari 2017 en 1 januari 2018 een resectie hebben ondergaan vanwege een colorectaal carcinoom. De verwachte

ontslagdatum werd vastgesteld met behulp van het Dutch Appropriate Evaluation Protocol in combinatie met de ontslagcriteria uit het Enhanced Recovery After Surgery Protocol. Op basis hiervan werd bepaald of er sprake was van een langere opnameduur dan medisch noodzakelijk en het aantal dagen daarvan. Vervolgens werd de groep patiënten met een langere opnameduur dan medisch noodzakelijk en de groep patiënten met een opnameduur niet langer dan medisch noodzakelijk vergeleken op verschillende patiëntkenmerken zoals geslacht, leeftijd en type operatie. Ten slotte is in de dossiers gezocht naar de mogelijke oorzaken van de langere opnameduur.

Resultaten

In totaal voldeden 191 patiënten aan de inclusiecriteria voor deze studie. Er werden 50 patiënten geselecteerd door middel van een aselechte steekproef. Het bleek dat 20 van deze 50 patiënten (40%) langer opgenomen waren dan medisch noodzakelijk. Deze langere

opnameduur bedroeg bij zestien patiënten één dag en bij vier patiënten twee dagen. Er was geen significant verschil in patiëntkenmerken tussen de groep met een langere opnameduur dan medisch noodzakelijk en de groep met een opnameduur niet langer dan medisch noodzakelijk. De belangrijkste oorzaak van een langere opnameduur dan medisch noodzakelijk was de beslissing van de chirurg, die echter niet altijd gebaseerd leek te zijn op medische noodzaak. Bij zes patiënten was er sprake van een combinatie van oorzaken, zoals een niet goed gepland ontslag en te laat aangevraagde zorg na ontslag.

Conclusie

Mogelijk was 40% van de patiënten na een resectie vanwege colorectaal carcinoom langer opgenomen dan medisch noodzakelijk. De duur hiervan was één tot twee dagen. Deze langere opnameduur lijkt niet verklaard te kunnen worden door patiëntkenmerken. De beslissing van de chirurg was de belangrijkste oorzaak. Maar ook een niet goed gepland ontslag en te laat aangevraagde zorg na ontslag kunnen leiden tot een langere opnameduur in het ziekenhuis dan medisch noodzakelijk.

Aanbevolen wordt om bij artsen en verpleegkundigen inzicht en bewustwording te creëren in de oorzaken van de langere opnameduur dan medisch noodzakelijk. Hierdoor kunnen zij hun eigen verantwoordelijkheid nemen in het proces bij de ontslagprocedure om de langere opnameduur dan medisch noodzakelijk te verminderen.



Chantal Hartjes

Rijnstate
Specialisme: Gastro-intestinale chirurgie.
CHartjes@Rijnstate.nl

Praktijkopleiders

Dhr. Dr. B.P.L. Witteman, Gastro-intestinaal, bariatrisch en oncologisch chirurg.
Op afstand: Mw. Drs. Langebeek, Verpleegkundig Specialist HIV en infectieziekten.

Patiëntengroep

Gastro-intestinale chirurgie patiënten, waaronder oncologie patiënten.
Op de polikliniek proctologie patiënten.

Specifieke werkzaamheden

- Artsenvisite op de verpleegafdeling: Gastro-intestinale chirurgie.
- Familiegesprekken voeren.
- Brug tussen care en cure: Coachen en scholing geven aan verpleegkundigen.
- Proctologie polikliniek
- Onderzoek doen binnen de chirurgie.
- Innovatie, implementatie en projecten.
- Verbeteren van kwaliteit van zorg.
- MDO.

NATASJA HEEREMA

PREOPERATIEVE KWETSBAARHEID BIJ OUDEREN MET BORSTKANKER. DE VOORSPELLENDE WAARDE VAN PREOPERATIEVE KWETSBAARHEID VOOR POSTOPERATIEVE COMPLICATIES BIJ VROUWEN VANAF 70 JAAR MET EEN MAMMACARCINOOM.

Na een (borst)operatie kunnen complicaties optreden die kunnen leiden tot een langere opnameduur, een heroperatie en/of heropname. Er zijn aanwijzingen dat de preoperatieve kwetsbaarheid bij ouderen een risicofactor is voor het ontwikkelen van postoperatieve complicaties. Dit onderzoek had een tweeledig doel: ten eerste, nagaan hoe vaak en welke postoperatieve complicaties zich voordeden bij vrouwen vanaf 70 jaar die operatief behandeld zijn vanwege borstkanker; en ten tweede, of de preoperatieve kwetsbaarheid, gemeten met de 'Groningen Frailty Indicator' (GFI), een voorspellende waarde had voor deze postoperatieve complicaties. Met deze kennis kunnen oudere vrouwen met borstkanker in de toekomst mogelijk gerichtere medische en verpleegkundige zorg rondom hun operatie ontvangen.

Methode

Dit betrof een kwantitatief, retrospectief onderzoek betreffende vrouwen vanaf 70 jaar die operatief waren behandeld vanwege borstkanker in de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2018 in Gelre Ziekenhuizen, locatie Apeldoorn. Bij hen wordt standaard preoperatief de GFI afgenomen; bij een GFI-score van 4 of hoger worden zij preoperatief doorverwezen naar de geriater die eventueel interventies inzet om postoperatieve complicaties te voorkomen. Deze doorverwijzingsgroep werd vergeleken met een groep vrouwen met een GFI-score lager dan 4 op de volgende variabelen: postoperatieve complicaties, een verlengde opnameduur, een heropname of een heroperatie ten gevolge van een complicatie.

Resultaten

Bij 97 (44%) van de 223 geïncludeerde vrouwen was preoperatief de GFI afgenomen, en 25 (26%) van hen had een GFI-score van 4 of hoger. Dertien (6%) van hen werden preoperatief doorverwezen naar de geriater, maar onduidelijk is of preoperatief interventies zijn ingezet. In de doorverwijzingsgroep kwam significant vaker een verlengde opnameduur voor alsook een heroperatie ten gevolge van een complicatie, dan in de groep met een GFI-score lager dan 4 (beide p's = 0.02). Het optreden van een postoperatieve complicatie in de categorie 'anders' (bijvoorbeeld COPD/dyspnoe of pneumonie) gaf net geen significant verschil tussen beide groepen (p = 0.051) en de overige complicaties gaven geen significante verschillen (p ≥ 0.16).

Conclusie

Bij dit onderzoek hadden de vrouwen die preoperatief het meest kwetsbaar waren significant vaker een verlengde opnameduur hadden of ondergingen significant vaker een heroperatie ten gevolge van een complicatie. Een beperking van het onderzoek is dat bij minder dan de helft van de onderzoekspopulatie de GFI-score is bepaald. Daarnaast zijn niet allen met een verhoogde GFI-score preoperatief doorverwezen naar de geriater en is het onduidelijk of interventies zijn ingezet bij degenen die wel preoperatief naar de geriater zijn verwezen.

Aanbeveling

Het verdient aanbeveling om preoperatief bij iedere patiënt vanaf 70 jaar de GFI af te nemen en patiënten met een verhoogde GFI-score preoperatief door te verwijzen naar de geriater die gepaste interventies kan inzetten ter voorkoming van postoperatieve complicaties met als gevolg vermindering van heroperaties ten gevolge van een complicatie en een verlengde opnameduur.



Natasja Heerema

Gelre ziekenhuizen, locatie Apeldoorn en Zutphen.
Specialisme: intensieve zorg/mammapathologie
N. Heerema@gelre.nl

Praktijkopleiders

Dr. W. Truin, oncologisch chirurg
C. Zoetbrood, Verpleegkundig Specialist mammacare en oncologie

Patiëntengroep

Vrouwen met benigne en maligne afwijkingen van de mamma(e).

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Poliklinische zorg voor patiënten met afwijkingen aan de borst(en) die worden doorverwezen door de huisarts. Afname anamnese, uitvoeren lichamelijk onderzoek, indiceren aanvullende onderzoeken, uitleggen diagnose en behandelplan. Actieve rol in het multidisciplinair behandelteam en aanspreekpersoon voor de patiënt. Follow-up organiseren en uitvoeren.

Onderwijs

- Na- en bijscholing geven aan de gespecialiseerd verpleegkundigen mammacare en afdelingsverpleegkundigen. Nog verder te ontwikkelen.

Onderzoek

- Kwantitatief dossieronderzoek naar de preoperatieve kwetsbaarheid bij ouderen met borstkanker.

Overige taken

- Nog verder te ontwikkelen.

SHEILA HEMMER

KWANTITATIEF CROSS-SECTIONNEEL ONDERZOEK NAAR SEKSUALITEIT EN HARTFALEN EN DE INFORMATIEBEHOEFTE TEN AANZIEN VAN SEKSUALITEIT ONDER PATIËNTEN VAN DE HARTFALENPOLIKLINIEK.



Hartfalen is een aandoening met een belangrijke impact op het dagelijks functioneren. Veel van de patiënten ervaren ook veranderingen in het seksueel functioneren. Dit wordt geassocieerd met een verminderde kwaliteit van leven. Hoewel richtlijnen adviseren om seksualiteit te bespreken met patiënten die chronisch hartfalen hebben, vindt een dergelijk gesprek in de praktijk niet altijd plaats. Onduidelijk is hoe vaak verstoringen in het seksueel functioneren voorkomen bij patiënten van de hartfalenpolikliniek van ziekenhuis Rijnstate. Ook is onbekend wat hun behoefte aan informatie rondom seksualiteit en hartfalen is en of er factoren zijn die het seksueel functioneren en de informatiebehoefte beïnvloeden.

Doelstelling

Voor zorgverleners inzichtelijk maken hoe het lijden chronisch hartfalen het seksueel functioneren beïnvloedt en welke behoefte er bestaat op het gebied van informatievoorziening op dit vlak. Dit

als vertrekpunt voor het implementeren van een goed onderbouwd organisatorisch kader voor de voorlichting aan patiënten.

Methode

Het is een kwantitatief onderzoek met observationeel, cross-sectioneel design. Deelnemers waren patiënten van de hartfalenpolikliniek Rijnstate. Zij vulden een schriftelijke vragenlijst in. Het seksueel functioneren werd uitgevraagd aan de hand van de 'Sexual Adjustment Scale' (SAS). De mate van informatiebehoefte werd uitgevraagd door middel van de Needs of Sexual Counseling Scale for Chronic Heart Failure' (NSCS-CHF). Op basis van de uitkomsten werden twee groepen onderscheiden: een met wél duidelijke verstoringen in het seksueel functioneren of belangrijke informatiebehoefte en een met géén duidelijke verstoringen of belangrijke informatiebehoefte. Deze groepen werden vergeleken op socio-demografische gegevens en klinische

kenmerken met betrekking tot het hartfalen uit het elektronisch patiëntendossier.

Resultaten

Bijna de helft van de 73 deelnemers (49%) gaf aan dat er zich duidelijke of ernstige verstoringen voordeden op het gebied van seksueel functioneren. Het meest gerapporteerd werd een vermindering van het aantal keren seks (45%) en een duidelijk of ernstig verlies van plezier en bevrediging (37%). Op het relationele vlak werden duidelijk minder problemen ervaren (27%). De grootste informatiebehoefte betrof de thema's communicatie en ontspanning. Oudere patiënten (>65 jaar) hadden minder behoefte aan informatie dan jongere patiënten ($p=,01$). Daarnaast bleek nam de informatiebehoefte toe naarmate de relatieduur afnam ($p<,05$). Patiënten die behoefte hebben aan informatie (75%) ontvangen deze liefst schriftelijk (38%), gevolgd door een persoonlijk gesprek (27%). Dit gesprek is bij voorkeur met de verpleegkundig specialist. Vierenzestig procent vond de NSCS-CHF een geschikt instrument als voorbereiding op een gesprek met hun verpleegkundig specialist of cardioloog.

Conclusie

Hoewel niet iedere patiënt problemen ervaart, is het seksueel functioneren bij de helft van de deelnemende patiënten wel veranderd. Verstoringen doen zich in meer of mindere mate voor binnen alle domeinen van de seksualiteit. Het merendeel van de patiënten heeft behoefte aan informatie over het seksueel functioneren in relatie tot hartfalen.

Aanbevelingen

Patiënten willen vooral graag geïnformeerd worden over de thema's communicatie binnen de relatie ten aanzien van seksualiteit en het belang van ontspanning. Schriftelijke informatie heeft de voorkeur, gevolgd door een persoonlijk gesprek. Hierbij is de NSCS-CHF geschikt als hulpmiddel.



Sheila Kooderings Clemens-Hemmer

Rijnstate Ziekenhuis Arnhem

Specialisme: Intensieve zorg bij somatische aandoeningen
skooderings@rijnstate.nl

Praktijkopleiders:

Mw. A. vd Water, cardioloog

Mw. dr. N. Langebeek, verpleegkundig specialist

Mw. P. Ninaber, verpleegkundig specialist

Patiëntengroep

Patiënten met hartfalen

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Begeleiden en (mede)behandelen van zowel poliklinische als klinische patiënten met hartfalen (en hun naasten). Meer specifiek:
- Voorlichting, advies en instructie ter bevordering van het zelfmanagement bij hartfalen;
- Tijdig herkennen van ziekteverschijnselen van verslechtering van het hartfalen;
- Titrezen van de hartfalenmedicatie tot de optimale dosis;
- Naleven van het zorgpad hartfalen ten aanzien van diagnostiek en behandeling.

Onderwijs

- Deskundigheidsbevordering van diverse zorgprofessionals zowel in de tweede als in de eerste lijn.

Onderzoek

- kwantitatief cross-sectioneel onderzoek naar seksualiteit en hartfalen en de informatiebehoefte ten aanzien van seksualiteit onder patiënten van de hartfalenpolikliniek.

Overige taken

- Innovatieproject: Ontwikkelen en vormgeven van zorgpad-applicatie m.b.t. hartfalen. Kwaliteitszorg: Optimaliseren zorgpad hartfalen.

PRISCILLA VAN DEN HEUVEL

PIJNMANAGEMENT BIJ PASGEBORENEN, MEER DAN TROOSTEN ALLEEN!



Alle pasgeborenen komen in meer of mindere mate in aanraking met pijn. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat cumulatieve pijn gevolgen kan hebben op korte en lange termijn. Er staan de verpleegkundige diverse interventies ter beschikking om pijn te signaleren, minimaliseren en behandelen. In het Centrum voor Geboorte en Gezin (CvGG), Elkerliek ziekenhuis Helmond, Nederland, is een "pijnprotocol pasgeborene" opgesteld, bestaande uit diverse documenten afgeleid van de Landelijke Richtlijn "pijnmeting en pijnmanagement". De indruk bestaat dat dit pijnprotocol niet consequent wordt nageleefd. Het doel van dit onderzoek is te objectiveren hoe vaak er potentieel pijnlijke momenten/procedures zijn bij de pasgeborenen en hoe vaak er Comfort neo scores afgenomen worden dan wel pijnbehandeling wordt geïnitieerd. Dit om inzicht te krijgen in de verhouding tussen het aantal pijnmomenten en adequaat pijnmanagement (signaleren, voorkomen,

minimaliseren, behandelen) om zo uiteindelijk de zorg voor de pasgeborene met pijn te verbeteren.

Methode

De opzet van dit onderzoek was prospectief, observationeel kwantitatief. Gedurende twee maanden werd per dag/ dienst bijgehouden welke pijnlijke procedures er plaatsvonden op de afdeling en hoeveel Comfort neo scores er werden afgenomen. Ook werd het aantal pasgeborenen bijgehouden met een pijnlijke aandoening/diagnose. Omdat eventuele non-farmacologische interventies niet terug te vinden waren in het elektronische patiëntendossier werd er een invulformulier ontwikkeld waarop per geïncludeerde pasgeborene door de zorgverleners deze interventies per dag/ dienst werden genoteerd.

Resultaten

Totaal werden er 76 pasgeborenen geïncludeerd. In de studieperiode van twee maanden werden 503 pijnlijke handelingen verricht; de meest voorkomende was de capillaire bloedafname. Volgens protocol had er 228 keer een Comfort neo score verricht moeten worden. Hiervan zijn er 37 uitgevoerd. Bij 11 van 19 pasgeborenen gediagnosticeerd met een potentieel pijnlijke aandoening, zijn geen pijnscores verricht. Bij 80% van de pijnlijke handelingen werd één of meerdere pijninterventies toegepast. Er is geen statistisch significant verschil in opleidingsniveau van de betrokken zorgverleners gevonden als men kijkt naar de frequentie van het verrichten van Comfort neo scores én de frequentie van het verrichten van non-farmacologische interventies. Ook als gecorrigeerd wordt voor premature en niet premature pasgeborenen, is dit niet statistisch significant verschillend. Wel komen pijnlijke handelingen vaker voor bij prematuren en bij kinderen met een lager geboortegewicht.

Conclusie

Pasgeborenen opgenomen in het CvGG worden frequent blootgesteld aan pijnlijke procedures. Ook is er regelmatig sprake van een pijnlijke aandoening. Uit dit onderzoek komt naar voren dat er veel pijninterventies toegepast worden bij pijnlijke handelingen/aandoeningen maar dat de Comfort neo schaal relatief weinig wordt toegepast. Goed pijnmanagement behelst meer dan interventies uitvoeren alleen. Ook signaleren en pijninterventies evalueren zijn belangrijke onderdelen van goed pijnmanagement. Gezien dat er niet volgens de afspraken in het huidige pijnprotocol gewerkt wordt, en de reden hiervoor onduidelijk is, behoeft het nader onderzoek om erachter te komen waarom het protocol niet wordt nageleefd.

elkerliek 
ZIEKENHUIS

Priscilla van den Heuvel

Elkerliek ziekenhuis te Helmond
Specialisme: Neonatologie.
pvandenheuvel1@elkerliek.nl

Praktijkopleider

drs J. Boekhorst, Kinderarts.

Patiëntengroep

Alle pasgeborenen opgenomen voor de kindergeneeskunde op het Centrum voor Geboorte en Gezin.

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Verantwoordelijk voor alle verpleegkundige en medische zorg aan alle pasgeborenen die opgenomen zijn voor de kindergeneeskunde op het centrum voor geboorte en gezin van het Elkerliek ziekenhuis te Helmond, zowel klinisch als poliklinisch.

Onderwijs

- Een bijdrage leveren aan deskundigheidsbevordering van (leerling) neonatologie en obstetrie verpleegkundigen en co-assistenten.

Overig

- Zorgdragen voor verdieping en professionalisering van de neonatologische zorg op het Centrum voor Geboorte en Gezin.

IRMA VAN HOOIJE

KOM MAAR OP MET DE VERGRIJZING!? ONDERZOEK NAAR ROL- EN TAAKOPVATTINGEN VAN BEGELEIDERS VAN OUDEREN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING OVER HET SIGNALEREN VAN GEZONDHEIDSPROBLEMEN EN -RISICO'S.

Nederland vergrijst en zo ook de groep van mensen met een verstandelijke beperking. Veroudering verschilt bij deze mensen ten opzichte van ouderen zonder een verstandelijke beperking. Zo spreekt men gemiddeld genomen van "oudere" vanaf het 50e levensjaar. Specifieke verouderingsgerelateerde gezondheidsproblemen en -risico's komen vaker voor. De communicatie verloopt anders, mede doordat afgegeven signalen moeilijker waarneembaar, te duiden of herkenbaar zijn. Zij uiten hun klachten minder goed, geven een andere reactie op klachten of laten een andere klachtenpresentatie zien. Meer kennis van veroudering bij mensen met een verstandelijke beperking is nodig. Landelijke gezien is bijna de helft van de begeleiders in de directe verstandelijk gehandicaptenzorg agogisch opgeleid. In de beroepscompetentieprofielen staat het verouderingsproces niet benoemd. Bij het niet adequaat inspelen op de behoefte aan ondersteuning, naast de gezondheidsproblemen en -risico's, zal de

kwaliteit van leven van deze oudere afnemen. Dit onderzoek beoogt het inzichtelijk maken van de rol- en taakopvattingen van de (verpleegkundig en anders opgeleide) begeleiders van ouderen met een verstandelijke beperking over het signaleren van specifieke gezondheidsproblemen en -risico's.

Methode

Met kwalitatief onderzoek, met een observationeel beschrijvend design, zijn opvattingen van begeleiders over hun rol, taken en het signaleren van specifieke gezondheidsproblemen en -risico's ten aanzien van ouderen met een verstandelijke beperking verzameld. Data zijn verzameld van 1 oktober 2018 tot 1 juni 2019 door middel van semi-gestructureerde interviews met zes verpleegkundig en vijf anders opgeleide begeleiders. De interviews werden opgenomen op voice-recorder en getranscribeerd. Data-analyse was een iteratief proces bestaande uit open, gericht en selectief coderen. Hiervoor werd ATLAS.ti gebruikt.

Resultaten

Uit de interviews kwam naar voren dat, in bredere zin, de rol- en taakopvattingen van begeleiders overeenkomen met de beroepscompetentieprofielen. Betreffende de taakopvattingen waren er duidelijke accenten bij de verschillende groepen zichtbaar. De verpleegkundigen richten zich vooral op het signaleren van specifieke gezondheidsproblemen en -risico's, terwijl de anders opgeleiden zich meer richten op contact maken met de cliënt. Verpleegkundigen signaleren eerder, op breder vlak en zoeken naar verbanden en oorzaken, vergeleken met de anders opgeleide begeleider. Begeleiders maken gebruik van signalerings-hulpmiddelen, maar er werd geen hulpmiddel gebruikt om de algehele ouderdomsverschijnselen bij deze specifieke doelgroep in beeld te brengen. Begeleiders signaleren met name op basis van werkervaring, verpleegkundigen aanvullend met hun opleidingsachtergrond. Een enkeling heeft de interne scholing "Veroudering" gevolgd. Naast de gemiste zorg met betrekking tot het signaleren, werd ook melding gemaakt van HR-gerelateerde aspecten en beschikbare faciliteiten, zoals de behoefte aan een voor bedlegerige cliënten toegankelijke tuin.

Conclusie

Gezien de verschillende accenten van verpleegkundige en anders opgeleide begeleiders in hun begeleidersrol en het verschil in signaleren, maakt dat het wenselijk dat er binnen een team ook verpleegkundigen werkzaam zijn. Er is een hulpmiddel beschikbaar dat begeleiders kan helpen om de algehele ouderdomsverschijnselen bij deze specifieke doelgroep in beeld te brengen, en het is aanbevelingswaardig deze te laten gebruiken. Ook is het aan te bevelen om het huidige scholingsaanbod betreffende "Veroudering" te evalueren. Voor de kwaliteit van zorg en leven van de oudere cliënt is ook aandacht op andere vlakken van gezondheid belangrijk, zoals beschikbare faciliteiten en HR-gerelateerde aspecten.



Irma Joore-van Hooije

Prisma

Specialisme: Als Verpleegkundig Specialist werkzaam binnen de zorgondersteuning voor mensen met een verstandelijke beperking, met als specialisatie (kwetsbare) ouderenzorg en palliatieve zorg.
ijjoore@prismanet.nl

Praktijkopleider

Peter Vos, Arts voor Verstandelijk Gehandicapten

Specifieke werkzaamheden

- Advanced care planning binnen de (kwetsbare) ouderenzorg en palliatieve zorg bij mensen met een verstandelijke beperking.
- Ontwikkeling en implementatie van beleid ten aanzien van ouderenzorg en palliatieve zorg.

Patiëntenzorg

- Kwetsbare ouderen of palliatieve cliënten (die niet in een hospice verblijven) vroegtijdig in beeld brengen en houden. Advanced care planning toepassen door tijdig mogelijkheden en grenzen te bespreken met cliënt, familie en professionals (zoals begeleiding en huisarts). Daarbij fungeert de Verpleegkundig Specialist als een spin in het web.

Onderwijs

- Ontwikkeling en verzorging van scholing op het gebied van ouderenzorg en palliatieve zorg.

Onderzoek

- Bijdrage leveren aan de zorg voor (kwetsbare) ouderen en palliatieve cliënten buiten het hospice.

SASKIA TEN HOOPEN

LEF, LIEFDE EN LEIDERSCHAP.



De functie verpleegkundig specialist GGZ (VS GGZ) in het verpleeghuis is in opkomst. Als VS zoeken we de verbinding in het biopsychosociaal welbevinden van de bewoners. Tevens brengt deze functie voor mij de verbinding tussen zorg en wetenschap waar ik naar op zoek was. Als geriatrie verpleegkundige en verplegingswetenschapper kan ik in de functie van VS GGZ mijn passie als behandelaar in samenwerking met bewoners, collega's en mantelzorgers kwijt, maar ook mijn passie voor onderzoek, beleid en kwaliteit... Een ideale functie voor lef, liefde en leiderschap in de ouderenzorg!

Lef

Als inhoudsdeskundige heb je invloed op beleid en kwaliteit van zorg. Hierin moet je soms tegen de stroom in varen, zeker bij grote veranderingen zoals de Wet zorg en dwang. En de kar trekken om collega's mee te krijgen op een andere manier dan de traditionele manier. Maar ook mijn eigen functie geeft een andere

kijk op de ouderenzorg in het verpleeghuis. Ik zie veel ouderen met psychische klachten, mensen met dementie met psychiatrische symptomen of gedragsproblemen. Deze mensen begeleiden en behandelen we met psychosociale interventies, psycho-educatie en soms medicatie in samenwerking met een multidisciplinair team.

Liefde

Als spil in de ouderenzorg zoeken we een balans tussen plezierige, professionele en persoonlijke zorg. Als VS GGZ positioneer ik me daarbij samen met mijn collega VS AGZ, de psycholoog en de specialist ouderengeneeskunde in een multidisciplinair behandelteam. Hierbij staat de kwaliteit van leven van de bewoner voorop, waarbij ook de systeembegeleiding een belangrijke rol heeft. Anderen noemen het advance care planning; wij noemen het een goed gesprek over kwaliteit van leven en kwaliteit van sterven.

Leiderschap

Hierin komen zowel met lef de kar trekken als met liefde professionele zorg leveren samen. Als VS GGZ heb ik een fantastische functie in het verpleeghuis en draag deze met trots uit naar andere VS-en en andere zorgverleners. Waar de verpleegkundigen mij plagend dokter light noemen en bewoners soms mij zien als arts, hebben we de taak om de VS meer bekendheid en kracht te geven in de ouderenzorg.

Met veel plezier dank ik dus eenieder die het afgelopen jaar mij heeft ondersteund om verpleegkundig specialist te worden. Ik ga met veel plezier en ambitie een carrière als VS GGZ in het verpleeghuis tegemoet!

Careaz
wonen | welzijn | zorg

Saskia ten Hoopen

Careaz
Specialisme: Ouderen GGZ
s.tenhoopen@careaz.nl

Praktijkopleiders

Drs. H.C. van Persijn van Meerten, Specialist ouderengeneeskunde
Drs. S. Visschedijk, Verpleegkundig specialist

Patiëntengroep

Ouderen met psychische klachten

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- In samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde, psycholoog en coördinerend verpleegkundige levert de verpleegkundig specialist GGZ inhoudelijk hoge kwaliteit van medische en verpleegkundige zorg en begeleiding voor ouderen die wonen in het verpleeghuis.

Onderwijs

- Voor het onderwijs en opleiding binnen onze organisatie zorgt de VS voor klinische lessen die aansluiten op de vraag collega's en cliënten. Tevens werken we samen met hogescholen om gastlessen te verzorgen.

Onderzoek

- Door de VS worden meerdere praktijkonderzoeken begeleidt waarbij hbo-studenten afstuderen bij Careaz. Tevens draagt de VS bij aan het evidence-based werken in het verpleeghuis door te ondersteunen bij het schrijven van beleid, richtlijnen en protocollen.

WILMA HORSELENBERG

MOTIVATIE TOT BEWEGEN BIJ MENSEN MET EEN LAGE SOCIAALECONOMISCHE STATUS.



Nederlanders bewegen onvoldoende; de helft van de volwassenen haalt de bewegingsnorm niet. Naast fysieke en psychische gevolgen kan weinig tot niet bewegen ook gevolgen hebben voor de productiviteit en arbeidsparticipatie. Er is samenhang tussen ziekteverzuim en intensieve lichamelijke activiteit. Regelmatig sportende werknemers vertonen minder ziekteverzuim en zijn sneller hersteld na ziekte. Uit onderzoek blijkt dat mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) nog minder bewegen. Professionals van Arbo Unie B.V. merken dat adviezen om te gaan sporten en bewegen weinig tot geen effect hebben. Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de belemmerende en bevorderende factoren van mensen met een lage SES om te gaan sporten en bewegen. Inzicht hierin kan van nut zijn voor het verbeteren van de advisering van de professionals van Arbo Unie B.V. aan mensen met een lage SES om te gaan sporten en bewegen.

Methode

In dit kwalitatief onderzoek vond dataverzameling plaats door middel van semigestructureerde interviews bij 13 medewerkers van een Sociale Werkvoorziening (SW) in Oost-Nederland met een lage SES. De interviews werden vastgelegd op een audiorecorder en letterlijk getranscribeerd. De data-analyse werd uitgevoerd door middel van open, axiaal en selectief coderen, waarbij gebruik werd gemaakt van het kwalitatieve softwareprogramma Atlas.Ti.

Resultaten

Een goede begeleiding van en kennis hebben over de medewerkers van de SW met een lage SES is belangrijk. De respondenten hebben onvoldoende kennis over sport en bewegen. Alle respondenten weten dat sporten gezond is; echter een enkeling heeft positieve effecten ervaren. Veel respondenten voelen zich niet competent om te sporten en de meeste respondenten hebben negatieve ervaringen opgedaan, hetgeen

belemmerende factoren zijn om te gaan sporten en bewegen.

Sociale- en culturele factoren spelen een belangrijke rol in de keuzes die de respondenten maken. Het ontvangen van sociale steun is een bevorderende factor. Het hebben van een stigma wordt door respondenten als belemmerend ervaren. Excuses lijken eveneens een onderliggende hulpvraag te maskeren.

Alle respondenten hebben aangegeven dat de sfeer op een sportschool en de wijze van begeleiding bepalend is voor het starten en volhouden om te gaan sporten. Expliciet zijn veiligheid, laagdrempeligheid en vertrouwen benoemd. Wat opvalt, is dat het verzuim van de medewerkers die sporten lager is dan van de medewerkers die niet sporten.

Conclusie

Om mensen met een lage SES te motiveren tot sporten en bewegen is meer nodig dan alleen een advies van een professional. Motiverende gesprekstechnieken zijn nodig om inzicht te krijgen in de belemmerende en bevorderende factoren. Daarnaast is het van belang om het sociale netwerk van de mensen met een lage SES in te schakelen. Bovendien is het voor de professional van belang om op de hoogte te zijn van het aanbod van (aangepaste) sportfaciliteiten in de buurt en eventueel in samenwerking met een wijk(sport)coach te kijken naar de mogelijkheden die er zijn om te gaan sporten en bewegen.

arbo
unie aan de slag

Wilma Horselenberg

Arbo Unie B.V.

Specialisme: Bedrijfsgezondheidszorg

E: wilma.horselenberg@arbounie.nl

Praktijkopleider

Drs. R.G.P.M. van Kruysbergen, bedrijfsarts

Patiëntengroep

werknemers in loondienst

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Preventie, verzuim- en re-integratie begeleiding, keuringen, vitaliteitscoach

Onderwijs

- Deskundigheidsbevordering praktijkondersteuners bedrijfsarts en verzuimconsulenten, verzuimtrainingen management werkgevers

Onderzoek

- Kwalitatief onderzoek naar de motivatie tot bewegen bij mensen met een lage sociaaleconomische status.

Overige taken

- Implementeren van de transitie van taakdelegatie naar taakherschikking voor de verpleegkundig specialist in de bedrijfsgezondheidszorg

INGE TER HORST

EEN KWANTITATIEF ONDERZOEK NAAR DE VOORSPELLENDE WAARDE VAN DE HOOGTE VAN HET HbA1c EN DE OGTT VOOR DE NOODZAAK TOT STARTEN VAN INSULINE BIJ VROUWEN MET ZWANGERSCHAPSDIABETES.

Zwangerschapsdiabetes, diabetes gravidarum of Gestational Diabetes Mellitus (GDM), is de meest voorkomende metabole stoornis tijdens de zwangerschap met een toenemende prevalentie. Een onbehandelde zwangerschapsdiabetes vergroot het risico op nadelige gevolgen voor moeder en kind. De huidige "gouden standaard" voor de diagnose GDM is de 75 gr-Orale Glucose Tolerantietest (OGTT). Daarnaast is de HbA1c-waarde een aanvullende test. De behandeling van GDM bestaat uit voedings- en leefstijladviezen; indien hiermee de streefwaardes niet worden bereikt wordt insulinebehandeling gestart. Insulinebehandeling is intensief voor de zwangere, en vereist meer begeleiding en controles door de zorgprofessionals. Indien voorspellers voor insulinebehandeling bekend zijn, kunnen deze vrouwen actiever gevolgd en begeleid worden.

Dit onderzoek werd uitgevoerd om te kijken of de maximale bloedglucosewaarde van de OGTT en de

HbA1c-waarde een voorspellende waarde hebben voor de noodzaak tot starten met insulinebehandeling. Daarnaast is gekeken of er andere maternale risicofactoren van invloed waren op het starten met insulinebehandeling.

Methode

Er is een retrospectief dossieronderzoek uitgevoerd onder vrouwen die tussen 1 oktober 2016 en 30 januari 2019 de diagnose zwangerschapsdiabetes hebben gekregen in het ziekenhuis St Jansdal. De primaire uitkomstmaat was het al dan niet starten met insulinetherapie. Onderzoek werd gedaan naar het verschil tussen de gemiddelde glucosewaarden van de OGTT en HbA1c-waarde op het moment van diagnose, tussen vrouwen die voedings- en leefstijladviezen kregen (niet-insuline groep) en vrouwen bij wie insulinetherapie noodzakelijk was (insulinegroep). Verder werd gekeken naar andere mogelijke maternale voorspellers, zoals de indicatie voor OGTT, BMI, leeftijd,

pariteit en hoogste geboortegewicht bij voldragen zwangerschap. De mogelijke voorspellers werden statistisch geanalyseerd.

Resultaat

In totaal werden 143 zwangere vrouwen geïncludeerd met een gemiddelde leeftijd van 32 jaar. Bij 36 (25.2%) van hen was insulinetherapie noodzakelijk. Deze groep had een significant verhoogde nuchtere glucose van de OGTT (verschil 5.8 vs 4.9 mmol/l) en HbA1c-waarde (verschil 36 vs 33 mmol/mol). De 2h glucosewaarde (OGTT) verschilde niet significant (verschil 9.0 mmol/l vs 8.5 mmol/l).

De vrouwen behandeld met insulinetherapie werden vroeger in de zwangerschap gediagnosticeerd (verschil 24 vs 27 weken). Tevens hadden ze een hoger lichaamsgewicht en BMI bij diagnose én hadden ze vaker als indicatie voor de OGTT-bepaling een BMI > 30 kg/m² (63.9% vs 36.4%) vóór de zwangerschap.

Conclusie

De gemiddelde nuchtere glucosewaarde en de HbA1c-waarde ten tijde van de diagnose verschilden significant tussen beide groepen en kunnen worden gezien als voorspellers voor de noodzaak tot starten met insulinetherapie. De 2h-OGTT is dit niet. Andere significante voorspellers voor insulinetherapie zijn een hoger lichaamsgewicht en BMI bij diagnose, en de diagnose gesteld bij gemiddelde zwangerschapsduur van 24 weken. Tevens is een BMI > 30 m/kg² vóór de zwangerschap een voorspeller voor insulinetherapie.

Rekening houden met deze voorspellers is van belang voor de betrokken zorgverleners in verband met identificatie en begeleiding bij deze hoog-risico vrouwen. Deze uitkomsten zijn zinvol bij het evalueren en bijstellen van het huidige regionale zorgmodel. Meer onderzoek blijft noodzakelijk om de zwangerschaps-diabeteszorg te optimaliseren.



Inge van de Belt-ter Horst

Ziekenhuis St Jansdal, Harderwijk
Specialisme: Intensieve zorg bij somatische aandoeningen; Diabeteszorg
E-mail: HA.vande.Belt@stjansdal.nl

Praktijkopleiders

Dr. W.M. Creyghton, internist-endocrinoloog
Mw. J.A. Schraa, MSc Verpleegkundig Specialist Nefrologie

Patiëntengroep

Diabetes mellitus en zwangerschapsdiabetes bij volwassenen.

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Polikliniek: Geïntegreerde medisch en verpleegkundige zorg met specifieke aandacht voor:
 - Zwangerschapsdiabetes
 - Diabetes en zwangerschap
 - Hoog-complexe diabeteszorg
 - Verwijzingen uit de eerste lijn
 - Kliniek: Consultfunctie

Onderwijs

- Deskundigheidsbevordering in- en extern

Onderzoek

- Zwangerschapsdiabetes

Overige taken

- Medeverantwoordelijk voor het initiëren en implementeren van zorgprocessen en kwaliteitsbeleid
- Contactpersoon eerste lijn
- Brugfunctie in het diabetesteam

VERA JANSSEN

KWALITEIT VAN LEVEN VAN KINDEREN MET THERAPIE-RESISTENTE LOWER URINARY TRACT (LUT) DISFUNCTIE DIE EEN PERCUTANE TIBIALE NERVUS STIMULATIE (PTNS)-BEHANDELING HEBBEN GEHAD.



In Nederland heeft ongeveer 6 tot 9% van de schoolgaande kinderen last van problemen met de lagere urinewegen, ook wel Lower Urinary Tract (LUT) disfunctie genoemd. Onbehandelde LUT-disfunctie kent een verhoogd risico op problemen zoals depressie, angstige gevoelens, faalangst, schaamte en het vermijden van activiteiten (Kodman-Jones, 2011). Er zijn verschillende behandelingen zoals urotherapie, medicatie, fysiotherapie en begeleiding door de medische psychologie. Helaas reageert 20 tot 40% van deze kinderen niet op deze reguliere behandelingen. Percutaneous Tibial Nerve Stimulation (PTNS) is een redelijk nieuwe behandeling waarbij door het plaatsen van een naaldelectrode wordt gedurende een bepaalde tijdspanning een stimulus op de nabijgelegen tibiale zenuw (onderbeenzenuw) gegeven. Dit leidt tot modulatie van zenuwprikkels (blaas, ruggenmerg en brein) en een uiteindelijke afname van urgency, (overactiviteit van de blaas). Deze studie heeft onderzocht bij deze groep kinderen hoe de kwaliteit

van leven en mate van incontinentie veranderd na een PTNS-behandeling.

Methode

De kwaliteit van leven van kinderen met LUT disfunctie is middels de ziekte-specifieke Pediatric Incontinence Questionnaire (PinQ) en de Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) in kaart gebracht. De PinQ werd door negentien kinderen bij aanvang van de PTNS-behandeling en direct na de 12e behandeling ingevuld. Tenminste zes (range: 6-24) maanden na de behandeling werd de PinQ bij 34 kinderen afgenomen. De PedsQL werd één keer afgenomen, ten minste zes (range: 6-24) maanden (T2) na de behandeling. Middels de Wilcoxon signed-rank test is gezocht naar significante verbeteringen tussen verschillende momenten in de behandeling, en de mogelijke invloed van geslacht, leeftijd en verschillen tussen kind en ouders. LUT disfunctie werd (onder)verdeeld in urine-incontinentie hetzij

overdag hetzij 's nachts, aandrangklachten, (te) kleine blaascapaciteit en urineweginfecties. De afname van incontinentieproblematiek en het kortetermijneffect van de PTNS-behandeling zijn volgens de definities van de International Children's Continence Society (ICCS) berekend. Met behulp van Spearman's Rho is onderzocht of er een verband was tussen het effect van de PTNS-behandeling en de kwaliteit van leven. Een p-waarde <0.05 werd als significant beschouwd.

Resultaten

In totaal werden 34 kinderen geïnccludeerd met een gemiddelde leeftijd van 9,6 jaar ($SD = 1,52$). DE kwaliteit van leven bleek verbeterd na de PTNS-behandeling- zowel bij de kinderen als de ouders van de kinderen. Significante verbeteringen ($p=,000$), zijn gevonden tussen de verschillende momenten in de behandeling. Geen significante invloed van geslacht en leeftijd wat betreft de verbetering in kwaliteit van leven is gevonden. Bij de LUT-disfunctie urine-incontinentie overdag werd een significante verbetering gevonden van ($p=,003$) tussen het moment voorafgaand aan de behandeling en het moment zes maanden na de behandeling.

Conclusie

PTNS-behandeling zou een optie kunnen zijn voor therapie-resistente LUT-disfunctie. De studie heeft aangetoond dat de LUT-disfunctie significant verminderde door PTNS en er werd een zwakke correlatie gevonden tussen kwaliteit van leven en de vermindering van de LUT-disfunctie. Het wordt aanbevolen om verder onderzoek te verrichten naar het effect van PTNS bij kinderen met LUT-disfunctie met betrekking tot de kwaliteit van leven.

Amalia kinderziekenhuis
Radboudumc

Vera Janssen

Radboudumc en Amalia kinderziekenhuis,
Radboudumc
Specialisme: Intensieve zorg (kinder)urologie
Vera.ACT.Janssen@radboudumc.nl

Praktijkopleiders

Dr. J.G.L. Cobussen-Boekhorst, MANP
(Continentie en urinestomazorg)
Drs. R.P.E. de Gier, Kinderuroloog FEAPU
Drs. L.L. de Wall, Kinderuroloog FEAPU

Patiëntengroep

Urologie, pijler functionele urologie en kinderurologie, met specifieke aandacht voor klachten aan de lagere urinewegen (o.a. patiënten met mictie en incontinentie problemen - neurogene of aangeboren aandoeningen).

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Coördineren en uitvoeren voor urotherapie
- Coördineren van zorg voor patiënten met complexe (congenitale) aandoeningen,
- Stomazorg
- Uitvoeren urodynamische onderzoeken
- Verlenen van pre- en postoperatieve zorg rondom grote urologische ingrepen
- Voorlichting ten aanzien van zelfkatheterisatie, incontinentie- materiaal en aanvraag vergoedingen voor hulpmiddelen.

Onderwijs

- Geven van scholing aan co- assistenten, vervolgoopleidingen en collega's in het land.

Onderzoek

- Vervolgonderzoek PTNS en meedenken over toekomstig wetenschappelijk (verpleegkundig) onderzoek.

ESTHER VAN KEMPEN

ONDERZOEK NAAR DE KENMERKEN VAN TELEFONISCHE CONSULTEN DOOR ONCOLOGISCHE PATIËNTEN DIE BEHANDELD WORDEN MET EEN SYSTEMISCHE ANTIKANKERBEHANDELING.

Behandelingen van patiënten met een oncologische aandoening bestaan onder andere uit systemische antikankerbehandelingen in de vorm van chemotherapie, doelgerichte therapie en immunotherapie. Systemische antikankerbehandelingen geven bijwerkingen. Een van de meest voorkomende bijwerkingen van chemotherapie is diarree. Telefonische hulplijndiensten zijn nuttig bij het verkrijgen van snelle toegang tot oncologische faciliteiten in geval van bijwerkingen. Dit onderzoek gaat na wat de kenmerken zijn van de telefonische consulten met de oncologische dagbehandeling en verpleegafdeling in het Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis.

Methode

Dit onderzoek bestond uit een dossieronderzoek met prospectief verzamelde gegevens. Alle oncologische patiënten van het Elisabeth Tweesteden ziekenhuis die een systemische antikankerbehandeling ondergingen

en gebruik hadden gemaakt van een telefonisch consult in de periode van 31 december 2018 tot 31 maart 2019 zijn geïnccludeerd. Twintig kenmerken demografische en klinische kenmerken van de patiënten die gebruik maakten van een telefonisch consult (zoals vraag van de patiënt, systemische anti-kankerbehandeling, fase van behandeling) werden nagegaan. Daarnaast werden gegevens verzameld zoals moment en duur van de telefonische consulten. Tevens werden er gegevens verzameld van de gehele oncologische populatie die een systemische antikankerbehandeling ondergingen in dezelfde periode, om na te gaan of degenen die gebruik hadden gemaakt van een telefonisch consult een afspiegeling waren van deze gehele populatie.

Resultaten

Honderdvijfveertig patiënten hadden in totaal 206 keer gebruik gemaakt van een telefonische consult, vooral bij de oncologische dagbehandeling van locatie Tweesteden (41%). De telefonische consulten

vonden vooral 's ochtends (43%) en 's middags (26%) plaats. De overige 's avonds en een enkele 's nachts (totaal 31%). Het meest werd gebeld op maandag (16%), dinsdag (17%) en zaterdag (17%). De groep bellers bestond uit meer vrouwen (57%) dan mannen, met een gemiddelde leeftijd van 63 jaar en voornamelijk met een colorectaalcarcinoom (24%) of een mammacarcinoom (23%). De meerderheid van de patiënten die belden kreeg chemotherapie (53%) in de vorm van taxanen, 5-fluorouracil en platinumhoudende chemotherapie. In de meeste gevallen belde de patiënt zelf (71%) met onderwerpen als algehele malaise, koorts, diarree, obstipatie en mictieklachten. De groep niet-bellers bestond ook uit meer vrouwen (65%) dan mannen, met een gemiddelde leeftijd van 65 jaar voornamelijk met een mammacarcinoom (44%) of een hematologische vorm van kanker (29%). Ten opzichte van de niet-bellers bevatte de groep bellers significant minder vrouwen ($p = 0.04$), minder patiënten met een mammacarcinoom ($p = <0.001$) en een hematologische vorm van kanker ($p = 0.00$), maar significant meer patiënten met een colorectaalcarcinoom ($p = <0.001$), overige gastrointestinale carcinomen ($p = <0.001$) en gynaecologische carcinomen ($p = 0.03$).

Conclusie

Uit dit onderzoek is gebleken op welke momenten de patiënten het meeste hebben gebeld, namelijk in de ochtend, middag en tijdens doordeweekse dagen. Er kan geconcludeerd worden dat doordat patiënten naar aanleiding van instructies bellen de zorg rondom de huidige informatievoorziening aansluit bij de behoefte van de patiënten en efficiënt is ingericht met heldere instructies. Een aanbeveling is om de zorgprocessen nog meer in te richten op de dagen en momenten waarop patiënten bellen.



Esther van Kempen

Elisabeth Tweesteden ziekenhuis
Interne oncologie (immunotherapie, urologie en gynaecologie)
e.vankempen@etz.nl

Praktijkopleiders

Drs. Annet Coumou, internist-oncoloog
Maria Nooren, verpleegkundig specialist

Patiëntengroep

Oncologische patiënten met een urologische of gynaecologische maligniteit en patiënten die behandeld worden met immunotherapie.

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Poliklinisch zorg voor patiënten met een urologische of gynaecologische maligniteit en patiënten die behandeld worden met immunotherapie. Alternerend spreekuur met de medisch specialist. Patiënten informeren en begeleiding in het ziekteproces en binnen behandeling. Monitoren van bijwerkingen van de behandeling.
- Consultfunctie voor de oncologische dagbehandeling.

Onderwijs

- deskundigheidsbevordering van hulpverleners binnen de interne oncologie ten aanzien van nieuwe ontwikkelingen.

Onderzoek

- Dossieronderzoek naar telefonisch consultatie binnen de oncologie. Een bijdrage leveren aan klinische onderzoeken binnen de interne oncologie.

Overige taken

- Kwaliteit van zorg: Het ontwikkelen van nieuwe protocollen en zorgprocessen. Het implementeren van nieuwe ontwikkelingen binnen de oncologie.

MICHEL KERKKAMP

STOPPEN MET ROKEN NA DE DIAGNOSE HOOFD-HALSKANKER

Roken is een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van hoofd-halskanker. Als een patiënt met hoofd-halskanker stopt met roken voor start van de behandeling, wordt de kans op succes van deze behandeling groter. In het Radboudumc krijgen patiënten daarom de gebruikelijke stoppen-met-roken zorg. Dit onderzoek had als doel om de ervaringen en beïnvloedende factoren bij het stoppen met roken in kaart te brengen. Daarnaast zijn de ervaringen van de patiënten en de effecten van de training onderzocht. Aanvullend zijn de patiënten gevraagd om de online stoppen-met-roken-training MijnKoers te gebruiken. Ook beïnvloedende factoren voor het gebruik hiervan zijn onderzocht.

Methode

Een mixed methods onderzoek: een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Met semi-gestructureerde interviews zijn de ervaringen van

de deelnemers onderzocht. Daarnaast zijn met behulp van gestructureerde vragenlijsten kwantitatieve data verzameld om mogelijke effecten te meten van de gebruikelijke zorg en van het toevoegen van MijnKoers. Uitkomstmaten waren het aantal gerookte sigaretten, de mate van vertrouwen in de stoppoging, de mate van het belang dat gehecht werd aan de stoppoging en de mate van tevredenheid met de gebruikelijke stoppen met roken zorg.

Resultaten

Er zijn 21 nieuwe patiënten beoordeeld voor studiedeelname, waarvan er vijf aan de studiecriteriën voldeden en zijn geïncludeerd. Alle vijf zijn kort na de diagnose gestopt met roken, en hielden dit vol tijdens de chemoradiotherapie. Het stoppen was zwaar, maar men hechtte veel belang aan de stoppoging en hadden vertrouwen in het slagen hiervan. Belemmerende factoren hierbij waren de rookverslaving, de ontwenningsverschijnselen en mogelijk een rokende

partner. Bevorderende factoren waren de diagnose en het stopgesprek hierbij (onderdeel van de gebruikelijke zorg). Ook leken het herhaalde stopadvies en het verwijzen naar de huisarts (beide onderdeel van de gebruikelijke zorg) bevorderende factoren. Dit gold ook voor de ondersteunende medicatie van de huisarts. De deelnemers waren neutraal tot zeer tevreden over de gebruikelijke zorg.

Vier van de vijf deelnemers hadden de intentie om MijnKoers te gaan gebruiken maar geen van hen heeft dit programma uiteindelijk gebruikt. Men voerde aan dat men toch al gestopt was met roken, en dat de chemoradiotherapie zwaar en tijdrovend was. Er konden dus geen ervaringen met of effecten van MijnKoers gemeten worden.

Conclusie

Het stoppen met roken werd als zwaar maar belangrijk ervaren. Verslaving en ontwenningsverschijnselen waren belemmerende factoren bij het stoppen. De diagnose en het stopgesprek waren bevorderende factoren. Er zijn aanwijzingen dat de patiënten tevreden waren over de gebruikelijke zorg, en dat deze zorg hen daadwerkelijk ondersteunde bij het stoppen met roken. De gebruikelijke zorg kan verbeterd worden met meer aandacht voor de belemmerende factoren. Het kan worden aanbevolen MijnKoers pragmatisch onder de aandacht van de hulpverleners in de keten te brengen, zodat MijnKoers een onderdeel kan zijn van de stoppen-met-roken-zorg.

Radboudumc

Michiel Kerkkamp

Radboudumc

Specialisme: Intensieve zorg bij somatische aandoeningen

Michiel.Kerkkamp@Radboudumc.nl

Praktijkopleiders

Prof. Dr. C.M.L van Herpen

Mw. C. van Opstal, MANP

Patiëntengroep

Patiënten die in aanmerking komen voor in opzet curatieve chemoradiotherapie bij een plaveiselcelcarcinoom in het Hoofd-halsgebied.

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- de VS is verantwoordelijk voor het geven van een veilige behandeling met chemotherapie. De patiënten komen wekelijks op de polikliniek bij de VS voorafgaand aan de kuur om met als doel om in te schatten of de volgende kuur veilig gegeven kan worden. Daarnaast vindt er bijwerkingenmanagement plaats. Ook na afronden van de chemoradiotherapie is er een wekelijkse poliklinische follow-up tot de acute toxiciteit van de behandeling verdwenen is.
- De Vios coördineert de zorg en stemt daarvoor af met alle professionals in de keten.

Onderwijs

- Verzorgen van deskundigheidsbevordering binnen en buiten de keten.

Onderzoek

- De VS is op de hoogte van relevante wetenschappelijke ontwikkelingen binnen zijn vakgebied en vertaalt deze naar zijn praktijk. Hij werkt mee aan lopend onderzoek, en genereert onderzoeksvragen binnen zijn vakgebied.

Overige taken

- Intercollegiale consulten bij opnames
- Deelname aan multidisciplinair overleg
- Deelname aan projecten ter verbetering van kwaliteit van zorg.

LIENEKE TER KEURS

PLAATS VAN DEXAMETHASON ALS PREMEDITATIE BIJ WEKELIJKSE BEHANDELING MET PACLITAXEL.



Een pilot onderzoek naar incidentie van infuusreacties, bijwerkingen en kwaliteit van leven na het stoppen van dexamethason als premedicatie bij wekelijkse paclitaxel toediening bij vrouwen die adjuvant of neo-adjuvant behandeld worden voor een mammacarcinoom.

Wekelijks paclitaxel gedurende 12 weken is een gebruikelijk onderdeel van de chemotherapie behandeling van het mammacarcinoom. Om ernstige infuusreacties te voorkomen van paclitaxel, die in 95% van de gevallen optreden bij kuur 1 of 2, wordt dexamethason als premedicatie gegeven. Omdat dexamethason zelf ook ernstige bijwerkingen kan geven als vermoeidheid, slapeloosheid, stemmingswisselingen en gewichtstoename, werd op basis van literatuur dexamethason als premedicatie gestopt na paclitaxel kuur 2 in ziekenhuis Gelderse Vallei. In deze studie werd onderzocht of er een verschil was in het optreden van infuusreacties na deze

protocolwijziging. Ook werd onderzocht of er verschil was in kwaliteit van leven en bijwerkingen ervaren bij de kuren gegeven met versus zonder dexamethason als premedicatie.

Methode

Deze studie werd opgezet als een pilotstudie in twee delen. Het verschil in infuusreacties werd onderzocht in een observationeel onderzoek, waarbij een groep patiënten bij wie de dexamethason als premedicatie na 2 paclitaxel kuren werd gestopt (=de prospectieve onderzoeksgroep) werd vergeleken met een historische controlegroep bij wie de dexamethason als premedicatie na 2 kuren doorging. Het verschil in bijwerkingen en het verschil in kwaliteit van leven werden binnen de prospectieve onderzoeksgroep onderzocht door de kuren met versus de kuren gegeven zonder dexamethason als premedicatie te vergelijken op deze punten. Primaire eindpunt was het optreden van een infuusreactie (elke graad). De

secundaire eindpunten waren kwaliteit van leven gemeten middels de EORTC QLQ-C30 vragenlijst en ervaren bijwerkingen, inclusief Body Mass Index (BMI).

Resultaten

Er werden 9 patiënten geïnccludeerd in de prospectieve onderzoeksgroep en 31 in de historische controlegroep. In geen van beide onderzoeksgroepen traden infuusreacties op na kuur 2. Wat betreft kwaliteit van leven was er geen verschil in de globale kwaliteit van leven. Bij de functionele schalen waren rolfunctioneren en cognitief functioneren het meest verminderd. Op de symptoomschalen scoorden vermoeidheid en slapeloosheid het hoogste. Er werd geen statistisch significant verschil gevonden tussen kuur 1/2 (met dexamethason premedicatie) en latere kuren wat betreft kwaliteit van leven. Vermoeidheid en polyneuropathie, die toenamen met het aantal gegeven kuren, waren de meest gerapporteerde bijwerkingen. Er werd geen verschil gevonden wat betreft bijwerkingen tussen kuren gegeven met, versus kuren gegeven zonder dexamethason als premedicatie. Ook de BMI-verandering was niet statistisch significant verschillend tussen de onderzoeksgroepen.

Conclusies

De studie werd opgezet als een pilotstudie vanwege de beperkte onderzoekstijd en om vast te stellen of de gekozen onderzoeksopzet en procedures haalbaar waren. Na stoppen van dexamethason als premedicatie na paclitaxel kuur 2 traden niet meer infuusreacties op. Stoppen met dexamethason als premedicatie lijkt daarmee vooralsnog veilig en haalbaar. Vanwege de zeer kleine nu onderzochte populatie is voortzetting van de studie met voldoende power nodig om te zien of deze resultaten stand houden. Deze pilot liet zien dat de onderzoeksopzet en procedures haalbaar waren in de praktijk.



Lieneke ter Keurs

Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede
homansl@zgv.nl

Praktijkopleiders

Dr. A. Baars, internist-oncoloog
J. Prins, verpleegkundig specialist palliatieve zorg

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Het verlenen van geïntegreerde medische en verpleegkundige zorg aan patiënten die behandeld worden met chemotherapie, doelgerichte of immunotherapie bij een hematologische aandoening en het casemanagement bij deze patiëntengroepen. De coördinatie van de zorg voor patiënten behandeld met een autologe stamceltransplantatie.

Onderwijs

- Aan oncologieverpleegkundigen en andere hulpverleners betreffende hematologische onderwerpen, zoals nieuwe behandelingen of richtlijnen.

Onderzoek

- Coördinatie van HOVON studies. Participatie in voedings- en beweegonderzoek op te zetten in samenwerking met de Wageningen Universiteit (WUR).

Kwaliteitszorg

- Protocollering van zorg/behandeling voor de genoemde patiëntengroepen. Nieuwe ontwikkelingen binnen het vakgebied volgen en implementeren. Opzetten van een Beter poli (screening op late toxiciteit bij patiënten behandeld voor een Hodgkinlymfom).

ELISE VAN LEEST

MONITORALARMEN EN STRESS. ONDERZOEK NAAR DE STRESSERVARING VAN OUDERS VAN EEN PASGEBORENE MET MONITORBEWAKING OP EEN GEZINSSUITE.

Sommige pasgeborenen hebben een indicatie tot monitorbewaking. Internationaal wordt tijdens de opname van een pasgeborene met monitorbewaking de zogenoemde family-centered care (FCC) ingezet. Dit houdt onder andere in dat de ouders onbeperkte toegang hebben tot hun pasgeborene in een gezinssuite. Uit ervaring blijkt echter dat veel ouders dan stress ervaren vanwege de hoorbare en zichtbare monitoralarmen. Veel studies naar stresservaring van ouders hebben zich gericht op alleen de moeders, terwijl bij FCC juist het gezin centraal staat en daarmee ook de vader. Bij dit onderzoek is ook gekeken naar de verschillen in stresservaringen tussen vaders en moeders.

Doel van het onderzoek

In kaart brengen of ouders van een pasgeborene meer stress ervaren bij hoorbare en zichtbare monitoralarmen ten opzichte van onhoorbare en onzichtbare monitoralarmen op de gezinssuite.

Methode

Er is gekozen voor een quasi-experimenteel onderzoek waarbij de stresservaringen van twee groepen ouders van een pasgeborene met elkaar zijn vergeleken; verblijf in een gezinssuite met hoorbare en zichtbare monitoralarmen versus verblijf in een gezinssuite zonder hoorbare en zichtbare monitoralarmen. De stresservaringen zijn eenmalig gemeten met de parental stressor scale (PSS-NL) en de coping inventory for stressful situations (CISS-NL) na 24 uur monitorbewaking. Demografische kenmerken van de deelnemende ouders werden verkregen uit het elektronisch patiëntendossier en middels een korte vragenlijst. Vanwege de tijdsbeperking van deze afstudeeropdracht is alleen een interimanalyse verricht over data van ouders van een pasgeborene met hoorbare en zichtbare monitoralarmen op de gezinssuite.

Resultaten

In totaal zijn er 18 ouders geïnccludeerd. Zij ervoeren de minste stress van louter de aanwezigheid en het constante geluid van de monitorbewaking. De meeste stress werd ervaren bij de plotselinge geluiden van monitoralarmen. Er was geen statistisch significant verschil in de stresservaring tussen vaders en moeders. Wel verbleven vaders significant korter dan moeders in de gezinssuite. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat moeders meer gebruik maakten van emotiegerichte coping dan vaders. Er was geen statistisch significant verschil in de andere copingstrategieën van vaders en moeders. De stresservaring van ouders werd niet beïnvloed door het feit of de baby a terme of prematuur was geboren.

Conclusie

Uit dit onderzoek is gebleken dat de monitorbewaking met hoorbare en zichtbare monitoralarmen vertrouwen geeft aan ouders dat hun pasgeborene goed in de gaten wordt gehouden maar wel stress oplevert bij plotselinge monitoralarmen. Dit onderzoek liet geen statistisch significant verschil zien in stresservaring van vaders en moeders, wel in het gebruik van hun copingstrategieën.

elkerliek 
ZIEKENHUIS

Elise van Leest

Elkerliek ziekenhuis te Helmond
Specialisme: Neonatologie.
E-mail: eam.smits@elkerliek.nl

Praktijkopleider

Drs. C.M.M. van den Camp, kinderarts.

Patiëntengroep

Alle pasgeborenen opgenomen voor de kindergeneeskunde op het Centrum voor Geboorte en Gezin.

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Verantwoordelijk voor alle verpleegkundige en medische zorg aan alle pasgeborenen die opgenomen zijn voor de kindergeneeskunde op het Centrum voor Geboorte en Gezin van het Elkerliek ziekenhuis te Helmond, zowel klinisch als poliklinisch.

Onderwijs

- Een bijdrage leveren aan deskundigheidsbevordering van (leerling) neonatologie en obstetrie verpleegkundigen en co-assistenten.

Overig

- Zorg dragen voor verdieping en professionalisering van de neonatologische zorg op het Centrum voor Geboorte en Gezin.

HILDE LIEFTING

IETS OM DOWN VAN TE WORDEN? SYNDROOMSPECIFIEKE ZORG DOOR DE HUISARTS VOOR VOLWASSENEN MET DOWNSYNDROOM.



Downsyndroom (DS) is de meest voorkomende genetische oorzaak van een verstandelijke beperking en gaat relatief vaak gepaard met lichamelijke afwijkingen en gezondheidsproblemen. De combinatie van vele gezondheidsproblemen met een afwijkende klachtenpresentatie, maakt kennis van veelvoorkomende problemen en een preventieve syndroomspecifieke screening extra belangrijk. Voor veel volwassenen met DS is de huisarts de hoofdbehandelaar, maar het is onbekend hoe huisartsen de zorg voor hen vormgeven, welke informatie zij gebruiken en wat eventuele knelpunten in de praktijk zijn.

Doelstelling/vraagstelling

De vraagstelling van dit onderzoek is: welke syndroomspecifieke zorg wordt door de huisartsen geleverd aan volwassenen met DS en wat zijn hierbij de bevorderende en belemmerende factoren?

Methode

Een individueel semi-gestructureerd interview over de zorgverlening aan volwassen patiënten met DS werd afgenomen bij zes huisartsen. De interviews zijn opgenomen met een voice-recorder en woordelijk getranscribeerd. Data-analyse vond plaats door middel van open, gericht en selectief coderen met behulp van computerprogramma ATLAS.ti 8.

Resultaten

De participanten passen hun communicatie en werkwijze aan, waarbij de benaderingswijze vergelijkbaar is met die van kinderen met DS, maar missen hierin soms informatie over het niveau van functioneren van de patiënt. De patiënt met DS wordt als complex ervaren bij minder duidelijke klachten zoals buikpijn, omdat deze klachten vaak niet goed worden geuit. Voor het stellen van de diagnose wordt minder in hokjes gedacht, worden meer differentiaaldiagnoses overwogen en wordt een probleem breder bekeken

dan bij reguliere patiënten. Het netwerk is bij de diagnostiek van belang, maar de diagnostiek wordt bemoeilijkt als de benodigde informatie ontbreekt.

De helft van de participanten denkt goed op de hoogte te zijn van de problematiek bij DS, de anderen missen kennis en kunde. Bestaande brochures en protocollen zijn vaak onbekend en er wordt niet protocollair gewerkt. Ook komen de patiënten meestal niet periodiek op het spreekuur, waarvoor als voornaamste reden een te kleine populatie wordt genoemd. Participanten zien wel de meerwaarde van een periodieke syndroomspecifieke screening, maar het is niet duidelijk of deze zorg bij de huisarts hoort of bij de AVG.

De rolverdeling tussen huisarts en AVG is verder vaak onduidelijk en soms laat de samenwerking te wensen over.

Conclusie

De geïnterviewde huisartsen nemen hun volwassen patiënten met DS serieus. Ze doen hun best om goede zorg te leveren door hun communicatie en werkwijze zo veel mogelijk aan te passen. Een aantal factoren belemmerende factoren staan goede zorgverlening echter in de weg: laag kennisniveau, nauwelijks op de hoogte van bestaande adviezen en begeleiding die niet op de hoogte is.

Aanbevolen wordt om dit onderzoek in een grotere populatie te herhalen, hierin ook de werkwijze bij andere syndromen mee te nemen en ook het kennisniveau van het netwerk te onderzoeken. Voor de praktijk wordt aanbevolen de informatievoorziening over de rol van de AVG te verbeteren en informatie over DS en bijbehorende gezondheidsproblemen bij huisartsen onder de aandacht te brengen. Tenslotte wordt aangeraden te overwegen of het wenselijk is de syndroomspecifieke zorg voor volwassenen met DS bij de huisarts te leggen.



Hilde Liefting

Stichting Prisma
Specialisme: Intensieve zorg bij somatische aandoeningen
hliefting@prismanet.nl

Praktijkopleider

Drs. Peter T.H. Vos, Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG)

Patiëntengroep

Ik werk met mensen met een verstandelijke beperking. Hierbij is mijn aandachtsgebied syndromen, waardoor ik met name cliënten zie met een bepaald syndroom (op het moment met name Downsyndroom, maar ook Fragiele X, Angelman of andere syndromen waar een medische/zorgvraag bij speelt). Daarnaast zie ik ook andere cliënten zonder syndroom waar een specifieke vraag ligt waarin ik de AVG kan ontlasten.

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Uitvoeren en opzetten van een syndroom-specifieke healthwatch.
- Coördineren van complexe multidisciplinaire cases of vraagstukken.
- 'Medische loketfunctie': periodieke gesprekken met cliënten, eventuele lichamelijke problemen beoordelen en zo nodig behandelen en inschatting maken voor vervolg.

Onderwijs

- Aansluiten bij teambesprekingen voor informatie over syndromen.

Onderzoek

- Onderzoek naar huisartsenzorg voor volwassenen met DS; wil ik graag nog een vervolg aan geven.

Overige taken

- Verschillende projecten, zoals coördinatie en implementatie van een frontoffice (ter beoordeling van aanmeldingen bij de AVG) of opzetten van beleid m.b.t. premedicatie/narcosebehandelingen.

MONIQUE LUCASSEN

RICHTLIJN "ZWANGERSCHAP, POSTPARTUMPERIODE EN WERK BIJ ARBO UNIE": EEN KANS VOOR DE VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST IN DE ARBEIDSGERELATEERDE ZORG.

De verpleegkundig specialist (VS) is een relatief nieuwe functie in de arbeidsgerelateerde zorg en binnen Arbo Unie. De mogelijkheden van de VS in dit domein zijn derhalve nog weinig onderzocht. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de factoren die het zelfstandig uitvoeren door de VS van interventies uit de richtlijn "Zwangerschap, Postpartumperiode en Werk" van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde NVAB (2018) beïnvloeden. De vergelijking wordt gemaakt met de VS in de geestelijke gezondheidszorg (VS GGZ), waar zij wel als regiebehandelaar wordt ingezet. Dit inzicht kan Arbo Unie helpen met de verdere implementatie van de VS functie.

Methode

Voor dit kwalitatieve onderzoek werden drie deelonderzoeken uitgevoerd: een documentanalyse op het CanMEDS-competentieprofiel/arbeidsgerelateerde zorg; een vergelijking met de functie van de VS GGZ;

en veertien individuele semi-gestructureerde interviews met bedrijfsartsen en de Chief Health Officer (CHO).

De interviews zijn vastgelegd op een opname-recorder en verwerkt tot verbatim transcripten. Data-analyse werd uitgevoerd middels beschrijvende, open en axiaal coderen. Hiervoor werd gebruik gemaakt van het digitale analyse softwareprogramma Atlas.ti. De documentanalyses en de interviews zijn deels uitgevoerd met een collega VS en de praktijkbegeleider.

Resultaten

Uit beide documentanalyses en de interviews blijkt dat er mogelijkheden zijn voor de VS als regiebehandelaar op basis van competenties, vaardigheden en bevoegdheden. De bedrijfsartsen zien mogelijkheden voor taakdelegatie en een ruime meerderheid ook voor taakherschikking, mits de VS bij complexe, competentie-overstijgende zorg en beleidsadvisering

tijdig de bedrijfsarts of een andere deskundige professional benadert. Interne belemmerende factoren zijn de onbekendheid van zowel de functie van de VS als de rol van regiebehandelaar en in het ontbreken van randvoorwaarden om te kunnen samenwerken. Externe belemmerende factoren komen voort uit de onderliggende Arbowet, waar de NVAB zich aan houdt. Dit betekent dat veel taken in de arbeidsgerelateerde zorg voorbehouden handelingen zijn voor bedrijfsartsen. Wel ziet men de NVAB in beweging komen met de onlangs verschenen Werkwijzer Taakdelegatie. De gebruikte richtlijn vindt men hiervoor zeker geschikt.

Conclusie

Dit onderzoek toont aan dat de VS binnen Arbo Unie de competenties, vaardigheden en behandelingsbevoegdheid bezit om als regiebehandelaar ingezet te kunnen worden op de richtlijn "Zwangerschap, Postpartumperiode en Werk".

Het volwaardig inzetten van de VS binnen de arbeidsgerelateerde zorg wordt voornamelijk belemmerd door interne en externe factoren. Een visiedocument zou kunnen bijdragen aan het wegnemen van de belemmeringen. Voor Arbo Unie is van belang, gezien het verhoudingsgewijze grote aandeel VS-en en VioS-en (zes) in relatie tot overige arbodienstverleners (drie VS-en) in Nederland, prioriteit te geven aan de verdere ontwikkeling van het visiedocument samen met de CHO. Dit visiedocument dient de voorwaarden aan te geven voor verdere implementatie van de functie van de VS als regiebehandelaar en haar competenties - op micro-, meso- en macroniveau.

arbo
unie aan de slag

Monique Lucassen

Arbo Unie

Specialisme: arbeidsgerelateerde zorg
monique.lucassen@arbounie.nl

Praktijkopleiders

Irene Siemonsma, bedrijfsarts

Teus Brand, bedrijfsarts

Patiëntengroep

Begeleiden van medewerkers preventief en in het eerste en tweede jaar van de verzuimbegeleiding bij participatie en/of gezondheidsproblemen.

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Onderwijs/voorlichting: Deskundigheidbevordering bij werkgevers over gezondheidsrisico's in relatie tot het werk.

Onderzoek

- Eigen onderzoek Richtlijn "Zwangerschap, Postpartumperiode en Werk bij Arbo Unie": een kans voor de verpleegkundig specialist in de arbeidsgerelateerde zorg. Tevens met collega VS-en verder onderzoeken wat er nodig is voor de verdere implementatie van de VS in dit domein.

Overige taken

- vitaliteits-coaching
- periodiek medisch onderzoek (PMO)
- Opzetten en mede ontwikkelen van taak-/functieprofiel VS in de arbeidsgerelateerde zorg
- Implementatie van de VS

ESTHER VAN MANEN

EEN MIXED-METHOD ONDERZOEK NAAR HET DIAGNOSTICEREN VAN MEDISCHE KLACHTEN BIJ (EX) DAKLOZE MENSEN MET EEN VERSLAVING EN CO-MORBIDITEIT.



Uit eerdere studies blijkt dat chronisch verslaafde, (ex) dakloze mensen met ernstige psychiatrische problemen onvoldoende in beeld zijn bij huisartsen. De veronderstelling is dat medische klachten verhuuld blijven als er geen medische screening plaatsvindt door, in dit geval, IrisZorg. Een medische screening bestaat uit het afnemen van de Utrechts Somatische Screening, en psychiatrisch en lichamelijk onderzoek.

Doelstelling

Helder krijgen of er mogelijk verschil is in de aantallen gevonden verslavingsstoornissen en intoxicaties en psychiatrische stoornissen en medische klachten bij chronisch verslaafden, (ex) dakloze mensen met ernstige psychiatrische problemen geconstateerd bij respectievelijk standaard medische screening en de reguliere huisartsenzorg, care as usual. Daarnaast inzicht krijgen in eventuele belemmerende- en bevorderde factoren ervaren bij het identificeren van medische klachten bij cliënten met complexe

verslavingsproblemen in zowel de huisartsenpraktijk als een beschermde woonvorm en of opvangvoorziening voor ex daklozen met verslavingsproblemen.

Methode

Om goed antwoord te kunnen geven op beide onderzoeksvragen, is gebruik gemaakt van een mixed-methods design. Het kwantitatief deel bestond uit een vergelijkend dossieronderzoek en het kwalitatief deel uit een vignettenonderzoek. Een expertgroep heeft schriftelijk een aantal vragen beantwoord. Beide onderzoeken zijn door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar geanalyseerd. Voor de analyse van het kwantitatief onderzoek is gebruik gemaakt van de Wilcoxon signed-rank test en de kwalitatieve analyse bestond uit een thematische narratieve analyse.

Resultaten

Er werd een significant verschil gevonden verschil tussen de aantallen gevonden verslavingsstoornissen

en intoxicaties en psychiatrische stoornissen en -klachten door middel van de medische screening en de reguliere huisartsenzorg. Er werd geen significant verschil gevonden tussen de aantallen somatische stoornissen en -klachten. Deze laatste verschilden vooral qua aard. Er is veel kennis aanwezig over verslaving en co-morbiditeit bij medici. Het creëren van een vertrouwensband werd gezien als een belangrijke voorwaarde om uiteindelijk tot goede diagnostiek te kunnen komen. De factor 'gebrek aan tijd' werd gezien als een cruciale belemmerende factor.

Conclusie

Ten aanzien van somatische diagnostiek kunnen de medische screening en de huisarts elkaar aanvullen. Wat betreft verslavings- en psychiatrische diagnostiek, lijkt de medische screening van meerwaarde te zijn. Het is tevens belangrijk om de samenwerking tussen de GGZ en de verslavingszorg te verbeteren. De zorg voor cliënten met co-morbiditeit is tenslotte beider verantwoordelijkheid. De eigen organisatie zou per direct kunnen beginnen met het stimuleren van samenwerking op casusniveau en het stimuleren van contact met huisartsen. Omdat tijdsgebrek een belangrijke belemmerende factor is gebleken, is het aan te bevelen om te onderzoeken of de POH-GGZ gebruik kan gaan maken van evidence-based methodieken, zoals motiverende gespreksvoering, in een light vorm, binnen de huisartsenpraktijk. Deze methodiek helpt bij het opbouwen van een vertrouwensrelatie, die essentieel is gebleken bij het helder krijgen van de ernst van een verslaving. Voor een betere relatievorming is het aan te raden om als hulpverlener een niet-oordelende en niet-veroordelende houding aan te nemen.

IRISZORG

Esther van Manen

IrisZorg
Specialisme: Verslavingszorg
e.manen@iriszorg.nl

Praktijkopleider

Drs. F. Nielander, verslavingsarts KNMG

Cliëntengroep

Volwassenen met chronische verslavingsproblematiek, in combinatie met ernstige co morbiditeit

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Poliklinische behandeling van patiënten met chronische verslavingsproblematiek in combinatie met ernstige psychiatrische- en somatische co morbiditeit en daardoor problemen op vele levensgebieden, zoals werk wonen en financiën. Patiënten worden gezien op de polikliniek van IrisZorg in Nijmegen of, indien nodig, thuis.
- Rol: Regiebehandelaar binnen de Chronische Basis-GGZ en het FACT en tevens verantwoordelijk voor de somatische screenings en farmacotherapie van de eerdergenoemde patiëntenpopulatie.

Onderwijs/deskundigheidsbevordering

- Scholing over- en verantwoordelijk voor de kwaliteitsbewaking van de somatische screening. De samenwerking tussen huisartsen en IrisZorg bevorderen. Uit mijn afstudeeronderzoek is gebleken dat beide partijen complementair aan elkaar zijn. Het is vooral een kwestie van het bij elkaar brengen van de aanwezige kennis. Verbeteren van de tandheelkundige zorg aangezien veel somatische klachten een gevolg kunnen zijn van een slecht gebit.

Onderzoek

- Recent onderzoek naar het diagnosticeren van medische klachten bij (ex)daklozen met een verslaving en co-morbiditeit. Dit onderzoek zal op grotere schaal worden herhaald met een aantal aanpassingen die de betrouwbaarheid zullen vergroten.

MANON MARNEEF

DE ERVARINGEN VAN NIET-GESPECIALISEERDE HIV-ZORGPROFESSIONALS OVER DE ZORGVERLENING AAN MENSEN MET HIV EN DE ROL VAN STIGMA HIERBIJ.



Door de nieuwe behandelingen en goede zorg is hiv in Nederland een chronische ziekte geworden. Daarom komen mensen met hiv nu ook in contact met zorgverleners die niet in hiv gespecialiseerd zijn. Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat er nog steeds hiv-gerelateerd stigma bestaat – zowel in de samenleving als onder zorgverleners, met name zorgverleners die minder tot geen kennis van hiv hebben.

Een deel van de patiënten die de hiv-poli van het Radboudumc bezoeken geven aan in meer of mindere mate last te hebben van stigmatisering te ontvangen, wat invloed heeft op hun algemeen welbevinden. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de ervaringen van niet in hiv gespecialiseerde zorgverleners in de zorg voor mensen met hiv en om na te gaan of hiv-gerelateerd stigma hierin een rol heeft. Hiervoor zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

Wat zijn de ervaringen van niet-hiv-gespecialiseerde zorgverleners in de zorg voor mensen met hiv?

Welke rol speelt hiv-gerelateerd stigma daarbij?

Methode

Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen is er een kwalitatief-empirisch onderzoek uitgevoerd onder de doktersassistenten van de polikliniek Algemene Interne in het Radboudumc. Negen individuele semi-gestructureerde interviews zijn afgenomen, gevolgd door een focusgroepbijeenkomst.

Resultaten

De participanten verbinden een zekere mate van risico en angst aan het uitvoeren van procedures bij een hiv-patiënt, vooral een venapunctie. De gedachte aan dit risico heeft in bepaalde situaties effect op het handelen. Dit betekent in de eerste plaats een hogere alertheid, en in een aantal gevallen het treffen

van voorzorgsmaatregelen, zoals het dragen van handschoenen tijdens een venapunctie. In een groot deel van de gevallen is men onvoldoende bekend met een potentieel risico bestaat, en bij de inschatting van dit risico speelt angst voor hiv ook een rol.

De participanten geven aan dat er een zekere mate van stigmatisering aanwezig is bij collega's en dat zich dit kan uiten in negatieve opmerkingen of blikken die de hiv-patiënt ontvangt. Men heeft niet het idee dat men zelf stigmatiseert.

Conclusie

Uit dit onderzoek is gebleken dat de doktersassistent bij het prikken van een hiv-patiënt een zekere mate van risico ervaart, maar ook angst heeft. Men is daarom meer alert en neemt voorzorgsmaatregelen. Onvoldoende kennis speelt een belangrijke rol in de gedachte over hiv, maar invloeden uit opvoeding en geloof hebben hierin ook een aandeel. Gedachten over hiv hebben in min of meerdere mate een aandeel in hiv-gerelateerd stigma. Uit het onderzoek komt naar voren dat er wel degelijk sprake is van onbewuste stigmatisering.

Aanbevelingen

Op basis van de resultaten van dit onderzoek wordt aanbevolen om de kennis van de doktersassistenten te vergroten door het aanbieden van periodieke scholingen. Een eventueel vervolgonderzoek zou een observationeel onderzoek onder de doktersassistenten kunnen zijn, met als vraag of deze scholingen de onbewuste vooroordelen over hiv vermindert.

Radboudumc

Manon Marneef

Radboudumc

VS specialisme: Werkzaam binnen de polikliniek algemene interne.

manon.marneef@radboudumc.nl

Praktijkopleiders

Karin Grintjes, Verpleegkundig specialist

Monique Keuter, Dr. Internist- infectioloog

Specifieke werkzaamheden

Naast patiëntenzorg wordt er met enige regelmaat onderwijs aangeboden, dit zowel intern als extern. Zo wordt er aan de doktersassistenten van de poli algemene interne geneeskunde onderwijs aangeboden in de vorm van een klinische les, zo ook aan de apothekersassistenten.

Vanuit onze landelijke commissie verpleegkundig specialisten en consultants Hiv bieden wij ook onderwijs aan, waarbij we elkaar informeren over onze specialisme, zoals ontwikkelingen en lopende onderzoeken.

Binnen de Hiv-zorg gaan we de komende maanden meer in op Hiv en stigma. Hiervoor is een commissie gevormd bestaande uit onder andere een PR-adviseur van het innovatiecentrum van het Radboudumc, een aantal mensen die door de onderzoeker zijn geïnterviewd, een Vios en een VS (tevens onderzoeker van het hierboven beschreven onderzoek). Met behulp van de uitkomsten van het onderzoek zal in een brainstormsessie geïnventariseerd worden welke stappen er genomen kunnen worden om de stigmatisering van Hiv tegen te gaan.

LYSBERT OOSTERHOF

LEEFSTIJL COACHING BIJ FALEND GEWICHTSVERLIES NA BARIATRISCHE CHIRURGIE.



Obesitas is een chronische ziekte waarbij overmatig vetstapeling in het lichaam ontstaat, wat gezondheidsrisico's met zich meebrengt. De behandeling van obesitas is bij voorkeur een combinatie van leefstijlinterventies. Wanneer deze conservatieve behandeling onvoldoende effectief is, kan er binnen de gestelde criteria gekozen worden voor bariatrische chirurgie. Een falend gewichtsverlies na bariatrische chirurgie is in verband gebracht met factoren op verschillende gebieden, waaronder leefstijl. Vitalys "kliniek tegen overgewicht" is een zelfstandig behandelcentrum en onderdeel van Ziekenhuis Rijnstate te Arnhem. Vitalys heeft een eigen leefstijlprogramma ontwikkeld voor patiënten met falend gewichtsverlies na bariatrische chirurgie.

Doelstellingstelling

Het doel van het onderzoek is enerzijds te bepalen wat het effect is van het leefstijlprogramma op het gewicht bij patiënten met falend gewichtsverlies na bariatrische chirurgie en anderzijds mogelijke voorspellende factoren te vinden die een effect hebben op het resultaat. Het uiteindelijke doel is om een protocol te ontwikkelen met de verwijscriteria waardoor er een objectieve keuze gemaakt wordt voor een effectieve behandeling bij patiënten met falend gewichtsverlies na bariatrische chirurgie.

Methode

Er is gekozen voor een retrospectief dossieronderzoek van patiënten die bij Vitalys zijn gestart met het volgen van het leefstijlprogramma in de periode van januari 2017 tot en met september 2018. De primaire uitkomstmaat van dit onderzoek is het gewichtsverlies na afronden van het leefstijlprogramma. Daarnaast is gekeken of voorspellende factoren samenhang hebben

met het verschil in gewicht. De volgende factoren zijn in beschouwing genomen: geslacht, leeftijd, type operatie, duur na operatie, maximale 'excess weight loss', aanwezigheid van co-morbiditeiten, en verwachting en wens voor revisiechirurgie, follow-up van de regulaire begeleiding en sociale status.

Resultaten

In totaal zijn 119 patiënten gestart met het leefstijlprogramma. Van 87 van hen waren metingen voor en na het programma bekend, en die zijn geïnccludeerd. Het gemiddelde BMI voor aanvang van het programma was 40,2 kg/m² en bij het afsluiten 39,7 kg/m². Dit verschil is statistisch significant (P=0.007). Voor degenen met hypertensie was er een significant verschil in gewicht (P=0.004). De overige factoren bleken niet voorspellend voor gewichtsverlies.

Conclusie

De doelstelling van dit leefstijlprogramma is voor 79% van de deelnemers bereikt, namelijk een afname of stabilisatie van het gewicht. Het gewichtsverlies was relatief het grootst voor de deelnemers met hypertensie. Op basis van deze resultaten mag worden vastgesteld dat het leefstijlprogramma effectief is wat betreft de afname van het gewicht. Niettemin heeft de afname van 0,4 kg/m² klinisch slechts beperkte meerwaarde heeft voor mensen met morbide obesitas. Een aanbeveling is om het leefstijlprogramma verder te optimaliseren waardoor (nog) meer gewichtsverlies zou kunnen worden bereikt. Tevens het programma meer vanuit een multidisciplinair team aan te bieden.



Lysbert Oosterhof

Specialisme: bariatrische en metabole chirurgie
Loosterhof@vitalys.nl

Praktijkopleiders

Dr. B.P.L. Witteman, chirurg
Nadine Ploeger MSc, verpleegkundig specialist

Patiëntengroep

Patiënten met morbide obesitas waarvoor een indicatie is voor bariatrische chirurgie of reeds een bariatrische operatie hebben ondergaan en complicaties ontwikkelen.

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Het gehele zorgproces voor patiënten met de wens voor bariatrische chirurgie, van screenen, begeleiden in voor- en na-traject, medische controles en behandelen van complicaties. Waarbij ik mij gespecialiseerd heb in de metabole aspecten van de bariatrische chirurgie.

Onderzoek

- Leefstijlcoaching bij falend gewichtsverlies na bariatrische chirurgie

Overige taken

- Middels mijn implementatieplan is er een start gemaakt met de expertisepoli; bariatrie, MDL en interne geneeskunde, hierin heb ik een coördinerende rol.

MONIEK PEIJNENBURG

PILLETJE MEER OF MINDER? PSYCHOACTIEVE MEDICATIE BIJ NEURO-PSYCHIATRISCHE SYMPTOMEN BIJ DEMENTIE. KLEINSCHALIG WONEN VERSUS REGULIERE PG-AFDELING.

Neuro-psiachtrische symptomen (NPS) bij dementie zijn vaak een reden voor opname in een verpleeghuis. In Nederland heeft de laatste twintig jaar een transitie plaatsgevonden van grootschalig wonen in een verpleeghuis naar diverse kleinschalige woonvormen. De huidige literatuur heeft niet eenduidig aangetoond dat kleinschalig wonen in een verpleeghuis leidt tot afname van NPS en vermindering van psychoactieve medicatie (PM). Aangetoond is dat PM een beperkt effect heeft op NPS. Desondanks is het gebruik van PM binnen verpleeghuizen onverminderd hoog. Recent onderzoek heeft aangetoond dat veel PM onjuist en/of te lang wordt toegediend.

Doelstelling

Het huidige onderzoek is uitgevoerd om inzichtelijk te maken of een verschil bestaat tussen de woonvormen (kleinschalig wonen versus reguliere PG-afdeling) wat betreft het gebruik, de soort, de indicatie van PM bij NPS en het verschil met de geïndiceerde zorgzwaarte

(ZZP 5 of ZZP7). Daarnaast is onderzocht of de PM voor de juiste indicaties en volgens de richtlijn Probleemgedrag bij dementie wordt voorgeschreven.

Methode

Gedurende een periode van drie maanden is kwantitatief retrospectief dossieronderzoek verricht naar het gebruik, de soort en indicatie van PM bij NPS, de huidige geïndiceerde zorgzwaarte, de correctheid van indicatie, en het voorschrijven volgens de doseertabel overeenkomstig de richtlijn Probleemgedrag bij dementie. Patiënten woonachtig binnen kleinschalig wonen (N = 80) en de reguliere PG-afdeling (N = 22) werden met elkaar vergeleken. De data werden verzameld uit de medische patiëntendossiers en medicatiegegevens uit het elektronisch voorschriftsysteem.

Resultaten

Iets meer dan de helft (54%) van de patiënten gebruikte minimaal één soort PM. Antipsychotica (22,5%), antidepressiva (30,4%) en anxiolytica (19,6%) werden het meest voorgeschreven. Hierbij was sprake van een niet-significant verschil tussen beide woonvormen. Alleen hypnotica werden significant meer gebruikt ($p = .037$) binnen de reguliere PG-afdeling. In 25,7% van de gevallen was de indicatie onbekend en 72,7% van de PM was incorrect voorgeschreven volgens de richtlijn. Agitatie (52,9%) en depressief gedrag (29,4%) kwamen het meest voor binnen beide woonvormen. Agitatie, depressie en nachtelijke agitatie kwamen significant meer voor op de reguliere PG-afdeling. Het gebruik van anxiolytica en antidepressiva was significant hoger als sprake was van een ZZP 7 indicatie. Agitatie kwam significant meer voor bij patiënten met een ZZP 7 indicatie.

Conclusie

Uit de resultaten blijkt een hoge prevalentie van NPS en het gebruik van PM bij NPS door verpleeghuispatiënten. Het voorschrijven en het gebruik van PM lijken niet samen te hangen met de woonvorm, of met de prevalentie van NPS, maar zijn mogelijk meer afhankelijk van andere factoren. Bij meer dan een kwart van de gevallen was de indicatie van de voorgeschreven PM onbekend en in 72,7% was de PM incorrect volgens de richtlijn voorgeschreven.

Aanbevelingen

De resultaten van dit onderzoek impliceren dat het PM-gebruik voor NPS bij dementie verbetering behoeft. Een beschrijving van de indicaties is noodzakelijk, waarbij de focus dient te liggen op de juiste indicatie en tijdige evaluatie van de therapieduur. Om het gebruik van PM verder terug te dringen, is vervolgonderzoek aanbevolen naar de mogelijke factoren die van invloed zijn op het voorschrijven van PM en alternatieven voor symptomatische behandeling van NPS.



Moniek Elissen-Peijnenburg

Laverhof
Intensieve zorg bij somatische aandoeningen
moniek.elissen@laverhof.nl

Praktijkopleiders

Drs. A Najim, Specialist Ouderengeneeskunde
Drs. G de Wit, Specialist Ouderengeneeskunde/
Kaderarts Geriatrische Revalidatie

Patiëntengroep

Geriatric, psychogeriatric

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Geïntegreerde medische en verpleegkundige diagnostiek en behandeling in een tandemfunctie met specialist ouderengeneeskunde op somatische en psychogeriatric afdelingen binnen de verpleeghuissetting van Laverhof.

Onderwijs

- Deskundigheidsbevordering/ scholing voor verpleegkundigen en verzorgenden binnen Laverhof t.a.v. BIG-scholingen, voorbehouden handelingen, terugdringen van psychoactieve medicatie, hartfalen, nieuwe wet zorg en dwang.

Onderzoek

- Kwantitatief retrospectief dossieronderzoek naar het gebruik en indicatie van psychoactieve medicatie bij neuro-psiachtrische symptomen en correctheid van voorschrijven volgens de doseertabel overeenkomstig de richtlijn Probleemgedrag bij dementie.

Overige taken

- Lid van diverse werkgroepen/commissies zoals incontinentie, PDL, reanimatie.

DIRK VAN RENS

PATIËNTERVARINGEN RONDOM THUISTOEDIENING VAN IMMUNOTHERAPIE BIJ MELANOOM.



Sinds een aantal jaar worden patiënten met een uitgezaaid melanoom behandeld met intraveneuze immuuntherapie (anti-PD1), zodat hun levensverwachting sterk is toegenomen. Het aantal indicaties voor immuuntherapie stijgt snel, waardoor de druk op ziekenhuisbedden toeneemt. In 2017 is een project gestart waarbij patiënten thuis immuuntherapie konden krijgen. Men kon zelf kiezen waar hun behandeling zou plaatsvinden: thuis of op de dagbehandeling in het ziekenhuis.

Doelstelling

Het doel van het onderzoek is inzicht te verkrijgen in de ervaringen en tevredenheid van patiënten die worden behandeld met immuuntherapie thuis, vergeleken met patiënten die deze behandeling in het ziekenhuis hebben gekregen.

Methode

Alle melanoompatiënten die van januari 2018 t/m februari 2019 immuuntherapie hebben gekregen en in maart 2019 nog in de follow-up zaten of nog actief werden behandeld, zijn benaderd voor deelname aan dit onderzoek. De gegevens werden verzameld door middel van een gestructureerde vragenlijst met o.a. items over privacy, tijdsbesteding, verstoring van het dagelijks leven en gevoel van veiligheid. Tevens werd gevraagd de infuusbehandeling thuis dan wel in het ziekenhuis te waarderen op een schaal van 1-10. Analyse vond plaats middels de Mann-Whitney test, de χ^2 -toets en de unpaired Group t-test met behulp van SPSS versie 25.

Resultaten

In totaal werden 83 patiënten aangeschreven met het verzoek de vragenlijst in te vullen. Na zes weken hadden 75 patiënten (90%) de vragenlijst geretourneerd. Van deze patiënten hebben 39 de

thuisbehandeling gehad en 36 de behandeling in het ziekenhuis. Er was geen significant verschil in patiëntkenmerken tussen beide groepen, met uitzondering van het aantal patiënten dat op moment van invullen van de vragenlijst geen immuuntherapie meer kreeg, maar wel een andere behandeling voor het melanoom. Uit de vragenlijsten bleek dat patiënten die thuis hun behandeling kregen hebben ervaren dat dit tijdswinst opleverde en sterk privacyverhogend was.. Uit de analyse bleek geen verschil tussen beide groepen in ervaren last of verstoring van het dagelijkse leven. Patiënten in beide groepen voelen zich veilig tijdens het inlopen van het infuus. Patiënten in het ziekenhuis geven vaker aan zich onveilig te voelen bij de gedachte aan thuistoediening. Alhoewel beide patiëntengroepen tevreden waren met de behandeling, gaven de thuis-patiënten een gemiddeld hoger cijfer; dit verschil was statistisch significant (9,3 vs. 8,9).

Conclusie

Patiënten die thuisbehandeling krijgen zijn tevredener dan patiënten die in het ziekenhuis behandeld worden, hoewel beide groepen hoog scoren op tevredenheid. Tijdswinst en meer privacy zijn voor patiënten die kiezen voor de thuistoediening de grootste winstpunten. Patiënten in het ziekenhuis hebben juist meer angst voor privacyverlies als een verpleegkundige bij hen thuis zou komen. De resultaten uit dit onderzoek laten zien dat immuuntherapie thuis een goed alternatief is voor behandeling in het ziekenhuis, zeker als patiënten hun voorkeur mogen aangeven.

Radboudumc

Dirk van Rens

Radboudumc

Specialisme: Oncologie, immuuntherapie, melanomen

dirk.vanrens@radboudumc.nl

Praktijkopleiders

Dr. Marye Boers-Sonderen, internist-oncoloog

Claudia van Opstal, verpleegkundig specialist oncologie

Dr. Maarten van Vliet, verpleegkundig specialist oncologie

Patiëntengroep

Patiënten met een melanoom die behandeling krijgen met immuuntherapie

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Bespreken behandelopties bij melanoom, begeleiding tijdens behandeling en coördinatie van zorg (casemanagement).
- Aanspreekpunt voor thuiszorgorganisatie rondom thuistoediening immuuntherapie.

Onderwijs

- Aanspreekpunt collega's, verpleegkundigen met betrekking tot immuuntherapie.
- Verzorgen van scholing over immuuntherapie.

Onderzoek

- Onderzoek naar patiëntervaringen en tevredenheid rondom de thuistoediening van immuuntherapie.

WILMA SCHOUWSTRA

DEPRESSIEVE KLACHTEN BIJ DIABETES MELLITUS. INZICHT IN DE PREVALENTIE VAN DEPRESSIEVE KLACHTEN EN KWALITEIT VAN LEVEN BIJ PATIËNTEN MET DIABETES MELLITUS.

Diabetes mellitus (DM) is een stofwisselingsziekte waarbij een tekort aan insuline ontstaat. Diabetes mellitus type 1 (DM1) is een auto-immuunziekte waarbij het eigen afweersysteem de bètacellen van de Eilandjes van Langerhans vernietigen. Hierdoor ontstaat een absoluut insulinetekort ontstaat en gaat de bloedglucosewaarde omhoog. De behandeling bestaat uit het toedienen van insuline. Diabetes mellitus type 2 (DM2) ontstaat door een verminderde gevoeligheid van insuline – ofwel insulineresistentie. De behandeling bestaat uit leefstijlinterventies, orale diabetesmedicatie en/of insuline. Beide typen kennen een chronisch beloop en kunnen complicaties geven aan bloedvaten en zenuwbanen (angiopathie en neuropathie), waardoor de kwaliteit van leven kan afnemen en depressieve klachten kunnen ontstaan. Andersom kunnen depressieve klachten de behandeling van DM negatief beïnvloeden. Het opsporen en behandelen van depressieve klachten is daarom van belang.

Methode

Het betreft een dwarsdoorsnedeonderzoek met een kwantitatief onderzoeksdesign. Tussen eind januari en begin maart 2019 werden 130 patiënten op de polikliniek gevraagd mee te doen aan een onderzoek. Er werd gevraagd twee vragenlijsten in te vullen: Patiënt Health Questionnaire (PHQ-9) en Problem Areas in Diabetes (PAID). De PHQ-9 meet de mate van depressie en de PAID meet de kwaliteit van leven en de mate van diabetes-gerelateerde stress. De gegevens zijn geanalyseerd in SPSS.

Resultaten

Van de uiteindelijk 112 deelnemers hadden er 107 de PHQ-9 lijst volledig ingevuld. Uit de resultaten bleek dat 35% van hen enige mate van depressieve klachten hadden. Een relatief groter percentage patiënten met DM2 en patiënten met orale medicatie gaven depressieve klachten; dit was significant verschillend ten opzichte van de anderen. Wat betreft

de andere bevroegde kenmerken was er geen significante relatie met depressieve klachten. In totaal hadden 93 patiënten de PAID lijst volledig ingevuld; uit de resultaten bleek dat 87 van hen (94%) geen diabetes-gerelateerde stress had zoals gemeten met de PAID.

Conclusie

Van de deelnemers aan de survey had 35% enige depressieve klachten (PHQ-9), van wie 14% matig tot zeer ernstig. Patiënten met DM2 hadden significant vaker depressieve klachten dan patiënten met DM1. Een grote meerderheid van de deelnemers gaf aan geen last te hebben van diabetes-gerelateerde stress.



Wilma Schouwstra

Gelre ziekenhuis Apeldoorn
Specialisme: Algemene gezondheidszorg
w.schouwstra@gelre.nl

Praktijkopleider

dr. JC Kuenen, internist / endocrinoloog Gelre ziekenhuis Apeldoorn

Patiëntengroep

Patiënten met diabetes mellitus (DM) type 1 en type 2

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Behandelen van volwassen patiënten met DM type 1 en gecompliceerde DM2
- Nieuwe patiënten met gecompliceerde DM2 verwezen door de huisarts
- Nieuwe patiënten met zwangerschapsdiabetes verwezen door de gynaecoloog

Onderwijs

- Deskundigheidsbevordering aan verpleegkundigen in de kliniek en instellingen in de regio Apeldoorn.

Overige taken

- Innovatie projecten:
- Opzet 1,5 lijns diabeteszorg regio Apeldoorn.
- Stroomlijnen Diabetes Gravidarum
- VS Diabetes in de kliniek
- Screenen op depressieve klachten en vervolgtraject opstarten.

SANDRA VAN STRIEN

URINERETENTIE NA GYNAECOLOGISCHE OPERATIES.



Urineretentie wordt omschreven als het onvermogen om de blaas volledig of gedeeltelijk te legen. Bij acute urineretentie is plassen plotseling onmogelijk en ontstaat pijn als gevolg van uitrekking van de blaaswand. Urineretentie bij vrouwen is een vaak voorkomend probleem na een operatie. Bij acute urineretentie is de behandeling gericht op het direct ledigen van de blaas door middel van katheterisatie. Zelfkatheterisatie heeft bij postoperatieve urineretentie de voorkeur, zodat goed na te gaan is wanneer spontane mictie weer optreedt.

Doelstelling

Nagaan welke factoren van invloed zijn op het ontstaan van urineretentie postoperatief, waaronder de duur van de verblijfskatheterisatie. Met de kennis over betreffende factoren is het mogelijk interventies in te zetten die urineretentie postoperatief kunnen voorkomen of minimaliseren.

Vraagstellingen:

1. Wat is de invloed van de duur van verblijfskatheterisatie na een gynaecologische operatie op het ontstaan van urineretentie?
2. Zijn er andere factoren die van invloed zijn op het ontstaan van urineretentie na een gynaecologische operatie?

Methode

De invloed van verscheidene factoren op het ontstaan van urineretentie postoperatief is onderzocht door middel van een retrospectief single-center dossieronderzoek. De onderzoekspopulatie bestond uit vrouwen tussen de 30 en 85 jaar, die geopereerd zijn op de afdeling Gynaecologie in het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis tussen 1-10-2016 en 1-10-2018. De primaire uitkomstmaat was de aanwezigheid van urineretentie postoperatief. De onafhankelijke variabelen waren de duur van de verblijfskatheterisatie, leeftijd, aanwezigheid van

een verzakking, aanwezigheid van mictieklachten, aanwezigheid van urine-incontinentie, het type operatie, en de anesthesiemethode. De associatie tussen de aan- of afwezigheid van urineretentie en categoriale variabelen werd onderzocht met behulp van de Chi-kwadraat toets of Fisher's Exact Test. De associatie tussen de aan- of afwezigheid van urineretentie en continue variabelen werd onderzocht met behulp van de onafhankelijke t-toets. Een P-waarde van $\leq 0,05$ werd als statistisch significant beschouwd.

Resultaten

In totaal werden 200 patiënten at random geïnccludeerd. De gemiddelde duur van de verblijfskatheterisatie was niet significant verschillend tussen de groep patiënten met urineretentie en de groep patiënten zonder urineretentie. De gemiddelde leeftijd was hoger in de groep patiënten met urineretentie. In de groep patiënten met een prolaps urineretentie meer voor dan in de groep patiënten zonder prolaps. Er werd geen significant verband aangetoond tussen de aanwezigheid van mictieklachten en urine-incontinentie enerzijds en het ontstaan van urineretentie anderzijds. Er bleek een significant verband aanwezig te zijn tussen het type operatie en urineretentie. Urineretentie kwam voor bij 18,9% van de patiënten die de operatie ondergingen onder spinale anesthesie versus 5,5% van de patiënten die de operatie ondergingen onder algehele narcose Dit verschil was statistisch significant. Meer patiënten met urineretentie ondergingen de operatie onder spinale anesthesie.

Conclusie

Op basis van de onderzoeksresultaten kan worden geconcludeerd dat de duur van verblijfskatheterisatie geen invloed heeft op het ontstaan van postoperatieve urineretentie. Verscheidene factoren hebben wel invloed op het ontstaan van urineretentie postoperatief, waaronder hogere leeftijd, de aanwezigheid van een verzakking, het type operatie en de anesthesiemethode. Aanbevolen wordt om patiënten met een verhoogd risico preoperatief voorlichting te geven over urineretentie en de behandeling daarvan.



Sandra van Strien

Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis (ETZ)
Specialisme: Polikliniek Gynaecologie
en Verloskunde, specialisatie
bekkenbodempromotiek
s.vanstrien@etz.nl

Praktijkopleider

Marjan Stegeman, MS, Gynaecoloog met specialisatie urogynaecologie

Patiëntengroep

Vrouwen met bekkenbodempromotiek zoals een prolaps, incontinentie of dyspareunie

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

Het zelfstandig uitvoeren van een spreekuur voor vrouwen met klachten van de bekkenbodem. Onder andere: het afnemen van de anamnese, uitvoeren van lichamelijk onderzoek, het opstellen van een behandelplan samen met de patiënt en het uitvoeren en later evalueren hiervan.

Onderwijs

Het geven van scholingen over verscheidene onderwerpen binnen de urogynaecologie. Daarnaast coachen van collega's binnen het vakgebied. In de toekomst een mogelijke uitstap richting de eerste lijn.

Onderzoek

Het onderzoek over urineretentie na gynaecologische operaties wordt voortgezet.

Overige taken

Kwaliteitsverbetering rondom de processen van de zorg voor vrouwen met bekkenbodempromotiek en meedenken in organisatorische stukken.

JASPER VAN DER VELDEN

DE DRUK VERLAGEN. EEN KWALITATIEF ONDERZOEK NAAR ERVARINGEN VAN AMBULANCEVERPLEEGKUNDIGE DIE EEN SPANNINGSPNEUMOTHORAX HEBBEN ONTLAST DOOR NAALD-THORACOCENTESE TOE TE PASSEN.



Bij ernstige traumata wordt vaak een pneumothorax gevonden, die kan overgaan in een spanningspneumothorax. Er hoopt zich dan lucht op in de pleuraholte, wat leidt tot verhoogde intra-thoracale druk met obstructieve shock tot gevolg. Onbehandeld kan dit leiden tot acute dood; snel ingrijpen is daarom vereist. In geval van een (potentiële) spanningspneumothorax plaatsen ambulanceverpleegkundigen preklinisch een naald in de tweede of derde intercostale ruimte om zo de intra-thoracale druk te verlagen. Deze handeling wordt naald-thoracocentese genoemd. Sinds 2017 wordt dit ook bilateraal uitgevoerd in geval van een traumatische reanimatie. In 2017 is binnen de GGD Brabant-Zuidoost 21 keer een naald-thoracocentese uitgevoerd en in 2018 20 keer. De lage incidentie maakt de naald-thoracocentese een risicovolle handeling die niet routinematig wordt uitgevoerd door ambulanceverpleegkundigen. Training in de uitvoering vindt doorgaans plaats op een fantoom. De

omstandigheden in de praktijk zijn divers en wijken af van de omstandigheden tijdens trainingen. Er is weinig bekend over de ervaringen van ambulanceverpleegkundigen die een naald-thoracocentese hebben uitgevoerd. Welke invloed hadden de omstandigheden? Werd de handeling als stressvol ervaren? Hoe werd het device ervaren dat wordt gebruikt binnen de GGD Brabant-Zuidoost?

Methode

Middels een kwalitatief onderzoek zijn de belevingen van ambulanceverpleegkundigen binnen de GGD-Brabant Zuidoost verzameld. In het onderzoek stonden de ervaringen, gedachten en belevingen van de onderzoekdeelnemers centraal. Drie kernvragen werden door de respondenten beantwoord en vervolgens geanalyseerd vanuit individuele, sociale, organisatorische en maatschappelijke context. Binnen de periode januari tot en met april 2019 zijn data verzameld aan de hand van semi-gestructureerde

interviews. Van de opnames werd een verbatim transcript opgemaakt. Data-analyse vond iteratief en gefaseerd plaats.

Resultaten

In totaal zijn negen interviews afgenomen waarin zestien toegepaste naald-thoracocenteses werden besproken. Dit betrof zeven keer een traumatische reanimatie en één keer een reguliere reanimatie. Acht maal betrof het een trauma waarbij geen reanimatie nodig was, maar waarbij men de diagnose spanningspneumothorax stelden. Bij deze laatste gevallen gaven de respondenten vaker aan te twijfelen over de diagnose spanningspneumothorax en over correcte indicatiestelling voor de naald-thoracocentese. Dit onderzoek leverde bevindingen op in vier verschillende contexten. Individueel over de omstandigheden, en de verwachtingen van het device. In de sociale context over omstanders. In organisatorische zin over scholing en opvang en ideeën over verbetering van het device. In maatschappelijke context over richtlijnen en protocollen. Tot slot werd binnen iedere context resultaten gevonden over stressbeleving.

Conclusie

Een naald-thoracocentese wordt onder zeer diverse omstandigheden uitgevoerd. Ambulanceverpleegkundigen vinden de handeling uitdagend en ervaren hierbij positieve stressgevoelens - of: eustress. Er zijn echter factoren die de naald-thoracocentese kunnen doen omslaan in disstress. Twijfel over de juistheid van uitvoering en indicatiestelling kan worden weggenomen middels feedback en debriefing. Veranderingen ter verbetering van het device voor naald-thoracocentese werden door de ambulanceverpleegkundigen aangedragen.



Jasper van der Velden

GGD Brabant-Zuidoost

Specialisme: Somatiek, acute zorg. Ambulancezorg
jasper.vd.velden@ggdbzo.nl

Praktijkopleiders

Drs. S. Folkersma, Spoedeisend hulp Arts,
Medisch Manager Ambulancezorg

M. Castelijns MSc, Verpleegkundig Specialist

Acute Zorg, Ambulanceverpleegkundige

Drs. J. Frenken, Spoedeisend hulp Arts en Medisch
Manager Ambulancezorg

Dr. R. Norg, Huisarts

Patiënten/cliëntengroep

Iedereen die een beroep doet op ambulancezorg.

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Ambulancezorg

Onderwijs

- Ontwikkeltrainer scholing
- Trainer/werkbegeleider
- Coach/supervisor

Onderzoek

- Vertaling van onderzoeksresultaten naar dagelijkse praktijk.
- Ontwikkelen taakfunctieomschrijving voor Verpleegkundig Specialist binnen de ambulancezorg.

Overige taken

- Adviseur Medisch Stafbureau
- Onderhouden contacten ketenpartners
- Kwaliteitscontrole ambulancemedewerkers

SANDER VERGOUWEN

BUIKPIJN NA BARIATRISCHE CHIRURGIE.



Obesitas en overgewicht zijn wereldwijd een groeiend probleem en leiden steeds vaker tot levensbedreigende situaties. De meerderheid van de wereldbevolking woont in landen waar meer mensen doodgaan aan overgewicht dan aan ondergewicht. Bariatrische chirurgie kan een belangrijk deel van de oplossing zijn om gewichtsverlies te bereiken. Na bariatrische chirurgie heeft echter een deel van de patiënten chronische buikpijn. Het is onbekend welk percentage patiënten bariatrische chirurgie buikpijnlachten heeft, wat de oorzaken daarvan zijn, welke interventies zijn ingezet en wat het effect daarvan is.

Methode

Een retrospectief dossieronderzoek, type cohort, werd verricht bij mensen die bariatrische chirurgie hebben ondergaan in de periode juli 2015 tot en met juni 2016. De onderzoekspopulatie bestond uit alle mensen die de meest voorkomende vormen van bariatrische chirurgie (gastric sleeve en gastric bypass) hebben ondergaan in ziekenhuis Rijnstate Arnhem.

Resultaten

In totaal zijn van 300 mensen die een bariatrische operatie hebben ondergaan gegevens verzameld uit de medische dossiers. Iets meer dan een derde (34%) had last van buikpijn (acuut en chronisch) na de operatie. De beschreven oorzaken zijn heel divers. Het percentage onbegrepen pijnklachten komt neer op 36,3%. De vrouwen uit dit cohort hadden 18% meer kans op pijnklachten dan de mannen. Het type operatie, leeftijd en BMI ten tijde van de operatie waren niet

statistisch significant van invloed op het ontstaan van pijnklachten en complicaties.

Conclusie

Ruim een derde van de mensen in het onderzochte cohort had abdominale pijnklachten na bariatrische chirurgie. Bij 36,3% van hen waren de pijnklachten onbegrepen, en voor het overige waren de oorzaken divers.

Aanbevelingen

De voorlichting over pijnklachten na bariatrische chirurgie zou een vast onderdeel moeten worden van de pre-operatieve voorlichting. Ook zou vervolgonderzoek gedaan kunnen worden naar zowel begrepen en onbegrepen pijnklachten. Ook onderzoek naar het verschil tussen vrouwen en mannen op het gebied van abdominale pijnbeleving zou een idee kunnen zijn. Tevens zou de pijnscore structureel afgenomen moeten worden na een bariatrische operatie en vooral bij patiënten met buikpijnlachten.



Rijnstate

Kliniek tegen overgewicht

vitalys
NEDERLAND

Sander Vergouwen

Vitalys Nederland (zelfstandige behandelkliniek) onderdeel van Ziekenhuis Rijnstate Arnhem.
Specialisme: Bariatrische Chirurgie
s.vergouwen@vitalys.nl of s.vergouwen@rijnstate.nl

Praktijkopleiders

Dr. Theo Aufenacker, Algemeen Chirurg
Rijnstate ziekenhuis Arnhem aandachtsgebied:
laparoscopische (kijkoperatie) -, buikwand-, maag- en darmchirurgie.
Nadine Ploeger, MSc, Verpleegkundige Specialist intensieve zorg, Vitalys Nederland, onderdeel van ziekenhuis Rijnstate Arnhem aandachtsgebied: bariatrische chirurgie.

Patiëntengroep

Patiënten met morbide obesitas

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Patiënten screenen of ze in aanmerking komen voor bariatrische chirurgie. Daarna patiënten en hun naasten voorlichten en begeleiden tijdens het operatieve-, klinische- en poliklinische traject. Tevens verrichten van poliklinische controles. Bij complicaties na bariatrische chirurgie, op zowel korte als lange termijn, onderzoek en beleid in gang zetten.

Onderwijs

- (Gespecialiseerd) verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en arts-assistenten chirurgie onderwijs geven omtrent bariatrische chirurgie.

Onderzoek

- Participeren in onderzoek op zowel chirurgisch en verpleegkundig gebied omtrent (bariatrische) chirurgie. Afstudeeronderzoek ging over abdominale pijnklachten na bariatrische chirurgie.

Overig

- Participeren in bestaande en nieuwe projecten omtrent bariatrische chirurgie. Informatie-avonden verzorgen over alle ins en outs omtrent bariatrisch chirurgie.

MARIEKE VEUGELINK

THERAPIETROUW BIJ KWETSBARE OUDEREN. EEN ONDERZOEK NAAR HET EFFECT VAN INFORMATIEVOORZIENING OVER MEDICATIE AAN THUISWONENDE KWETSBARE OUDEREN OP THERAPIETROUW.



Met het stijgen van de leeftijd neemt de kans op chronische ziekte toe, met als gevolg meer gebruik van medicijnen. Bij de groep kwetsbare ouderen is er vaker sprake van polyfarmacie. Zowel kwetsbaarheid als polyfarmacie hebben een negatieve invloed op therapietrouw. Ook neemt bij een groter aantal verschillende medicijnen de kans op medicatiefouten toe. Goede informatievoorziening over medicatie heeft mogelijk een positieve invloed op de therapietrouw. Het doel van dit onderzoek is vaststellen of dit inderdaad het geval is bij een groep thuiswonende kwetsbare ouderen. Er wordt verondersteld dat betere therapietrouw gepaard gaat met minder medicatiefouten, waardoor de kwaliteit van leven toeneemt.

Doelstelling

Het doel van dit pilot onderzoek is vaststellen wat het effect is van informatievoorziening over medicatie bij thuiswonende kwetsbare ouderen op therapietrouw.

Vraagstelling

Wat is het effect van informatievoorziening over medicatie aan thuiswonende kwetsbare ouderen op therapietrouw vergeleken met een controle-interventie?

Methode:

Er werd een gerandomiseerd controle onderzoek uitgevoerd van januari 2019 tot en met maart 2019. De controlegroep ontving, naast 'care as usual', een extra gesprek over de gevolgen van ouder worden. De interventiegroep ontving geen gesprek over de gevolgen van ouder worden, maar wel extra informatie over medicatie. De mate van therapietrouw werd gemeten met de Medication Adherence Report Scale (MARS) vragenlijst, waarbij een score kon worden

behaald tussen 5 en 25. De meting vond plaats vóór invoering van de interventie (baseline) en zes weken later..

Resultaten

Aan dit onderzoek deden 24 ouderen mee: 12 in de interventiegroep en 12 in de controlegroep. Er waren geen verschillen in leeftijd, geslacht, huishoudsamenstelling, opleidingsniveau en wel of geen thuiszorg tussen de controlegroep en de interventiegroep. De verschilscore van de MARS vragenlijst tussen de baseline meting en de meting na zes weken was 0,25 bij de controlegroepen 0,42 bij de interventiegroep (niet-significant; $p = .791$).

Conclusie

Er is bij dit pilot onderzoek geen meetbaar effect gevonden van het uitbreiden van informatievoorziening over medicatie aan thuiswonende kwetsbare ouderen op therapietrouw.



Marieke Veugelink

Huisartsenpraktijk de Linie

Specialisme: Algemene gezondheidszorg: kwetsbare ouderen

mveugelink@delinie.net

Praktijkopleiders

Mw. I.T.H.G. Damen, MSc, Verpleegkundig specialist

Drs. H.D.C. Kloek, Huisarts

Patiëntengroep

Kwetsbare patiënten van 75+ in de huisartsenpraktijk

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Regiefunctie van medische en verpleegkundige zorg voor kwetsbare ouderen bij huisartsenpraktijk de Linie.

Onderwijs

- Deskundigheidsbevordering bij diverse professionals over kwetsbaarheid bij ouderen vanuit medisch en verpleegkundig handelen.

Onderzoek

- Gerandomiseerd controle onderzoek naar therapietrouw bij kwetsbare ouderen.

Overige taken

- Lid stuurgroep ouderenzorg Coöperatie IJsselstromen waarbij samenwerking en innovatie speerpunten zijn.

HILDE VISSER

ONDERZOEK NAAR DE KWALITEIT VAN INFORMATIEOVERDRACHT TUSSEN ZIEKENHUIZEN EN GERIATRISCHE REVALIDATIEZORG.



Door de toename van het aantal (kwetsbare) ouderen is het noodzakelijk de ouderenzorg zo efficiënt mogelijk te organiseren. Het is een steeds grotere uitdaging om de kwaliteit van deze zorg te garanderen. Binnen de Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ) is mogelijk een efficiëntieslag te maken middels een anders georganiseerde intakeprocedure. Er wordt steeds vaker met een MultiDisciplinaire Intake (MDI) gewerkt, waarbij de verschillende betrokken disciplines een gezamenlijk intakemoment hebben.

Om vast te stellen of deze vorm van intake efficiënter is dan de huidige intakeprocedure binnen Norschoten, is gekozen voor de basisvraag: 'Welke informatie is nodig om met het multidisciplinaire team een behandeling te kunnen starten en welke informatie is er al bekend vanuit het ziekenhuis?' Het doel van dit onderzoek is inzicht te geven in mogelijke verschillen in informatieverstrekking vanuit ziekenhuizen. Daarbij is gekeken per diagnosegroep en per ziekenhuis. Op

basis van onderzoeksresultaten kan gekozen worden voor bijpassende vormen van intake.

Methode

Er is een kwantitatief dossieronderzoek uitgevoerd op 110 cliëntendossiers van cliënten die in 2018 met een DBC opgenomen waren op de afdeling GRZ van Norschoten te Barneveld.

Er is een multidisciplinaire checklist ontworpen voor de benodigde intakegegevens. Deze gegevens zijn naar waarde geschat middels een groepering in zes waarderingsclusters. Er is per cluster onderzocht, binnen de 110 dossiers, welk percentage bekend was en of er significante verschillen per diagnosegroep waren. Vier diagnosegroepen zijn onderscheiden: CVA, Trauma, Electieve ortho en Overig. Vervolgens is, met dezelfde werkwijze, onderzoek gedaan naar significante verschillen tussen de drie ziekenhuizen - Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU), Meander Medisch

Centrum (MMC) en het Ziekenhuis Gelderse Vallei (ZGV) - waar de meeste cliënten vandaan kwamen.

Resultaten

Gemiddeld was twee-derde (67%) van de benodigde cliëntgegevens om een multidisciplinaire behandeling te starten reeds bekend. Het percentage was voor de diagnosegroep 'Overige' significant hoger dan dat voor 'CVA' en 'Electieve ortho', wat hoofdzakelijk kwam doordat het gegeven 'allergieën' completer werd aangeleverd. De diagnosegroep 'CVA' scoorde significant hoger dan de overige drie diagnosegroepen wat betreft de CVA relevante gegevens.

Het UMCU scoorde significant hoger dan het MMC en het ZGV wat betreft het compleet aanleveren van de gegevens die over cognitie en geheugen gaan. Het ZGV scoorde significant lager t.o.v. zowel het UMCU als het MMC wat betreft de compleetheid van de gegevens 'Sprak' en 'Gehoor'.

Conclusie

In het algemeen leverden de betrokken ziekenhuizen de kerngegevens (met name allergie-informatie) niet volledig aan. Op onderdelen was er verschil in kwaliteit tussen de aangeleverde informatie per ziekenhuis en per diagnosegroep. Diagnosegroep CVA scoort hierbij hoger op CVA-gerelateerde gegevens. Het inzicht dat dit onderzoek levert kan gebruikt worden bij het opzetten van efficiëntere intakeprocedures.



Hilde Noot-Visser

Norschoten Barneveld
Specialisme: Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)
h.noot@norschoten.nl

Praktijkopleider

Benjamin Corstjanje, Specialist Ouderengeneeskunde

Patiëntengroep

Geriatrische Revalidanten

Specifieke werkzaamheden

Medebehandelaar binnen expertisegebied van de VS samen met de SO.

Patiëntenzorg

- Medische intake, visitevragen triëren en zelfstandig binnen mijn bevoegd/bekwaamheid oppakken, cliënten inbrengen in multidisciplinair overleg, familiegesprekken voeren en ontslagbrief naar betreffende huisartsen schrijven.

Onderwijs

- Vrijstelling voor de module deskundigheidsbevordering en coaching maar tijdens de opleiding heb ik het beleid maken rondom wondzorg d.m.v. coaching-on-the-job over kunnen dragen naar de verpleegkundigen op de GRZ.

Onderzoek

- Retrospectief dossieronderzoek naar de kwaliteit van informatieoverdracht tussen ziekenhuizen en Geriatrische Revalidatiezorg.

Overige taken

- Tijdens mijn opleiding heb ik mijn implementatieplan (het werken met een gelijktijdige multidisciplinaire intake) geïmplementeerd op alle units van de GRZ.
- Kwaliteitsbevordering van het verpleegkundig team.

CARINE VOGEL

KAN ZELFMONITORING DE ZORG VOOR PATIËNTEN MET REUMATOÏDE ARTRITIS TOEKOMSTBESTENDIGER MAKEN?



Reumatoïde artritis (RA) is een chronische systemische ontstekingsziekte van onbekende oorzaak die zich vooral kenmerkt door ontstekingen van de synoviale gewrichten. In de komende jaren stijgt de prevalentie van RA in Nederland naar verwachting met 26% naar 295.000 in 2040. In vergelijking met 30 jaar geleden wordt de behandeling eerder gestart en zijn er meer medicamenteuze behandelopties, waardoor het ziekteproces beter wordt afgeremd. De laatste jaren wordt ook meer aandacht besteed aan de eigen regie en betrokkenheid van de patiënt. Dit wordt zelfmanagement genoemd. Tot nu toe komen patiënten met RA die een lage ziekteactiviteit hebben, toch twee tot vier keer per jaar ter controle op de polikliniek. Eerder onderzoek toonde aan dat deze frequentie sterk verminderd kan worden wanneer een patiënt in het kader van zelfmanagement zelfmonitoring kan doen. Het doel van deze studie was om vast te stellen of door het gebruik maken van het online ondersteuningssysteem "Reumanet Bernhoven",

waarin vragenlijsten ten behoeve van zelfmonitoring worden ingevuld, het aantal polikliniekbezoeken verminderd kan worden, zonder dat de patiënten minder tevreden zijn over deze manier van zorgverlening.

Methode

Dit betreft een multi-method design waarbij kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden werden gecombineerd. Via kwantitatief onderzoek werd onderzocht wat het effect was van zelfmonitoring via Reumanet op het aantal polikliniekbezoeken en hoe patiënten dit hebben ervaren. Via een focusgroep discussie werden deze ervaringen diepgaand geëxploreerd (kwalitatief onderzoek).

Resultaten

Het gemiddelde aantal polikliniekbezoeken na invoering van Reumanet verminderde significant ten opzichte van de periode voor de invoering van

Reumanet voor zowel de gehele groep patiënten na 6 maanden (1.8 ± 1.35 (baseline) naar 0.71 ± 1.37 (6 maanden) $p = .000$) als voor de groep die een follow-up duur had van 9 maanden (2.82 ± 1.36 (baseline) naar 1.0 ± 0.97 (9 maanden); $p = .000$). De patiënten waren tevreden over de verandering van deze zorg en vonden het prettig dat zij niet meer twee tot vier keer per jaar naar de polikliniek hoefden te komen voor controle. Bij klachten kon men binnen een week terecht op de polikliniek. Reumanet werd niet altijd als gebruiksvriendelijk ervaren, wat kon leiden tot verminderde motivatie om vragenlijsten via Reumanet in te vullen.

Conclusies

Gezien de bevinding dat deze patiënten tevreden waren over deze andere manier van zorgverlening, kan het toepassen van zelfmonitoring via Reumanet een bijdrage zijn om zinvolle polikliniekbezoeken te borgen en onnodige consulten te voorkomen.



Carine Vogel

Ziekenhuis Bernhoven, Uden en Oss
Specialisme: Reumatologie
c.vogel@bernhoven.nl

Praktijkopleiders

Drs. F.B.G. Lamers-Karnebeek, reumatoloog
Drs. A.M. Wennemers, reumatoloog

Patiëntengroep

Patiënten met een reumatische aandoening

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Behandelen opvlamming bij de reumatische aandoening/Coaching gesprekken/Educatie en bevorderen zelfmonitoring van reumatische aandoeningen.

Onderwijs

- Organiseren landelijk multidisciplinair congres voor zorgprofessionals in de Reumatologie.
- Klinische lessen reumatische aandoeningen intra- en extramuraal.
- Begeleiding HBO-V student.

Onderzoek

- Vervolgen en uitbreiden van onderzoek naar zelfmonitoring bij meerdere inflammatoire aandoeningen om de zorg toekomstbestendig te houden.

GEERTJE DE VRIES

EIGEN REGIE NA EEN CVA: KWALITATIEF ONDERZOEK NAAR BEHOEFTE AAN ONDERSTEUNING VAN CVA-PATIËNTEN DIE DIRECT MET ONTSLAG VAN ZIEKENHUIS NAAR HUIS GAAN.



Een Cerebro Vasculair Accident (CVA) is wereldwijd de belangrijkste oorzaak van invaliditeit. De laatste jaren is een verschuiving opgetreden van de nadruk op ziekte naar hoe de patiënt de gezondheid ervaart. Zelfregie is hierbij een belangrijk onderdeel. Uit spiegelgesprekken met CVA-patiënten in het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ) blijkt dat men niet altijd de juiste nazorg krijgt na ontslag naar huis. Het optimale moment en de behoefte aan nacontrole verschillen per patiënt. Mogelijk biedt het concept van gezondheid aanknopingspunten om beter aan te sluiten bij de behoefte aan ondersteuning na ontslag.

Doelstelling/vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de behoeften van CVA-patiënten die direct met ontslag naar huis gaan vanuit het JBZ op het gebied van de eigen regie met betrekking tot gezondheid.

Methode

Er is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet. CVA-patiënten die direct met ontslag naar huis gingen kwamen in aanmerking voor deelname. Er zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst en de hoofddimensies van gezondheid. Data zijn verzameld van februari 2019 tot en met april 2019. Alle interviews werden opgenomen en getranscribeerd. Dataverzameling en analyse werden afgewisseld. Alle transcripten werden geanalyseerd en gecodeerd door de onderzoeker en een tweede codeur. Gedurende het proces van coderen zijn een open-, axiale- en selectiefase doorlopen.

Resultaten

Er zijn tien respondenten geïnterviewd. Vier respondenten ervoeren geen gevolgen van het CVA. Nagenoeg alle respondenten gaven aan eigen regie te willen voeren. Toch gaven enkele respondenten

met resterende gevolgen aan niet alles zelf te willen regelen. Meerdere respondenten ervoeren vormen van aangeboden nazorg als niet nodig of overbodig. Wel waren er respondenten die dimensies van gezondheid (voornamelijk lichaamsfuncties) wilden verbeteren. Niet altijd was bekend welke ondersteuning mogelijk is. Allen gaven de voorkeur aan persoonlijk contact met zorgprofessionals. De meeste respondenten met resterende gevolgen hadden de behoefte aan meer of duidelijkere informatie over verschillende dimensies van gezondheid. Men vond dat het voeren van eigen regie beter mogelijk was wanneer men voldoende kennis en informatie hadden om zelf keuzen te kunnen maken over de gezondheid.

Conclusie

De behoefte aan ondersteuning van CVA-patiënten die direct met ontslag naar huis gaan vanuit het JBZ, op het gebied van eigen regie met betrekking tot gezondheid, is individueel bepaald. Sommigen, vooral zij met resterende gevolgen van het CVA, hebben meer behoefte aan ondersteuning en voorlichting om eigen regie te kunnen voeren en dimensies van gezondheid te verbeteren. Aanbevolen wordt derhalve om de ondersteuning beter af te stemmen op de individuele CVA-patiënt en zijn naaste(n). Het ontslaggesprek is hiervoor mogelijk niet het juiste moment; verder onderzoek is nodig naar het optimale moment voor het in kaart brengen van de behoeften. Alle CVA-patiënten zouden de mogelijkheid moeten hebben tussen controlemomenten door, of in een later stadium, contact op te kunnen nemen met zorgverleners. Vervolgonderzoek is wenselijk naar de behoeften op lange termijn en onder jongere CVA-patiënten.

Geertje de Vries

Jeroen Bosch Ziekenhuis
Specialisme: intensieve zorg/ algemene gezondheidszorg
G.d.Vries@jbz.nl

Praktijkopleiders

dr. M.S.G. van Zagten, neuroloog
B. van Rixtel MANP, verpleegkundig specialist uro-oncologie

Patiëntengroep

Cerebro Vasculair Accident (CVA) en Transient Ischemic Attack (TIA).

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- TIA-patiënten (dagopname) en CVA-patiënten (controles na ontslag). In kaart brengen neurologische status, behandeling TIA-patiënten. Begeleiding bij gevolgen CVA op dagelijks leven, zo nodig cognitieve screening, behandeling en doorverwijzing.

Onderwijs

- Deskundigheidsbevordering in de CVA-keten: verpleegkundigen verpleegafdeling JBZ, CVA-nazorg verpleegkundigen thuiszorg, POH, doktersassistenten.

Onderzoek

- Kwalitatief onderzoek naar behoeften aan ondersteuning op het gebied van eigen regie met betrekking tot gezondheid van CVA-patiënten.

Overige taken

- CVA-keten 's Hertogenbosch
- V&VN VS neuro vasculair netwerk

KIM WIJNS

INSPANNINGSGEBONDEN ONDERBEENPIJN BIJ DE OUDERE PATIËNT: 'CHRONIC EXERTIONAL COMPARTMENT SYNDROME' OF CLAUDICATIO INTERMITTENS?

Inspanningsgebonden onderbeenpijn veroorzaakt door te hoge drukken in de onderbeensspieren ('chronic exertional compartment syndrome'; CECS) wordt vrijwel altijd gediagnosticeerd bij jonge mensen (<30 jaar). Weinig is er beschreven over CECS bij de oudere patiënt (vanaf 50 jaar). Recent onderzoek toonde aan dat CECS ook kan voorkomen bij ouderen. Daarbij viel het op dat deze oudere CECS patiënten vaak eerder onderzocht werden op vernauwingen van de bloedvaten (CI, claudicatio intermittens). Doel van dit onderzoek is na te gaan of oudere patiënten met CECS (vanaf 50 jaar) en patiënten met CI van elkaar verschillen betreffende hun medische voorgeschiedenis en klachtenpatroon. Door snellere herkenning kan de kwaliteit van zorg voor de patiëntengroep met CECS worden verbeterd.

Methode

Dit is een kwantitatief dossieronderzoek, waarbij prospectief verzamelde gegevens van oudere (vanaf 50 jaar) patiënten met CECS worden vergeleken met patiënten met claudicatio intermittens (CI) in een expertisecentrum in Nederland. Deze gegevens betreffen demografische kenmerken, medische voorgeschiedenis, frequentie en intensiteit van pijn, strak gevoel, spierzwakte, kramp en tintelingen en gevoelsveranderingen tijdens rust en inspanning. Tevens worden totale klachtbelasting, en tijd tot optreden en verdwijnen van de klachten vergeleken middels standaard statistische toetsen.

Resultaten

De klachtenpatronen waren sterk verschillend tussen de CECS-groep en de CI-groep, zowel in rust, tijdens inspanning als ook na de inspanning. Bijna iedere patiënt met CECS (93%) voelt in rust een strak gevoel in het onderbeen terwijl de meesten (77%)

dan ook pijn aangeven. Van de patiënten met CI daarentegen heeft slechts 14% pijn en 7% een strak gevoel tijdens rust ($p < 0,001$). Ook ontstaat bij de CECS-groep na (mediaan) 15 minuten inspanning pijn in de onderbenen terwijl dat bij de CI groep al na 3,5 minuten begint ($p < 0,001$). Grote groepsverschillen zijn er ook na stoppen van het lopen, aangezien de CECS-groep veel vaker (77%) klachten houdt. Als de klachten al verdwijnen, dan is dat pas na (mediaan) 13 minuten versus 2 minuten in de CI-groep ($p < 0,001$). Hypertensie en hypercholesterolemie kwamen minder vaak voor in de CECS-groep in vergelijking met de CI-groep (respectievelijk 29% versus 71%, 30% versus 57%; $p < 0,05$).

Conclusie

De medische voorgeschiedenis en klachtenpatronen van oudere patiënten met CECS (vanaf 50 jaar) en patiënten met CI zijn verschillend. Deze kennis kan worden gebruikt om de oudere patiënten met CECS sneller te herkennen, waardoor de zorgverlening en kwaliteit van leven kunnen worden geoptimaliseerd.



Kim Wijns

Máxima Medisch Centrum

Specialisme: Verpleegkundig specialist vaatchirurgie

k.wijns@mmc.nl

Praktijkopleiders

Dr. B. Govaert, vaatchirurg

Msc. M. Schippers vasculaire geneeskunde

Patiëntengroep

Patiënten met claudicatio intermittens, aneurysma en patiënten die een dialysetoegang hebben of moeten krijgen.

Specifieke werkzaamheden

Patiëntenzorg

- Informeren, behandelen en begeleiden van patiënten met vaatproblematiek en/of een dialysetoegang.

Onderwijs

- Deskundigheidsbevordering op de dialyse-afdeling met betrekking tot de vaattoegangsorg.

Onderzoek

- Inspanningsgebonden onderbeenpijn bij de oudere patiënt:
- 'chronic exertional compartment syndrome' of claudicatio intermittens?

LIEKE VAN ZON

EEN HALF JAAR VERDER: WHAT LASTS? EEN KWANTITATIEF ONDERZOEK NAAR DE MATE VAN LAST DIE MENSEN MET EEN HERSENTUMOR EEN HALF JAAR NA DE DIAGNOSE ERVAREN.

Een primaire hersentumor is een zeldzame aandoening. De hooggradig gliomen in het algemeen en in het bijzonder het glioblastoma multiforme (GBM) gaan gepaard met lichamelijke en cognitieve achteruitgang en verminderd psychosociaal welbevinden. De sombere prognose, de onzekere toekomst, het intensieve palliatieve behandeltraject, alsmede de lichamelijke en cognitieve beperkingen kunnen een grote last betekenen. De toepassing van de Lastmeter geeft inzicht in de mate van deze last in vijf verschillende domeinen: het praktische, het gezins-/sociale, het emotionele, het religieuze en het lichamelijke domein. Het doel van dit onderzoek was het nagaan welke mate van last en welke type problemen GBM-patiënten die de standaardbehandeling (Stupp-protocol) ondergaan, ervaren een half jaar na diagnose, en door welke demografische en/of klinische patiëntkenmerken de ervaren last werd bepaald.

Methode

Middels dossieronderzoek werd bij alle nieuw gediagnostiseerde volwassen GBM-patiënten uit het Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis (ETZ) te Tilburg die tussen januari 2013 en augustus 2018 een hersenoperatie ondergingen, gevolgd door een behandeling volgens het Stupp-protocol, de ervaren last 6 maanden na diagnose achterhaald. De gescande Lastmeter in het patiëntendossier gaf inzicht in de last een half jaar na diagnose. De gevalideerde Lastmeter bevat een visuele analoge thermometer van 0-10 punten en een separate probleemlijst met 47 problemen onderverdeeld in de bovengenoemde domeinen. Het afkappunt ≥ 4 op de Lastmeter werd beschouwd als matige last. Vanuit het patiëntendossier werden de demografische patiëntkenmerken (leeftijd, geslacht en sociale status) verzameld alsmede de klinische patiëntkenmerken (de tumorlocatie, het type operatie, de preoperatieve Karnofsky Performance Score (KPS), de aanwezigheid van epilepsie en de

preoperatieve Hospital Anxiety and Depression Score (HADS)). Middels SPSS werd beschrijvende statistiek toegepast en afhankelijk van de verdeling en het aantal te onderzoeken categorieën, werd de onafhankelijke t-toets, de Mann-Whitney U test, de ANOVA of de Kruskal Wallis-test uitgevoerd. Een p-waarde $\leq 0,05$ werd als statistisch significant beschouwd.

Resultaten

Tweeënzestig van de 453 nieuw gediagnostiseerd GBM-patiënten uit het ETZ Tilburg werden geïnccludeerd in dit onderzoek. Het percentage GBM-patiënten dat matige last ervoer was 58.1%. De meeste last bevond zich in het lichamelijke, emotionele en praktische domein. Vermoeidheid, vermindering van conditie en spierkracht, concentratie- en geheugenproblemen, spanning en vervoer waren de meest genoemde problemen. De preoperatieve KPS was het enige patiëntkenmerk dat van invloed was op de mate van last tijdens behandeling volgens het Stupp-protocol, een half jaar na diagnose: patiënten in een slechtere klinische conditie ervoeren meer last.

Conclusie

Meer dan de helft van de geïnccludeerde GBM-patiënten ervoeren een matige last, een half jaar na diagnose, zich uitend in problemen als vermoeidheid, vermindering van conditie en spierkracht, concentratie- en geheugenproblemen, spanning en vervoer. De preoperatieve KPS voorspelt de mate van last, waarbij GBM-patiënten in een slechtere klinische conditie meer last ervaren. Aanbevolen wordt juist deze patiënten goed te monitoren om sneller de juiste interventies in te zetten ter bevordering van de kwaliteit van leven. Vervolgonderzoek binnen een grotere onderzoekspopulatie in meerdere glioomcentra genereert meer betrouwbare resultaten over welke andere patiëntkenmerken in een vroege fase bepalend kunnen zijn voor de last die de GBM-patiënt een half jaar na diagnose ervaart.



Lieke Huijbregts - van Zon

ETZ

Specialisme: Neuro-oncologie

E-mail: l.vanzon@etz.nl

Praktijkopleiders

Dr. N.E. Synhaeve, neuroloog ETZ

K. Dujardin, Verpleegkundig specialist

neuro-oncologie ETZ

Patiëntengroep

Volwassenen met een primaire hersentumor

Specifieke werkzaamheden

- Begeleiding bieden aan patiënten met een hersentumor en de naasten voor operatie, tijdens de palliatieve behandeling en ondersteunend zijn in de laatste levensfase. Informatie voorziening bieden, shared decision making, coördinatie van zorg, vraagbaak en aanspreekpunt zijn, symptoommanagement, opvolging van behandeling, doorverwijzen, psychosociale en emotionele ondersteuning bieden zijn kerntaken van de verpleegkundig specialist neuro-oncologie.

Onderwijs

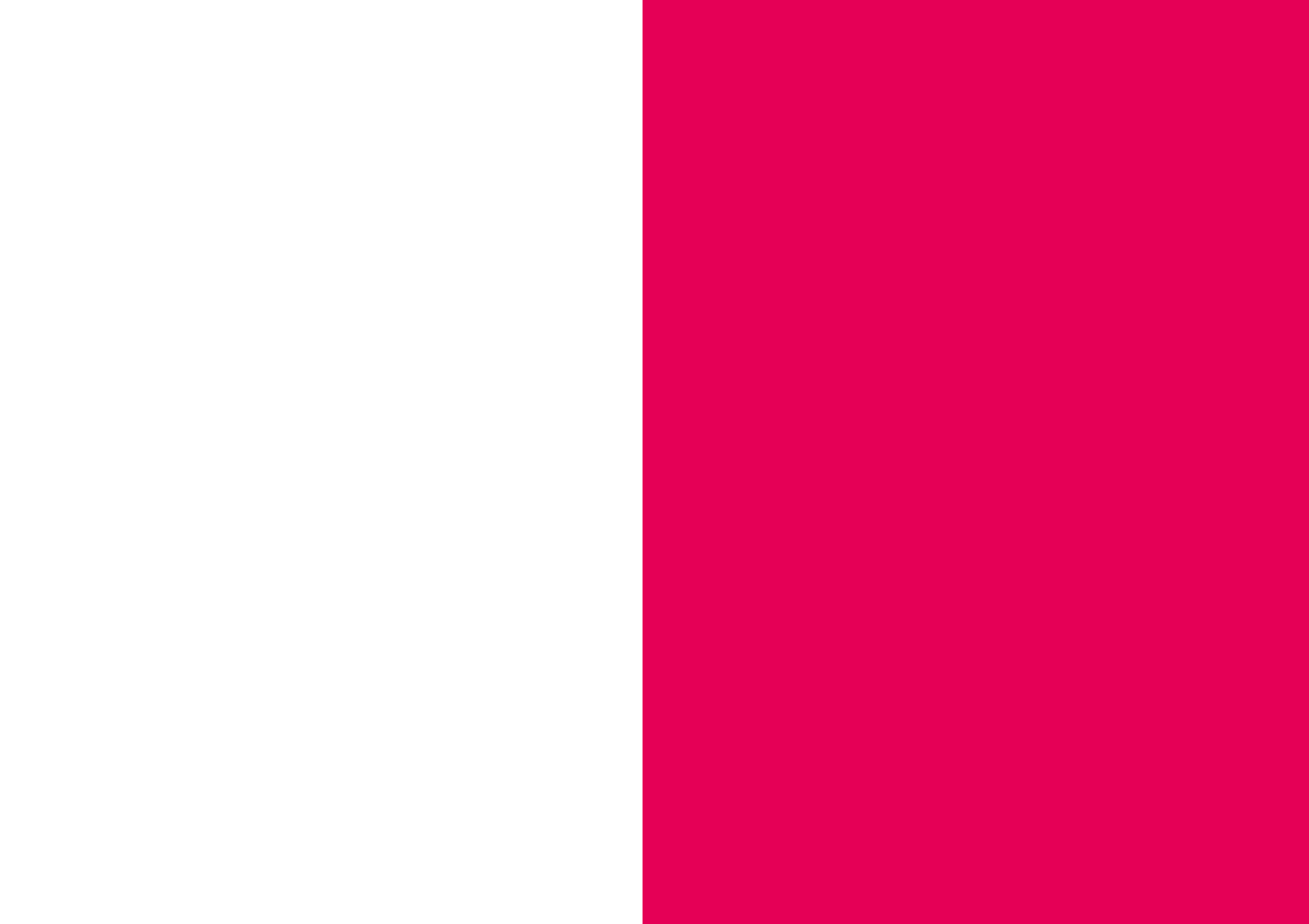
- Neuro-oncologisch onderwijs binnen de neurocursus verzorgen
- onderwijs m.b.t. epilepsie

Recent onderzoek

- Dossieronderzoek naar de mate van last die patiënten met een hersentumor een half jaar na diagnose ervaren.

Overige taken

- Lid LWNO-v



OPEN UP NEW HORIZONS.

BEZOEK ADRES

Groenewoudseweg 1
6524 TM Nijmegen
T (024) 35 31 506
E masters@han.nl
www.han.nl/masters