Voorblad werkstuk

In te vullen door student:

Naam student	Sanne Hommes
Studentnummer	626135
Klas	Verpleegkunde deeltijd

Domein	Gezondheid, sport en welzijn
Opleiding	Verpleegkunde
Variant (VT / DT / DU)	DT
Jaar	2020-2021
Locatie	Alkmaar

Titel werkstuk	Versterken van het medisch zelfmanagement van patiënten na een CVA met Diabetes Mellitus type2
Naam toets	Verpleegkundig adviseren C
Toetscode	2019DTVA3A-Verpleegkundig adviseren C, HBO-V DT 2020

Naam docent:	Erik Wittenberg

Studiejaar	2020-2021
Toetsperiode	4
Kans	Regulier

Verklaring student	Ik verklaar dat ik bij het onderzoek voor en het schrijven van dit werkstuk niet heb geplagieerd, gefraudeerd of anderszins in strijd met de Onderwijs- en Examen Regeling (OER) heb gehandeld.
Datum	28 Mei 2021
Handtekening	Sanne Hommes

(* doorhalen wat niet van toepassing is)

Verpleegkundig advies C

Versterken van het medisch zelfmanagement van patiënten na een CVA met Diabetes Mellitus type2

Hommes S.- 626135 - 2019DTVA3A – 2021/05/28

Voorwoord

Voor u ligt het eind verslag klaar van de leeruitkomst verpleegkundige advies C van Mevr. S. Hommes. Sinds September 2018 volg ik de studie verpleegkunde deeltijd bij Hogeschool Inholland te Alkmaar. Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in de Periode van januari 2021 tot Juni 2021 bij Revalidatiecentrum Heliomare, de werkplek waar ik al bijna 10 jaar met heel veel plezier werk als verpleegkundige op de afdeling 3B NAH, Motoriek en Communicatie. Het praktijkonderzoek heeft de ervaringen van de verpleegkundigen, de arts en de diëtiste allen werkzaam in team 3B in kaar gebracht met betrekking tot het inzetten van interventies bij het medisch zelfmanagement bij patiënten na een CVA met diabetes mellitus type 2.

Ten eerste wil ik mijn werkbegeleider bedanken voor de fijne samenwerking, haar enthousiasme voor de begeleiding en de betrokkenheid en kritische blik tijdens het onderzoek. Ik wil graag de docent bedanken die tijdens de begeleiding van dit onderzoek klaar stond om kritische feedback te geven maar ook de sturing te geven die nodig was om tot dit kwalitatieve onderzoek te komen. Als laatste wil ik mijn collega's die mee gewerkt hebben aan het praktijkonderzoek bedanken. Zonder hen was het niet mogelijk geweest om dit onderzoek tot stand te laten komen en mijn eigen persoonlijke doelstellingen te behalen.

Bijlage 2 betreft een bewijsstuk voor het aantonen van het kernbegrip 'veiligheid bevorderen' omdat uitvoeren van zorg C in het studiejaar 2018-2019 is afgerond.

Ik wens u veel leesplezier,

S. Hommes
Heerhugowaard 28 mei 2021

Samenvatting

Achtergrond: Dit onderzoek is uitgevoerd bij revalidatiecentrum Heliomare omdat een patiënt na een CVA met diabetes mellitus type 2 niet goed voorbereid was bij ontslag voor het zelfstandig prikken van de bloedsuiker en het prikken van insuline wat wel nodig was als voorwaarde bij ontslag. Uit dossier onderzoek is naar voren gekomen dat bij één van de acht patiëntendossiers van patiënten die momenteel of onlangs gerevalideerd zijn op afdeling 3B met de patiënt gesproken is over het medisch zelfmanagement en bij de andere patiëntendossiers was het dus niet vast te stellen.
Een belangrijke kernwaarde van Heliomare is het vergroten van de zelfstandigheid van de patiënten, om naar het ontslag toe te werken. Om de zelfstandigheid van de patiënten te bevorderen, dienen de medewerkers het zelfmanagement van de patiënten te stimuleren. In dit onderzoek wordt onderzocht welke interventies de verpleegkundigen, artsen en diëtisten in kunnen zetten om het zelfmanagement van patiënten na een CVA met diabetes mellitus type 2 te versterken.

Doel: in Mei 2021 is er door middel van kwalitatief onderzoek, inzichtelijk gemaakt welke interventies ingezet kunnen worden door verpleegkundigen, artsen en diëtisten van afdeling 3B voor patiënten na een CVA met ontregelde diabetes type 2 en er worden aanbevelingen gedaan die geïmplementeerd kunnen worden op de afdeling.

Methode: Het onderzoek heeft een kwalitatief onderzoeksdesign. De data voor het onderzoek zijn verzameld door middel van het afnemen van semigestructureerde interviews bij verpleegkundigen, arts en diëtiste allen werkzaam bij Heliomare in team 3B. In totaal hebben 8 verpleegkundigen, een arts en een diëtiste deelgenomen aan het onderzoek. De interviews zijn getranscribeerd, gecodeerd en geanalyseerd.

Resultaten: Uit de resultaten van het onderzoek komt naar voren dat de verpleegkundigen, de arts en de diëtiste van afdeling 3B NAH, Motoriek en Communicatie niet terughoudend zijn met het inzetten van interventies om het medisch zelfmanagement van patiënten na een CVA met diabetes mellitus 2 te stimuleren. Echter, daarnaast blijkt uit het onderzoek dat de verschillende medewerkers allemaal andere interventies inzetten, met wisselende resultaten. Bij patiënten met diabetes mellitus type 2 moet na een CVA rekening gehouden worden met een aantal belangrijke aspecten om de interventies te laten slagen waarbij uniformiteit belangrijk is.

Conclusie: Uit dit kwalitatief onderzoek is gebleken dat de interventies die de verpleegkundigen, arts en diëtiste inzetten om het medisch zelfmanagement bij de patiënten te versterken, aan moeten sluiten bij de patiënt. Er dient begrijpelijke taal gehanteerd te worden en er dient een direct familielid van de patiënt bij betrokken te worden, om ervoor te zorgen dat de patiënt de informatie begrijpt en gesteund kan worden. De informatie moet korte, begrijpelijke tekst bevatten die gemakkelijk te lezen is waarbij gesproken informatie of afbeeldingen onderdeel van de informatie kunnen zijn. Het is van belang om na te gaan wat de patiënt wel en niet weet over diabetes mellitus type 2 en wat de patiënt al zelf kan. Vanuit dit startpunt kunnen samen met de patiënt doelen opgesteld stellen en geëvalueerd worden, en zo nodig herzien. Daarvoor is het van belang dat zowel de verpleegkundigen als de arts en diëtiste voldoende kennis hebben over diabetes mellitus type 2, om samen met de patiënt de juiste interventies in te kunnen zetten.

Inhoudsopgave

Voorwoord 3
Samenvatting 4
Begrippenlijst 7
1. Inleiding 8
1.1 Aanleiding 8
1.2 Organisatieomschrijving 8
1.3 Huidige kennis 8
1.4 Probleemanalyse 10
1.5 Probleemstelling 10
1.6 Doelstelling 10
1.7 Onderzoeksvragen 10
1.8 De stakeholders en hun huidige werkwijze 11
2. Theoretisch kader 12
2.1 Zoekstrategie 12
2.2 Selectie van de bronnen 12
2.3 Zoekresultaten van het literatuuronderzoek 13
2.4 Validiteit en betrouwbaarheid literatuuronderzoek 13
3. Methode van onderzoek 14
3.1 Onderzoeksmethode 14
3.2 Onderzoekspopulatie 14
3.2.1 Populatie 14
3.2.2 Steekproef 14
3.2.3 Respons 14
3.3 Dataverzameling 14
3.3.1 Meetinstrument 14
3.3.2 Respondenten werven 15
3.3.3 Beschrijving van het afnemen van het onderzoek 15
3.4 Dataverwerking 15
3.5 Kwaliteit van het onderzoek 15
3.5.1 Betrouwbaarheid 15
3.5.2 Validiteit 15
4. Resultaten 16
5. Conclusie 20
6. Discussie 21
6.1 Kritische beoordeling van de geraadpleegde bronnen 21
6.2 Vergelijking tussen de literatuurbevindingen en de praktijk 22
6.3 Kritische beoordeling van de kwaliteit van het praktijkonderzoek 22
6.3.1 Sterke punten van het onderzoek 22
6.3.2 Kritische punten van het onderzoek 22

6.4 Suggesties voor vervolgonderzoek 22
7. Aanbevelingen 23
7.1 Implementatie van de aanbevelingen 23
7.1.1 Kwaliteitskader Heliomare 23
7.1.2. Implementatie 25
Literatuurlijst 26
Bijlage 1 Beoordelingsformulier 28
Bijlage 2 Bewijsstuk Kernbegrip veiligheid bevorderen 29
Bijlage 3 Beoordelingscriteria voor een systematische review van randomised controlled trials (RCT's) 31
Bijlage 4 Beoordelingscriteria voor een randomised controlled trial (RCT) 33
Bijlage 5 Beoordelingscriteria voor een kwalitatief onderzoek 35
Bijlage 6 Topiclijst praktijkinterview 37
Bijlage 7 Transcripten interviews 37

Begrippenlijst

Begrip	Definitie / verklaring
Cerebro vasculair accident	In onderzoek van palm (2011) staat het begrip CVA voor cerebrovasculair accident (cerebrum = hersenen; vasculair = vaten; accident = ongeluk) in dit onderzoek zijn zowel patiënten met een hersenbloeding als herseninfarct geïncludeerd
Medisch zelfmanagement	In onderzoek van CBO (2014) betekent medisch zelfmanagement dat patiënten met een chronische aandoening zoals diabetes mellitus zelf kunnen aangeven en kiezen in hoeverre zij de regie over de behandeling willen houden en mee kunnen beslissen over hoe de beschikbare zorg wordt ingezet om een optimale kwaliteit van leven te bereiken of te behouden
Laaggeletterd	In onderzoek van stichting Lezen & Schrijven (2021) staat het begrip laaggeletterd voor mensen die grote moeite hebben met lezen, schrijven en/of rekenen. Mensen die laaggeletterd zijn, zijn geen analfabeten.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De aanleiding van dit onderzoek is dat een patiënt op afdeling 3B bij Heliomare na een cerebro vasculair accident (CVA) met diabetes type 2 vlak voor zijn ontslag nog moest leren om bij zichzelf zijn bloedsuiker te meten en insuline te prikken, waardoor hij naar huis is gegaan zonder dat hij en zijn partner hier samen de verantwoordelijkheid voor konden nemen. Medisch zelfmanagement bij patiënten staat centraal in de zorg bij Heliomare, omdat patiënten werken aan hun terugkeer naar huis, en daarbij voorop staan dat patiënten zoveel mogelijk weer zelfstandig kunnen functioneren.

1.2 Organisatieomschrijving

In de gezondheidszorg wordt de laatste jaren gefocust op de toegevoegde waarde van de zorg voor patiënten. In de medisch-specialistische revalidatie ligt de focus voornamelijk op het trainen van de participatie en de eigen regie voor de patiënt (Newsum et al., 2020).
Bij revalidatiecentrum Heliomare kunnen patiënten met de diagnose van een beroerte, niet-aangeboren hersenletsel, amputatie, een spierziekte, een dwarslaesie of chronische pijn revalideren. De patiënten krijgen klinisch of poliklinisch een revalidatiebehandeling op maat aangeboden, waarbij de revalidatiearts de hoofdverantwoordelijke behandelaar is. Patiënten die klinisch opgenomen worden op de verpleegafdeling, krijgen een vast team aan behandelaren toegewezen en stellen samen met dit team het individuele behandelplan op (Heliomare, z.d.). Heliomare is een professionele organisatie, waarbij kwaliteit en veiligheid belangrijk zijn. De patiënten krijgen de best mogelijke dienstverlening in een veilige omgeving. In de visie van Heliomare staat de patiënt centraal bovenaan (Heliomare, z.d.).
Een belangrijke kernwaarde van Heliomare is het vergroten van de zelfstandigheid van de patiënten, om naar het ontslag toe te werken. Om de zelfstandigheid van de patiënten te bevorderen, dienen de medewerkers het zelfmanagement van de patiënten te stimuleren. De patiënten moeten met een of meerdere chronische ziekten leren leven, en een grote mate van zelfmanagement kan de kwaliteit van leven optimaliseren. Stimulatie van het zelfmanagement vraagt om specifieke inzet van het behandelteam van zorgverleners. De zorgverleners dienen te zorgen voor goede voorlichting, educatie en ondersteuning van de leer- of groeiprocessen (Heliomare, z.d.). Heliomare omschrijft zichzelf als een lerende organisatie. Medewerkers worden vanuit de resultaatverantwoordelijke eenheid (RVE) gestimuleerd om cursussen of opleidingen zoals een cursus shared decision making te volgen, om hun talenten te blijven ontwikkelen. Op die manier worden de expertises bij Heliomare behouden en vergroot. Dit vergt een grote inzet van alle medewerkers van Heliomare (Van Velzen et al., 2018).
Op de afdeling niet-aangeboren hersenletsel (NAH), Motoriek en Communicatie (afdeling 3B) bij Heliomare zijn zestien revalidatieverplegenden werkzaam. Dit zijn één verzorgende, tien mbo-verpleegkundigen en vijf hbo-verpleegkundigen, die samenwerken met het multidisciplinaire behandelteam, dat bestaat uit onder andere twee revalidatieartsen en een diëtiste.

1.3 Huidige kennis

Ruim 1,1 miljoen Nederlanders hebben diabetes mellitus. In 2019 waren naar schatting 1.137.800 mensen met diabetes bekend bij de huisarts (Volksgezondheidenzorg, 2021). Per week komen er gemiddeld 1200 mensen met diabetes bij, zodat er in 2030 naar verwachting nog ongeveer 30% meer mensen met diabetes zijn in Nederland (Volksgezondheidenzorg, 2021). Ongeveer 10% van de mensen met diabetes heeft type 1 en 90% heeft type 2 (Nederlandse diabetes federatie, 2020). Diabetes is een progressieve stofwisselingsziekte, waarbij de glucoseregulatie in het lichaam verstoord is. Er bestaan twee hoofdvarianten, namelijk diabetes type 1 en diabetes type 2 Diabetes mellitus type 2 heeft een grote impact op het leven van patiënten en hun omgeving, maar kan lange tijd stabiel blijven. Patiënten die op afdeling 3B revalideren hebben een CVA doorgemaakt. Een CVA kan een hersenbloeding of herseninfarct zijn. Bij een hersenbloeding knapt of scheurt er een bloedvat in de hersenen, bij een herseninfarct wordt een bloedvat afgesloten door een bloedpropje (Kennisnetwerk CVA Nederland, 2021). Patiënten die een CVA doormaken en lijden aan diabetes type 2, kunnen ontregeld raken. Het lichaam heeft namelijk een insulinetekort, waardoor het bloedglucose eenvoudig kan stijgen (G. E. H. M. Rutten et al., 2011).
In de diabeteszorg is het medisch zelfmanagement belangrijk, omdat er veel voor nodig is om de ziekte in het dagelijks leven in goede banen te leiden. Het huidige onderzoek is gericht op patiënten met ontregelde diabetes, en die daarom insuline gebruiken. Om een goede bloedglucoseregulatie te bereiken, is het voor hen belangrijk om te zorgen voor medisch zelfmanagement.

Medisch zelfmanagement is een veelgebruikt begrip in de gezondheidszorg, omdat het van belang is dat patiënten de eigen regie nemen en zich aan kunnen passen binnen de grenzen van hun ziekte. Medisch zelfmanagement wordt als volgt gedefinieerd en zal ook gebruikt worden voor dit onderzoek: “Medisch zelfmanagement betekent dat patiënten met een chronische aandoening zoals diabetes mellitus zelf kunnen aangeven en kiezen in hoeverre zij de regie over de behandeling willen houden en mee kunnen beslissen over hoe de beschikbare zorg wordt ingezet om een optimale kwaliteit van leven te bereiken of te behouden.” (CBO, 2014). Bij medisch zelfmanagement zijn de volgende facetten belangrijk: het leven met de ziekte, het eigen aandeel in de zorg en het organiseren van de zorg. Bij ondersteuning in het medisch zelfmanagement is het van belang dat patiënten zo goed mogelijk leren omgaan met de lichamelijke, sociale en emotionele gevolgen van diabetes (Vilans, z.d.).

Bij diabetes mellitus dient continu rekening gehouden te worden met prioriteiten in relatie tot de verwachte gezondheidsuitkomsten en keuzes betreffende de leefstijl en medicatie. Het huidige onderzoek is gericht op het medisch zelfmanagement, waarbij zorgverleners de patiënten begeleiden in het bereiken een gereguleerde bloedglucosespiegel. Vaardigheden die hierbij van belang zijn, zijn dat de patiënt zelf het bloedsuikerniveau kan controleren, de insuline kan toedienen en zo nodig de dosering insuline kan aanpassen aan het voedingspatroon (Nederlandse Diabetes Federatie, 2020). Medisch zelfmanagement is in het bijzonder van belang voor patiënten die een CVA hebben doorgemaakt. Het proces van zelfmanagement verandert namelijk in de maanden en jaren na een beroerte. In eerste instantie zijn patiënten vooral gericht op de medische gevolgen, maar later verschuift de focus naar het zelfmanagement in alledaagse activiteiten (Fleuren, 2016).

Bij patiënten die in Heliomare opgenomen worden na een CVA met diabetes mellitus, is het evenwicht in het medisch zelfmanagement uit balans door de acute ontstane medische, lichamelijke en psychische veranderingen ten gevolge van het CVA. Uit onderzoek komt naar voren dat er naast de aandacht die wordt besteed aan het medisch zelfmanagement van de patiënt, ook aandacht moet zijn voor het zelfmanagement van de partner, omdat beiden elkaar in dit proces in het verdere leven moeten ondersteunen.

Een belangrijke kernwaarde bij Heliomare is het vergroten van de zelfstandigheid van de patiënten, om naar het ontslag toe te werken. Stimulatie van het zelfmanagement vraagt om specifieke inzet van het behandelteam van zorgverleners. De zorgverleners dienen te zorgen voor goede voorlichting, educatie en ondersteuning van de leer- of groeiprocessen (Heliomare, z.d.). Om de zelfstandigheid van de patiënten te bevorderen, dienen de medewerkers het zelfmanagement bij patiënten te bevorderen. Patiënten moeten met een of meerdere chronische ziekten leren leven. Met een grote mate van zelfmanagement helpen zij patiënten een optimale kwaliteit van leven (Heliomare, z.d.). Om als zorgprofessional patiënten te kunnen begeleiden bij hun zelfmanagement, dient niet gekeken te worden naar de klacht, maar naar de kracht van de patiënt. Bij het bevorderen van het zelfmanagement van een patiënt is de zorgprofessional naast behandelaar vooral ook coach. Het is volgens de Nederlandse Diabetes Federatie (2020) belangrijk om de patiënt feedback te geven en om instrumenten aan te reiken die het leerproces van de patiënt kunnen ondersteunen. Hierbij dient aansluiting gevonden te worden bij de leefwereld, motivatie en mogelijkheden van de patiënt.

In de functieomschrijving van de regieverpleegkundige en de verpleegkundige van revalidatiecentrum Heliomare staat dat zij begeleiding bieden aan de patiënt en diens naasten, die gericht is op het de bevordering en de ondersteuning van het medisch zelfmanagement (Rutten, 2017). In onderzoek uitgevoerd door de onderzoeker blijkt dat er in één van de acht patiëntendossiers van patiënten die momenteel of onlangs gerevalideerd zijn op afdeling 3B gesproken is over het medisch zelfmanagement. Hierin is ingegaan op het bepalen van de hoeveelheden insuline die gespoten moet worden en op de keuzes die de patiënt maakt met betrekking voor zijn voeding. Uit drie van de acht dossiers blijkt dat de patiënten een ‘freestyle libre’ hebben gekregen, waardoor zij zelf de bloedsuikerwaardes kunnen meten. Met de overige patiënten is niet gesproken over het medisch zelfmanagement en in het verpleegplan van deze patiënten worden ook geen doelen beschreven die gericht zijn op het medisch zelfmanagement bij ontregeling van de bloedsuikerspiegel. De vaardigheden die eerder genoemd zijn en nodig zijn voor het medisch zelfmanagement zoals zelf het bloedsuikerniveau controleren, de insuline toedienen en zo nodig de dosering insuline aanpassen aan het voedingspatroon wordt nu niet in de praktijk gezien door de onderzoeker. In de samenwerking tussen de arts, de verpleegkundige en het multidisciplinaire behandelteam zijn geen afspraken

gemaakt over wie op welk moment en met welke bijdrage de patiënt begeleidt bij de ondersteuning in het medisch zelfmanagement.

1.4 Probleemanalyse

In de diabeteszorg is medisch zelfmanagement van de patiënt belangrijk, omdat er veel voor nodig is om de diabetes in het dagelijks leven in goede banen te leiden. Een van de patiënten met diabetes type 2 bij Heliomare was niet goed genoeg voorbereid op het ontslag, maar de verpleegkundige, arts en diëtiste wisten niet goed hoe zij het medisch zelfmanagement van de patiënt konden versterken. Een belangrijke kernwaarde voor de medewerkers van Heliomare is om de zelfstandigheid van de patiënten te vergroten, om toe te werken naar het ontslag. Stimulatie van het zelfmanagement vraagt om een specifieke inzet van het behandelteam van zorgverleners, waarbij zij dienen te zorgen voor goede voorlichting, educatie en ondersteuning van de leer- of groeiprocessen (Heliomare, z.d.).
Om de zelfstandigheid van de patiënten te bevorderen, dienen zij het zelfmanagement van de patiënten te stimuleren. Sinds 2015 is er geen gespecialiseerd diabetesverpleegkundige meer werkzaam bij Heliomare, waardoor de zorg rondom diabetes voor het grootste deel terechtgekomen is bij de verpleegkundigen, de diëtiste en de revalidatiearts.
In een onderzoek naar acht patiëntendossiers van patiënten die momenteel of onlangs gerevalideerd zijn op afdeling 3B, blijkt uit één dossier dat met de patiënt gesproken is over het medisch zelfmanagement. Hierin is ingegaan op het bepalen van de hoeveelheden insuline die gespoten moet worden en op de keuzes die de patiënt maakt met betrekking voor zijn voeding. Uit drie van de acht dossiers blijkt dat de een ‘freestyle libre’ hebben gekregen, waardoor zij zelf de bloedsuikerwaardes kunnen meten. Met de overige patiënten is niet gesproken over het medisch zelfmanagement en zijn worden in het verpleegplan van de patiënt ook geen doelen beschreven die gericht zijn op het medisch zelfmanagement bij ontregeling van de bloedsuikerspiegel.

1.5 Probleemstelling

In de huidige situatie op afdeling 3B NAH, Motoriek en Communicatie bij Heliomare weten de verpleegkundigen, de revalidatieartsen en de diëtisten weten onvoldoende welke evidence based practice (EBP) -onderbouwde interventies zij kunnen inzetten om patiënten met diabetes mellitus type 2 te begeleiden bij het medisch zelfmanagement, waardoor de patiënten niet goed voorbereid zijn op hun ontslag.

1.6 Doelstelling

Het doel van het onderzoek is dat in mei 2021 een adviesrapport is geschreven met aanbevelingen voor de verpleegkundigen, de revalidatieartsen en de diëtisten van afdeling 3B NAH, Motoriek en Communicatie van Heliomare. Hierin wordt beschreven met welke EBP-onderbouwde interventies zij het medisch zelfmanagement van de patiënten met diabetes mellitus type 2 kunnen versterken tijdens hun revalidatie bij Heliomare.

1.7 Onderzoeksvragen

De hoofdvraag van het onderzoek luidt als volgt:

> *Welke multidisciplinaire, EBP-onderbouwde interventies kan het multidisciplinaire behandelteam bestaande uit verpleegkundigen, artsen en diëtisten van afdeling 3B inzetten om het medisch zelfmanagement na een CVA bij patiënten met diabetes mellitus type 2 te versterken?*

Deze hoofdvraag wordt beantwoord aan de hand van een aantal deelvragen.

Literatuurdeelvraag

1. *Wat zijn de best bewezen multidisciplinaire interventies uit de literatuur om het medisch zelfmanagement bij patiënten na een CVA met diabetes mellitus type 2 te versterken?*

Praktijkdeelvragen

2. *Wat weten de verpleegkundigen, artsen en diëtisten van team 3B over de interventies die ingezet kunnen worden bij de begeleiding bij het medisch zelfmanagement van patiënten met diabetes mellitus type 2 na een CVA?*
3. *Welke belemmerende of bevorderende factoren ervaren de verpleegkundigen, artsen en diëtisten van team 3B bij de begeleiding bij het medisch zelfmanagement van patiënten met diabetes mellitus type 2 die een CVA hebben doorgemaakt?*

1.8 De stakeholders en hun huidige werkwijze

De zorg voor diabetespatiënten type 2 vindt plaats in de tweede lijn wanneer er verbetering nodig is van de instellingen van de bloedglucose voor de diabetes type 2. De medische eindverantwoordelijkheid ligt bij de behandelend arts, in het geval van Heliomare de revalidatiearts. Er is verder sprake van een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van de te verlenen zorg door de (diabetes) verpleegkundige en de diëtiste. De organisatie van de te verlenen zorg rondom de patiënt met diabetes type 2 na een CVA is maatwerk en toegespitst op de behoefte van de patiënt (Nederlandse diabetes federatie, 2018).

De revalidatiearts

De revalidatiearts is verantwoordelijk voor het totale revalidatieproces van de patiënt en voor de medische zorg die aan de patiënt geleverd wordt. Hij stuurt het revalidatieteam aan en is verantwoordelijk voor de instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten in de opgestelde zorgpaden en voor de continuïteit van de revalidatiegeneeskundige zorg. De revalidatiearts draagt zorg voor de implementatie van nieuwe, vakgroep gerichte werkwijzen, protocollen en richtlijnen (Daniels, 2018a). Daar waar in dit rapport gesproken wordt over ‘revalidatiearts’, kan ook de stafarts of arts-assistent gelezen worden. Zij voeren bepaalde werkzaamheden, zoals de artsenvisite, namelijk in overleg met de revalidatiearts uit. De revalidatiearts blijft wel de eindverantwoordelijke van het totale revalidatieproces (Daniels, 2018a). De revalidatiearts is in het multidisciplinaire behandelteam de hoofdverantwoordelijke wat betreft de zorg rondom de ontregelde diabetes type 2 bij de patiënten die opgenomen zijn op de afdeling.

Verpleegkundige

De verpleegkundigen die werkzaam zijn bij Heliomare, streven naar vernieuwing, modernisering en hoge kwaliteit van de 24-uurs zorgverlening. Ze nemen daarbij een kritische, proactieve houding aan en reflecteren op hun eigen handelen. Vanuit vertrouwen, respect en betrokkenheid wordt de samenwerking aangegaan met de patiënt, in de overtuiging dat dit een positieve uitwerking heeft op het revalidatieproces. De patiënt heeft zeggenschap over de eigen revalidatiedoelen, waarbij de verpleegkundige op basis van haar vakkennis advies geeft en ondersteuning biedt (G. Rutten, 2017). De verpleegkundige werkt samen met de patiënt en participeert in het multidisciplinaire team. Ze heeft daarbij oog voor het sociale netwerk rondom de patiënt en betrekt dit intensief bij de zorgverlening . De wensen en belangen van de verpleegkundigen met betrekking tot het huidige onderzoek, betreffen het feit dat zij begeleiding bieden aan de patiënt en diens naasten, die gericht is op het bevorderen en ondersteunen van eigen regie, participatie en zelfmanagement. Voor verpleegkundigen is het van belang om dit op dezelfde manier te doen, zodat de instructie duidelijk overgebracht wordt (Rutten, 2017).

Diëtiste

De diëtiste die werkzaam is bij Heliomare, baseert haar adviezen op de ‘Richtlijnen goede voeding’ en de geldende dieetbehandelingsrichtlijnen, mits dit past binnen de beperkingen van het betreffende dieet. Hierbij wordt gestreefd naar ‘evidence based’ handelen. De dieetbehandeling is het geheel van activiteiten die tot doel hebben om een bijdrage te leveren aan het voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare stoornissen of beperkingen (Kuijpers, 2020). De diëtiste bij Heliomare maakt deel uit van meerdere teams en werkt dus team overstijgend. De belangrijkste taak van de diëtiste is dat de patiënten met een ontregelde bloedsuikerspiegel een passend en evenwichtig voedingspatroon aangeboden krijgen, zodat de voeding een positieve bijdrage levert aan het voorkomen of verminderen van de ontregelde diabetes type 2 (Kuijpers, 2020).

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt het literatuuronderzoek systematisch beschreven. In paragraaf 2.1 komt de zoekstrategie aan bod, waarbij ook de zoektermen worden genoemd die zijn geformuleerd op basis van de hoofd- en deelvragen. In paragraaf 2.2 worden de resultaten van het literatuuronderzoek beschreven en in paragraaf 2.3 wordt ingegaan op de validiteit van het literatuuronderzoek.

2.1 Zoekstrategie

Met Engelstalige zoekwoorden is gezocht in de databanken van Cochrane library, PubMed en Cinahl. De artikelen zijn geselecteerd op basis van betrouwbaarheid en validiteit en zijn vervolgens ingedeeld op basis van de mate van bewijslast volgens de piramide van bewijslast (Stolp & Schouten, 2017, pp.151-152). Bij het zoeken naar de artikelen is gebruikgemaakt van het sneeuwbaleffect en van de booleaanse operatoren AND, OR en NOT. Tevens is gebruikgemaakt van in- en exclusiecriteria (zie tabel 2.1 en 2.2). De artikelen zijn geselecteerd op taal en jaartal en op de mate waarin de inhoudt van de artikelen aansloot op de literatuurdeelvraag (Stolp & Schouten, 2017, pp. 193-142).

Zoekwoorden literatuur deelvraag

Nederlandstalig	Engelstalig
CVA	Cerebro vasculair accident
Ontregelde bloedsuiker	Dysregulated blood glucose
Diabetes zorg	Diabetes care
Laag geletterd	Low health literacy
Medisch zelfmanagement	Medical Self-management

Tabel 2.1

In-Exclusiecriteria literatuur deelvraag

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Nederlands of Engels talig	Alle andere talen
Publicatiedatum 2016- heden	Artikelen die voor 2016 zijn uitgegeven
Wetenschappelijke en betrouwbare bron	Geen wetenschappelijke en betrouwbare bron
Artikelen gerelateerd aan de onderzoeksvraag	Artikelen die niet overeenkomen met de onderzoeksvraag
Verpleegkundige artikelen	Medische of andere artikelen
Teksten die gratis te lezen zijn	Teksten waarvoor geld betaald moet worden
Patiënten met diabetes mellitus type 2 die insuline gebruiken en recent een cva hebben doorgemaakt	Patiënten met diabetes type 1 of diabetes type 2 en alleen tablet afhankelijk.
Patiënten die recent een CVA hebben doorgemaakt	Patiënten met een blanco voorgeschiedenis en/of andere aandoeningen

Tabel 2.2

2.2 Selectie van de bronnen

Allereerst is de literatuur gezocht met behulp van de zoektermen en inclusiecriteria. De gevonden literatuur is beoordeeld door de titel en samenvatting te lezen. Hierna is gekeken naar de onderzochte doelgroep, waarna bronnen geselecteerd zijn die antwoord geven op de theoretische deelvraag. De literatuurartikelen zijn geselecteerd op basis van de piramide van bewijslast en met behulp van de beoordelingslijsten van Cochrane (zie bijlage 3,4 en 5).
In een literatuuronderzoek worden de resultaten van verschillende onderzoeken over een bepaald onderwerp samengevat. Dit is vooral zinvol als de onderzoeksresultaten verschillen (Stolp & Schouten, 2017, pp.166). Allereerst zijn de antwoorden op de deelvraag gemarkeerd in de artikelen, waarna hiervan een samenvatting gemaakt is. De overeenkomsten en verschillen tussen de verschillende artikelen zijn onderzocht om tot een conclusie te komen. Bij de analyse van de literatuur is erop gelet of er een kritische samenvatting was van het literatuuronderzoek, of de literatuur begrijpelijk en overzichtelijk was en of de bevindingen gebaseerd zijn op feiten (Stolp & Schouten, 2017, pp.169).

2.3 Zoekresultaten van het literatuuronderzoek

Zoek nr	Databank/ internetsite	Zoektermen	Filters	Aantal hits	Relevant
1.	Pubmed	Diabetes type 2 and chronic care model	Vanaf 2016, Gratis volledige tekst, Systematische herziening	12	The chronic care model for type 2 diabetes: a systematic review
2.	Pubmed	Diabetes type 2 and autonomy support	Vanaf 2020, Gratis volledige tekst	4	Autonomy support from informal health supporters: links with self-care activities, healthcare engagement, metabolic outcomes, and cardiac risk among Veterans with type 2 diabetes
3.	Pubmed	Diabetes and low health literacy	Vanaf 2020, Taal nederlands	58	Medication self-management support for people with diabetes and low health literacy: A needs assessment
4.	Nederlandse diabetes federatie	Diabetes en zelfmanagement			Zelfmanagement en Zelfmanagementondersteuning als integraal onderdeel van de diabeteszorg
5.	Vilans	zelfmanagement			Kennisbundel Zelfmanagement-ondersteuning

Tabel 2.3

2.4 Validiteit en betrouwbaarheid literatuuronderzoek

Om de validiteit en betrouwbaarheid van de geraadpleegde literatuur te beoordelen, zijn beoordelingslijsten van Cochrane Netherlands gebruikt (Cochrane Netherlands, 2021), zie bijlage 3, 4 en 5. Deze formulieren zijn bedoeld om wetenschappelijke publicaties te beoordelen. De artikelen zijn op een systematische wijze gezocht aan de hand van zoektermen en criteria, waardoor het onderzoek verifieerbaar en controleerbaar is. Op deze manier is de validiteit van het onderzoek gewaarborgd (Verhoeven, 2018, pp. 166). Om de betrouwbaarheid van het literatuuronderzoek te waarborgen, is naar wetenschappelijke literatuur gezocht in de databanken en Google Scholar. Ook is gezocht op relevantie met betrekking tot de plaats van het onderzoek en is gelet op de doelgroepen van de onderzoeken. De gevonden artikelen zijn tot slot beoordeeld op het niveau van bewijskracht. Hierbij is gebruikgemaakt van de piramide van bewijslast (Stolp, Schouten, den Boer, & Zegers, 2017, pp. 175-178).

3. Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven volgens welke methodiek het praktijkonderzoek is uitgevoerd. Op basis van het praktijkonderzoek worden de volgende twee praktijkdeelvragen beantwoord:

1. *Wat weten de verpleegkundigen, artsen en diëtisten van team 3B over de interventies die ingezet kunnen worden bij de begeleiding bij het medisch zelfmanagement van patiënten met diabetes mellitus?*
2. *Welke belemmerende of bevorderende factoren ervaren de verpleegkundigen, artsen en diëtisten van team 3B bij de begeleiding bij het medisch zelfmanagement van patiënten met diabetes mellitus die een CVA hebben doorgemaakt?*

3.1 Onderzoeksmethode

Voor dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatief-onderzoeksdesign. Een kwalitatief onderzoek wordt gebruikt als onderzoeksvorm als er ervaringen, belevingen en verwachtingen van de onderzoekspopulatie in kaart gebracht dienen te worden. Bij een kwalitatief onderzoek is de onderzoekspopulatie kleiner dan bij een kwantitatief onderzoek, maar de resultaten zijn meer gedetailleerd (Stolp & Schouten, 2017, pp. 42). Er is voor beide praktijkdeelvragen dezelfde onderzoeksmethode gebuikt en dezelfde respondenten. Om antwoord te krijgen op de deelvragen zijn er semigestructureerde interviews afgenomen. De keuze voor semigestructureerd interviews is gemaakt omdat de onderzoeker wat meer door kon vragen over de onderwerpen waar nodig en dat de interviews wat meer als gespreksvorm vorm gegeven konden worden in plaats van een echt interview (Stolp & Schouten, 2017, pp. 51). Om het Semigestructureerde interview op te stellen, is gebruikgemaakt van een topiclijst (zie bijlage 6).

3.2 Onderzoekspopulatie

3.2.1 Populatie

Het praktijkonderzoek heeft plaatsgevonden bij revalidatiecentrum Heliomare. De onderzoekspopulatie bestaat uit verpleegkundigen, artsen en diëtisten van afdeling 3B NAH, Motoriek en Communicatie. Het team bestaat uit zestien verpleegkundigen (allen vrouw), een revalidatiearts en een arts-assistent (beiden man). Verder zijn bij team 3B twee diëtistes betrokken (beiden vrouw).

3.2.2 Steekproef

Acht verpleegkundigen zijn uitgenodigd om mee te doen met het kwalitatieve deel van het onderzoek waarbij semigestructureerde interviews werden afgenomen. De respondenten hebben uitleg gekregen over hoe de algemene verordening gegevensbescherming (AVG) gewaarborgd word binnen het onderzoek. Door middel van een aselecte steekproef is bepaald welke verpleegkundigen uitgenodigd zouden worden om mee te doen met het onderzoek (Verhoeven, 2018, pp. 185–187). In deze steekproef werd steeds elke tweede verpleegkundige van de alfabetische namenlijst geselecteerd. Er is gekozen voor een willekeurige aselecte steekproef, zodat er geen voorkeur was voor welke verpleegkundige deelneemt aan het onderzoek (Verhoeven, 2018, pp. 185–187). Verder zijn een diëtiste en een arts gevraagd om mee te werken aan het onderzoek. De arts als hoofdbehandelaar, is cruciaal binnen de diabetes zorg. Voor dit onderzoek Voor de arts-assistent is gevraagd om mee te werken omdat hij dagelijks met de patiënten werkt. De diëtiste is van belang binnen dit onderzoek als deskundige voor een advies over passend en een evenwichtig voedingspatroon, zodat de voeding een positieve bijdrage levert aan het voorkomen of verminderen van de ontregelde diabetes type 2.

3.2.3 Respons

De respondenten die zijn uitgenodigd om aan het onderzoek deel te nemen, waren allen bereid om mee te werken. De respons is daarom gelijk gebleven aan de steekproef, en was dus 100% voor het onderzoek.

3.3 Dataverzameling

3.3.1 Meetinstrument

Om het semigestructureerde interview op te stellen, is een topiclijstgemaakt (zie bijlage 6). Een topiclijst is een lijst met onderwerpen die gebaseerd is op de te beantwoorden praktijkdeelvragen. Door begripsafbakening ontstonden termen die als uitgangspunt gebruikt zijn om de interviews op te

stellen (Verhoeven, 2018, pp. 205). Voorafgaand aan het afnemen van de interviews is een proef interview afgenomen, om na te gaan of de antwoorden van het interview overeenkomen met de verwachting om zo de betrouwbaarheid te verhogen. Ook is het proefinterview afgenomen om in te schatten hoelang het interview zou duren, zodat dit vooraf kon worden aangegeven bij de respondenten (Verhoeven, 2018, pp. 207).

3.3.2 Respondenten werven

Om ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk respondenten mee wilden werken aan het onderzoek, is voorafgaand aan het onderzoek een korte introductie gegeven. Hiermee werd gezorgd voor een zo hoog mogelijke respons voor het onderzoek naar interventies waarmee patiënten begeleid worden met het medisch zelfmanagement bij de ontregelde diabetes mellitus type 2. Bij de introductie van het onderzoek ingegaan op het belang van het onderzoek en de tijdsduur van de interviews. Ook is aangegeven dat als het onderzoek afgerond is, de resultaten met de respondenten gedeeld worden (Verhoeven, 2018, pp. 218).

3.3.3 Beschrijving van het afnemen van het onderzoek

Negen interviews zijn afgenomen en opgenomen in een gesloten ruimte op afdeling 3B bij Heliomare. Eén interview is afgenomen en opgenomen via Microsoft Teams. Verder zijn twee interviews afgenomen op donderdag 15 april, twee op vrijdag 16 april, vier op zaterdag 17 april en het laatste interview is gehouden op woensdag 21 april. De interviews duurden tussen de acht en veertien minuten.

3.4 Dataverwerking

De interviews zijn opgenomen en getranscribeerd. Na het transcriberen zijn de interviews gecodeerd volgens de stappen open, axiaal en selectief. Bij het open coderen is gezocht naar passende omschrijvingen bij de tekstfragmenten. Tijdens het axiaal coderen zijn deze omschrijvingen gegroepeerd en is gekeken naar de verschillen en overeenkomsten van de verschillende begrippen. Bij het selectief coderen zijn de verschillende begrippen met elkaar in verband gebracht (Verhoeven, 2018, pp. 294).

3.5 Kwaliteit van het onderzoek

3.5.1 Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid van een onderzoek te bepalen, wordt er gekeken naar de mate waarin het onderzoek vrij is van toevallige fouten, zodat het resultaat van het onderzoek hetzelfde zou zijn als het onderzoek herhaald zou worden (Verhoeven, 2018, pp. 32). Om de betrouwbaarheid van het praktijkonderzoek te verhogen, zijn de interviews afgenomen in een stille afgesloten ruimte, zodat de respondenten zich niet konden laten beïnvloeden. Ook zijn de interviews opgenomen en daarna getranscribeerd en gecodeerd. Tijdens het transcriberen is gekeken of er voldoende datasaturatie behaald was en werd steeds gekeken of de topiclijst afdoende was (Verhoeven, 2018, pp. 167-169).

3.5.2 Validiteit

Bij de validiteit van een onderzoek gaat het erom of gemeten wordt wat gemeten moet worden en of het onderzoek vrij is van systematische fouten (Verhoeven, 2018, pp. 170-173). De validiteit van het onderzoek is verhoogd doordat voorafgaand aan de interviews een proefinterview gehouden is. Tijdens het afnemen van de interviews is doorgevraagd als de onderzoeker vermoedde dat de respondent de vraag niet geheel begrepen had. Verder zijn de respondenten geselecteerd in een aselecte steekproef, waardoor de resultaten inhoudelijk generaliseerbaar zijn. De interviews zijn afgenomen totdat datasaturatie bereikt was, waardoor er geen nieuwe informatie meer kwam door de respondenten op de vragen vanuit de interviews (Verhoeven, 2018, pp. 170-173).

4. Resultaten

In het literatuuronderzoek stond de volgende deelvraag centraal: *Wat zijn de best bewezen multidisciplinaire interventies in de literatuur om het medisch zelfmanagement bij patiënten na een CVA met diabetes mellitus type 2 te versterken?*

Patiënten die een CVA hebben doorgemaakt, gaan door verschillende fases heen als het gaat om zelfmanagement. Zelfmanagement is een leerproces met drie fasen. In de eerste fase gaat het om het managen van de consequenties die ontstaan zijn door de CVA en in de tweede fase wordt het zelfmanagement van een deel van de dagelijkse activiteiten opgepakt. De derde en laatste fase is zelfmanagement van betekenisvolle rollen. In deze fase gaat het erom om weer deel te kunnen nemen aan een betekenisvol leven. De fases worden niet in een bepaalde volgorde doorlopen. De volgorde hangt af van waar de patiënt staat in de revalidatie en waar de patiënt zich op dat moment op wilt richten (Satink, 2016).

In het onderzoek van Satink (2016) wordt zelfmanagement onderverdeeld in drie domeinen, namelijk medisch management, rolmanagement en emotioneel management. Deze fases kunnen naast de fases van aan de domeinen hierboven beschreven. De eerste fase, waarin patiënten gericht zijn op het omgaan met de gevolgen van het CVA, staat het medisch management op de voorgrond.

Patiënten zijn lang niet altijd op de hoogte van wat met de term zelfmanagement bedoeld wordt. Uit onderzoek van Jedeloo en Weele (2015) is gebleken dat patiënten denken dat ze bij zelfmanagement alles zelf moeten doen. Het is belangrijk om patiënten duidelijk te laten weten wat met zelfmanagement bedoeld wordt en hoe de patiënt hierbij begeleid kan worden. Partners van patiënten spelen een belangrijke rol bij zelfmanagement. Dit blijkt uit het onderzoek van Lee et al. (2020, p. 250) waarin de deelnemers aangeven de ondersteuning van een partner erg belangrijk te vinden. Bij het trainen van de zelfmanagementvaardigheden is het dus van belang om de partner te zien als gelijkwaardige deelnemer, zodat zij de echtgenoot met een beroerte kunnen ondersteunen.

Zelfmanagement wordt vaak in verband gebracht met zelfstandigheid. Zelfstandig functioneren is een belangrijke doelstelling van de revalidatie. Uit verschillende studies met patiënten met chronische aandoeningen, waaronder CVA-patiënten, blijkt dat zij autonomie, eigen regie en deelname aan een betekenisvol leven belangrijker kunnen vinden dan dat zij activiteiten zelfstandig kunnen uitvoeren. Doordat CVA-patiënten in de revalidatie gaan oefenen, kunnen de patiënten de verschillende situaties onderzoeken, uitdagingen aangaan en de betekenis van dagelijkse activiteiten heroverwegen (Woodman et al., 2014) (Ekstam et al., 2010). Patiënten met diabetes mellitus hebben relatief gezien vaak last van laaggeletterheid en ook na een CVA hebben patiënten moeite om functionele, communicatieve en kritische taal goed te begrijpen. In het onderzoek van Visscher et al. (2020) komt naar voren dat medisch zelfmanagement een hoge mate van eigen autonomie en controle vereist. Patiënten met diabetes mellitus die een CVA hebben doorgemaakt, hebben in grote mate moeite met gezondheidsgeletterdheid. Hun vermogen om informatie te begrijpen, toegang te krijgen tot informatie en de informatie te gebruiken, schiet vaak tekort. In het onderzoek van Visscher et al. (2020) is ook naar voren gekomen dat mensen vooral probleem ondervonden als de dagelijkse routine verandert, en dit is het geval als patiënten worden van een CVA worden opgenomen bij Heliomare. De interventies die in het onderzoek naar voren komen, zijn gericht op het opdoen van korte en begrijpelijke informatie die eenvoudig te lezen is en die ook gesproken informatie of animaties kan bevatten. Ook is het belangrijk dat de zorgverleners informatie over het medisch zelfmanagement duidelijk uitleggen aan de patiënten en nagaan of zij de informatie begrepen hebben. Ook kunnen bronnen zoals het internet, de Nederlandse Diabetes Vereniging, familie of een informatiefolder over diabetes mellitus ingezet worden (Visscher et al., 2020).

Uit onderzoek van Lee et al. (2020, p. 250) blijkt dat het zelfmanagement verbetert als de zorgverlener de autonomie van de patiënt vergroot. Zorgverleners kunnen dit doen door de perspectieven van de patiënt te erkennen, door passende evidence based interventies te bieden voor zelfzorgaanbevelingen en door de keuze van de patiënt bij gedragsveranderingen te ondersteunen. Als de interventies zijn ingezet, kunnen de patiënten gunstigere diabetesgerelateerde attitudes ontwikkelen, de zelfzorg van de diabetes beter naleven en de bloedsuikerwaardes verbeteren als de partner of een naast familielid emotionele ondersteuning kan bieden bij een verbeterde leefstijl. De interventies die tijdens dit onderzoek ingezet zijn, zijn: het naleven van een dieet dat de diëtiste heeft voorgeschreven, een op maat gemaakt programma voor lichaamsbeweging, interventies voor de juiste voetzorg en een regelmatige controle van de bloedglucosespiegel.

Volgens Baptista et al. (2016) is het Chronic Care Model (CCM) ontwikkeld is om het zelfmanagement van patiënten met een chronische ziekte zoals diabetes te stimuleren. Dit chronische-zorgmodel is ontwikkeld in de jaren negentig in de Verenigde staten en heeft als doel om zes belangrijke, onderling samenhangende elementen van het gezondheidssysteem te optimaliseren. Deze zes elementen zijn:

- zelfzorgondersteuning, waarbij interventies ingezet worden om patiënten om te leren gaan met hun eigen gezondheid;
- ondersteuning bij klinische beslissingen, waarbij consistent aandacht besteed wordt aan de dagelijkse praktijk om klinische besluiten in overleg met de patiënten te nemen;
- aanpassing van de klinische informatiesystemen, waarbij efficiëntie en effectiviteit voor de medewerker centraal staan;
- begeleiding door een multidisciplinair behandelteam, waarbij naast de face-to-face consulten ook plaats is voor vervolgafspraken,
- aandacht op afstand van lotgenoten;
- de ontwikkeling van preventieprogramma's die ten goede komen aan patiënten met diabetes en hun gezondheid positief kunnen beïnvloeden (Baptista et al., 2016, p. 1).

In de zes onderzoeken werden geen verbeteringen in klinische uitkomsten gevonden bij de interventiegroep en opzicht van de controle groep. Preventie en vroegtijdige interventies bij het complexe diabeteszorg kan een multidimensionale en systemische oplossing zijn. Daarnaast zijn interventies die de zes onderdelen bevatten, mogelijk gunstig voor de diabeteszorg (Baptista et al., 2016, p. 1). De begeleiding van professionals die zelfmanagementondersteuning geven aan patiënten met ontregelde diabetes, bestaat uit ondersteuning aan patiënten en hun familie, waarbij het van belang is dat de patiënten zo goed mogelijk om kunnen gaan met de lichamelijke, sociale en emotionele gevolgen van de diabetes mellitus. Voor de begeleiding van patiënten is een stapsgewijze en methodische aanpak nodig. Dit kan volgens het 5A-model, dat bestaat uit de vijf stappen van zelfmanagementondersteuning (Vilans, z.d.). Dit zijn: achterhalen, adviseren, afspreken, assisteren en arrangeren. De Nederlandse Diabetes Federatie (2020) heeft een module geschreven over zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning als integraal onderdeel van de diabeteszorg. De module is gebaseerd op het eerdergenoemde CCM model, dat als raamwerk geldt voor de zorg aan chronisch zieken. Het effect van de afzonderlijke eerdergenoemde interventies van Baptista et al. (2016) op verbetering van de klinische uitkomsten is nog niet bewezen. Wel is gebleken dat het aanbieden van de zes interventies op maat door enthousiaste zorgverleners effectieve ondersteuning kan bieden voor patiënten met diabetes mellitus.
De Nederlandse Diabetes Federatie (2020) werkt met het 5A-model. Hierbij worden de zes onderdelen van het CCM gebruikt om zelfmanagementondersteuning te bieden aan patiënten met diabetes mellitus. In de praktijk houdt dit in dat de zorgverlener de patiënt vraagt naar zijn eigen ervaringen in het verleden en deze naast de eigen beoordeling van het verloop op dat moment legt. De zorgverlener kijkt vervolgens samen met de patiënt naar wat de beste aanpak is en maakt afspraken wie wat gaat doen. Bij de samenwerking met het multidisciplinaire behandelteam is het belangrijk dat er inhoudelijke afstemming plaatsvindt ter bevordering van de kwaliteit van de zorg. Door deze inhoudelijke afstemming kunnen samen met de patiënt afspraken gemaakt worden, die verwerkt worden in een individueel, op de patiënt afgestemd verpleegplan.

Praktijkdeelvraag 1:Wat weten de verpleegkundigen, artsen en diëtisten van team 3B over de interventies die ingezet kunnen worden bij de begeleiding bij het medisch zelfmanagement van patiënten met diabetes mellitus?
De verpleegkundigen, artsen en diëtisten van team 3B zetten verschillende interventies in bij de begeleiding van het zelfmanagement bij patiënten met diabetes mellitus type 2. In het onderzoek is aangegeven dat het zelfmanagement op verschillende manieren wordt gestimuleerd. De geïnterviewde verpleegkundigen gaven aan dat zij in eerste instantie op verschillende manieren kijken naar wat de patiënt zelf kan. Stap voor stap worden de verschillende handelingen, zoals het meten van de bloedsuiker en het spuiten van de insuline, doorgenomen. Vijf verpleegkundigen gaven aan dat bij het doornemen van de stappen gekeken wordt wat de patiënt wel of niet zelf kan of dat de patiënt gevraagd wordt om de stappen zelf te beschrijven, waarmee getoetst wordt wat de patiënt wel of niet weet. Een van de verpleegkundigen zei hierover:

> "Als verpleegkundige begeleid ik patiënten stap voor stap met het aanleren van de handelingen die nodig zijn om het zelfstandig meten van de bloedsuiker en het prikken van de insuline weer onder de knie te krijgen in de veranderde situatie na het doormaken van het CVA".

Drie verpleegkundigen gaan in de eerste twee weken na welke materialen patiënten thuis hebben om de bloedsuiker te meten. Ze vragen de patiënt of diens familie om die materialen mee te nemen naar

Heliomare, zodat de patiënt kan oefenen om de materialen weer te gaan gebruiken. Hierbij wordt de thuissituatie zoveel mogelijk nagebootst. De geïnterviewde arts zei daarover:

> "Het meten van de bloedsuiker wordt na opname in eerste instantie overgenomen en dan gaan we zo snel als mogelijk trainen naar de situatie zoals die voor opname thuis was met de eigen materialen die de patiënt heeft."

In drie interviews werd aangegeven dat het belangrijk is om aan te sluiten bij wat de patiënt op dat moment kan. Veel patiënten hebben te maken met een halfzijdige verlamming of verminderde motorische vaardigheden, waardoor zij de handelingen minder makkelijk kunnen uitvoeren dan voorheen. De verpleegkundigen laten de ergotherapeut meedenken voor de juiste aanpassingen met betrekking tot de verschillende materialen. De diëtiste stelt doelen op om de patiënt te begeleiden bij het zelfmanagement. Ze schrijft deze doelen voor zelfzelf op, maar deze worden niet vermeld in het dossier van de patiënt. De diëtiste zei hierover:

> "Ik schrijf de doelen voor mezelf op en die evalueer ik elke week met de patiënt. Ik vermeld ze niet in het dossier van de patiënt."

De arts en diëtiste zeiden in het interview dat zij in het gesprek met de patiënt 'motivational interviewing' te gebruiken. Alle geïnterviewde verpleegkundigen gaven echter niet aan of zij motivational interviewing wel of niet toepassen. Het gebruik van voorlichtingsmateriaal is ook aan bod gekomen tijdens de interviews. Zes van de acht verpleegkundigen hebben aangegeven nooit voorlichtingsmateriaal te gebruiken bij het stimuleren van het zelfmanagement bij de zorg rondom diabetes mellitus type 2. Een verpleegkundige gaf aan:

> "Voorlichtingsmateriaal heb ik nog niet nodig gehad, omdat de patiënten die ik begeleid al bekend zijn met diabetes mellitus type 2. Zover ik weet hebben we dit ook niet op de afdeling."

De andere twee verpleegkundigen hebben aangegeven dat wij websites gebruiken voor voorlichting. De diëtiste noemde een boek dat zij gebruikt bij de voorlichting, met de titel: *Diabetes voor laaggeletterden*. Het boek bevat begrijpelijke tekst en veel afbeeldingen. De arts heeft aangegeven dat patiënten met vragen doorverwezen worden naar de website van het diabetesfonds. Vlak voordat de patiënten op weekendverlof gaan, is voor de verpleegkundigen een moment om de interventies in te zetten. Als blijkt dat de patiënt de zorg rondom de diabetes niet zelf uit kan voeren, schakelen de verpleegkundigen de hulp van familie in. De diëtiste heeft aangegeven nooit familie bij de zorg rondom diabetes te betrekken. Zij gaf aan:

> "Ik betrek familie nooit binnen de zorg omtrent de diabetes, je brengt me wel op ideeën."

Praktijkdeelvraag 2: Welke belemmerende en/of bevorderende factoren ervaren de verpleegkundigen, artsen en diëtisten van team 3B bij de begeleiding van de patiënt met zelfmanagement bij diabetes mellitus na het doormaken van een CVA?
Drie verpleegkundigen gaven in het interview aan dat het bevorderend voor de CVA-patiënten met diabetes bevorderlijk is om tijdens het trainen van het zelfmanagement weer zelfstandigheid terug krijgen, zodat zij ook weer enige eigen regie terug kunnen krijgen. De arts heeft echter aangegeven dat het wel medisch verantwoord moet zijn, en dat goed behandelaarschap dus op de voorgrond moet staan. De arts geeft aan dat het regelmatig voorkomt dat patiënten binnen de grenswaardes bewegingsvrijheid krijgen en dat dan elke week geëvalueerd wordt hoe het gaat met die waardes. Als het niet goed gaat, dienen de verpleegkundigen weer meer regie omtrent de diabetes over te nemen. De arts gaf aan:

> "Soms maken patiënten andere keuzes in een optimale behandeling. Patiënten krijgen een bepaalde bewegingsvrijheid, maar het moet wel medisch verantwoordelijk blijven. Je kan mensen niet medisch onaanvaardbare dingen laten doen."

Als bevorderende factoren gaven drie verpleegkundigen aan dat er korte lijnen zijn met de arts en de diëtiste, waarbij het als prettig ervaren wordt dat de interventies die ingezet worden goed afgestemd kunnen worden op de verpleging, arts en diëtiste. Tijdens de interviews zijn ook belemmerende factoren genoemd bij het stimuleren van het zelfmanagement van de patiënten met diabetes mellitus type 2. Vier verpleegkundigen geven aan dat een halfzijdige verlamming van een patiënt een

belangrijke factor is. Dit kan het zelfmanagement van de patiënt flink belemmeren. Verder gaven vijf verpleegkundigen aan dat de verminderde cognitie van een patiënt ook een belangrijke factor is die het zelfmanagement van de patiënt in gevaar kan brengen. Een van de geïnterviewden zei hierover:

> "De veranderde cognitie van een patiënt kan een belemmering zijn bij het stimuleren van het zelfmanagement. Uit de praktijk blijkt dat patiënten het denken goed te doen en dan geen advies dulden."

Een andere belemmering, die drie verpleegkundigen ervaren, is dat er veel bloedsuikerdagcurves geprikt worden, maar zonder duidelijk beleid. De verpleegkundigen gaven in de interviews aan dat, mogelijk door kennisgebrek, veel dagcurves te lang geprikt worden, wat zowel de verpleging als de patiënten niet altijd begrijpen. Een van de verpleegkundigen gaf aan:

> "Je ziet wel dat mensen vaak ontregeld binnenkomen, dan snap ik dat patiënten veel geprikt moeten worden om de bloedsuiker te bepalen maar op een gegeven moment moeten we ook durven loslaten en weer terug naar het stimuleren van het zelfmanagement van de patiënt."

Twee verpleegkundigen gaven aan dat kennis over diabetes van groot belang is bij het begeleiden van de patiënt bij het zelfmanagement. De diabetesverpleegkundige speelde daar voorheen een grote rol in, en die wordt nu dus gemist daarin. Een van de geïnterviewden zei:

> "Voorheen was er een diabetesverpleegkundige werkzaam in Heliomare en soms zijn er wel eens inhoudelijke vragen waar de arts en de diëtiste geen antwoord op hebben. Dan mis ik de kennis die een diabetesverpleegkundige heeft wel."

De diëtiste geeft aan dat zij het als een belemmerende factor ervaart dat Heliomare een gezondheidsinstelling is, maar dat er veel suikkerrijke producten te vinden zijn door bijvoorbeeld de frisdrank en snoepautomaten. Dit stimuleert de patiënten niet tot het nemen van gezonde voeding. De diëtiste zei hierover:

> "Ik vind eigenlijk, als gezondheidsinstelling, dat je meer gezonde voeding voorop zou mogen zetten en dat de voedingsbond van Heliomare daar nog niet altijd passend in is".

Twee verpleegkundigen gaven in het interview dat hun collega's geen doelen opstellen in het verpleegplan. Zij ervaren dit als een belemmerende factor, omdat het dan onduidelijk is aan welke doelen op welke manier gewerkt worden door de verpleegkundigen bij de patiënt. En van de verpleegkundigen zei hierover:

> "Wat voor mij naar voren komt, is dat we als verpleegkundig team kunnen verbeteren in het opstellen van doelen samen met de patiënt, om de patiënt mee te nemen in de stappen bij het oppakken van het zelfmanagement omtrent de diabetes zorg."

5. Conclusie

De hoofdvraag die in dit onderzoek centraal stond, luidt: *Welke multidisciplinaire, EBP-onderbouwde interventies kan het multidisciplinaire behandelteam bestaande uit verpleegkundigen, artsen en diëtisten van afdeling 3B inzetten, om het medisch zelfmanagement na een CVA bij patiënten met diabetes mellitus type 2 te versterken?* Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de verpleegkundigen, de arts en de diëtiste van afdeling 3B NAH, Motoriek en Communicatie niet terughoudend zijn met het inzetten van interventies om het medisch zelfmanagement van patiënten na een CVA met diabetes mellitus 2 te stimuleren. Echter, daarnaast blijkt uit het onderzoek dat de verschillende medewerkers allemaal andere interventies inzetten, met wisselende resultaten. Bij patiënten met diabetes mellitus type 2 moet na een CVA rekening gehouden worden met een aantal belangrijke aspecten om de interventies te laten slagen.

De patiënten leren om met de gevolgen van het CVA om te gaan, waarbij het medisch management op de voorgrond staat. De patiënten zijn echter niet altijd op de hoogte van wat medisch management inhoudt. Directe familieleden spelen een belangrijke rol bij het trainen van het medisch zelfmanagement om de patiënt na een CVA te kunnen ondersteunen, ook met het oog op het weekendverlof of ontslag. Patiënten met diabetes mellitus type 2 hebben na een CVA grote kans op laaggeletterdheid. Zij hebben moeite met het begrijpen van functionele, communicatieve en kritische taal, waardoor de informatie die ze tot zich krijgen begrijpelijke tekst moet bevatten, eventueel ondersteund door afbeeldingen of pictogrammen. Om medisch zelfmanagement van patiënten te versterken, kan gebruikgemaakt worden van het 5A-model, waarbij de zorgverlener in vijf stappen het medisch zelfmanagement met de patiënt kan trainen. De autonomie van de patiënt kan verhoogd worden door met de patiënt doelen op te stellen, waarbij de autonomie van de patiënt voorop staat. De resultaten hebben uitgewezen dat interventies zinvol zijn als de patiënt en een direct familielid hier direct bij betrokken wordt.

Uit dit kwalitatief onderzoek is gebleken dat de interventies die de verpleegkundigen, arts en diëtiste inzetten om het medisch zelfmanagement bij de patiënten te versterken, aan moeten sluiten bij de patiënt. Er dient begrijpelijke taal gehanteerd te worden en er dient een direct familielid van de patiënt bij betrokken te worden, om ervoor te zorgen dat de patiënt de informatie begrijpt en gesteund kan worden. De informatie moet korte, begrijpelijke tekst bevatten die gemakkelijk te lezen is waarbij gesproken informatie of afbeeldingen onderdeel van de informatie kunnen zijn. Het is van belang om na te gaan wat de patiënt wel en niet weet over diabetes mellitus type 2 en wat de patiënt al zelf kan. Vanuit dit startpunt kunnen samen met de patiënt doelen opgesteld stellen en geëvalueerd worden, en zo nodig herzien. Daarvoor is het van belang dat zowel de verpleegkundigen als de arts en diëtiste voldoende kennis hebben over diabetes mellitus type 2, om samen met de patiënt de juiste interventies in te kunnen zetten.

6. Discussie

6.1 Kritische beoordeling van de geraadpleegde bronnen

Naast de bronnen die gebruikt zijn in het literatuuronderzoek, zijn in het praktijkonderzoek drie wetenschappelijke artikelen gebruikt. Deze zijn beoordeeld aan de hand van de beoordelingsformulieren van Cochrane (Cochrane Netherlands, 2021), zie bijlage 3,4 en 5. Het eerste artikel is een systematische review, en daarmee het hoogst haalbare in de piramide van bewijslast. Het tweede onderzoek is een randomized controlled trial (RCT) die in de piramide van bewijslast onder een systematische review uitkomt. Het laatste artikel is een kwalitatief onderzoek. In de piramide van bewijslast wordt dit gezien als een observationeel onderzoek, wat uitkomt op de level van evidence onder de RCT (zie afbeelding 1) (Stolp & Schouten, 2017, p. 152). In het vervolg van deze paragraaf wordt dieper ingegaan op de kritische beoordeling van de drie artikelen.

Afbeelding 1

Onderzoek 1: *The chronic care model for type 2 diabetes: a systematic review* (Baptista et al., 2016, p. 1).
Onderzoek 1 is een systematische review, die beoordeeld is volgens de beoordelingslijsten van Cochrane (zie bijlage 1). Uit de beoordeling blijkt dat het onderzoek op alle punten valide is. De systematische review staat als hoogst genoteerd in de piramide van bewijslast, omdat het artikel een overzicht geeft van alle onderzoeken met een grote onderzoekspopulatie die gedaan zijn naar een onderwerp (Stolp & Schouten, 2017, p. 168-170). Er zijn zes interventies onderzocht die het medisch zelfmanagement bij patiënten met diabetes mellitus type 2 stimuleren. De interventies die beschreven worden, zijn alle toepasbaar bij Heliomare. Wel zal het veel tijd kosten om de interventies te implementeren. Daarnaast wordt in het onderzoeksrapport beschreven dat het niet wenselijk is om de afzonderlijke interventies te implementeren om de juiste effecten voor de patiënten te behalen.

Onderzoek 2: *Autonomy support from informal health supporters: links with self-care activities, healthcare engagement, metabolic outcomes, and cardiac risk among Veterans with type 2 diabetes* (Lee et al., 2020, p. 250)
Onderzoek 2 is een RCT, dat beoordeeld is aan de hand van de beoordelingslijsten van Cochrane. Het onderzoek is een gerandomiseerde controle studie, ofwel RCT, waardoor deze hoog in de piramide van bewijslast staat. Het artikel is peer reviewed, wat betekent dat het onderzoek eerst beoordeeld is door andere wetenschappers voordat het artikel gepubliceerd is. Een beperking van het onderzoek is dat de cross-sectionele methoden beperkt zijn. Dit beperkte de onderzoekers in het trekken van conclusies met betrekking tot de verbanden tussen de studievariabelen (Stolp & Schouten, 2017, p. 68).

Onderzoek 3: *Medication self-management support for people with diabetes and low health literacy: A needs assessment* (Visscher et al., 2020).
Onderzoek 3 is een kwalitatieve studie, die uitgevoerd is in Nederland. Ook deze studie is beoordeeld aan de hand van de beoordelingslijsten van Cochrane (zie bijlage 3). De validiteit en betrouwbaarheid zijn onderzocht en het onderzoek blijkt valide op alle punten. Het onderzoek is uitgevoerd bij mensen

met diabetes mellitus 2, die laaggeletterd zijn. De interventies uit dit onderzoek zijn kunnen worden toegepast bij revalidatiecentrum Heliomare (Stolp & Schouten, 2017, p. 42-45).

6.2 Vergelijking tussen de literatuurbevindingen en de praktijk

Voor patiënten die bij Heliomare revalideren na een CVA en te maken hebben met ontregelde diabetes type 2, is het van belang om zo snel mogelijk het medisch zelfmanagement weer terug te krijgen, om uiteindelijk de overgang naar huis goed te laten verlopen. In het literatuuronderzoek zijn verschillende interventies gevonden, waarvan onderzocht is in hoeverre deze de zelfredzaamheid van de patiënten ondersteunen. De verpleegkundigen, arts en diëtiste van de afdeling spelen een grote rol in het begeleiden van de patiënten naar medisch zelfmanagement. Een interventie die volgens het literatuuronderzoek ingezet kan worden, is zorgen voor informatiemateriaal dat aangepast is aan het niveau dat de patiënt kan begrijpen na een CVA, ofwel begrijpelijke met afbeeldingen. Voor patiënten die bij Heliomare revalideren wordt dit al veelvuldig gedaan met therapieroosters en ander informatie bijvoorbeeld recent de informatie over de regels rondom het coronavirus. De diabetes informatie kan ook op deze manier aangeboden worden aan patiënten.
Verder is er uit het literatuuronderzoek gebleken dat het belangrijk is om naaste familie te betrekken bij het stimuleren van het zelfmanagement, zodat de patiënt ondersteund kan worden door deze persoon. Dit is bij Heliomare ook zeker haalbaar, omdat familie al relatief veel participeert in de zorg.
Uit het eerste onderzoek, het systematische review, komen zes verschillende interventies naar voren die het beste werken als ze allemaal ingezet worden bij een patiënt. De interventies zijn stuk haalbaar om bij Heliomare in te implementeren, maar dit zal wel veel vragen van de organisatie. Ook voor de patiënten zal het een vrije grote tijdsinvestering vereisen.

6.3 Kritische beoordeling van de kwaliteit van het praktijkonderzoek

6.3.1 Sterke punten van het onderzoek

Voor de semigestructureerde interviews is een topiclijst gemaakt. Deze is niet gedeeld met de respondenten, zodat zij zich niet konden voorbereiden op de interviews. Voorafgaand aan de interviews is een proefinterview afgenomen, om na te gaan of de vragen begrepen werden en de antwoorden bruikbaar zouden zijn voor het praktijkonderzoek. Negen interviews zijn afgenomen in een afzonderlijke, afgesloten ruimte, waardoor de interviews niet verstoord werden. Na het afnemen van de interviews zijn deze getranscribeerd en gecodeerd. Voorafgaand aan de interviews is uitleg gegeven over de rechten van de respondent en is aangegeven hoe de privacy tijdens dit onderzoek gewaarborgd wordt. De communicatie tussen de opdrachtgever en de onderzoeker is soepel verlopen tijdens het onderzoek. Er was met regelmaat contact voor vragen of feedback.

6.3.2 Kritische punten van het onderzoek

Door de beperkte tijd voor het praktijkonderzoek, is één interview via Microsoft Teams afgenomen. Dit was dus een andere setting dan de overige interviews, die ter plaatse werden afgenomen. Vanwege de tijd hebben de deelnemers bovendien geen samenvatting meer kunnen inzien van de getranscribeerde interviews, zodat de deze niet konden nakijken op waarheid. Een aantal interviewvragen werd niet goed begrepen door de respondenten, als dit zo was is er wel doorgevraagd om och het antwoord op de vraag te krijgen die nodig was voor het onderzoek.

6.4 Suggesties voor vervolgonderzoek

Tijdens het onderzoek is gebleken dat niet alleen het inzetten van de juiste interventies belangrijk is om patiënten na een CVA te begeleiden bij medisch zelfmanagement. Ook de samenwerking tussen de verpleegkundige, de arts en de diëtiste is een belangrijk punt om naar te kijken. Tijdens het onderzoek bleken veel respondenten niet goed op de hoogte te zijn van wat de arts en diëtiste doen en welke terugkoppeling zij van elkaar wensen te hebben. Dit kan in vervolgonderzoek onderzocht worden, om de zorg nog beter op de patiënten te kunnen afstemmen. Ook is het van belang om te onderzoeken welke informatie de patiënt nodig heeft en hoe de informatie opgesteld moet worden, zodat de patiënt de informatie goed kan begrijpen.

7. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden aanbevelingen gedaan op prioriteit aan de verpleegkundigen, artsen en diëtisten die werkzaam zijn op afdeling 3B van Heliomare, om patiënten te begeleiden bij het medisch zelfmanagement.

Uniforme interventies
Het vergroten van de zelfstandigheid van patiënten om naar het ontslag toe te werken, is een belangrijke kernwaarde van Heliomare. Om de zelfstandigheid van de patiënten te bevorderen, dienen de zorgmedewerkers het zelfmanagement van de patiënten te bevorderen. Uit het onderzoek is gebleken dat de verpleegkundigen, de diëtiste en de arts ieder verschillende interventies inzetten om de patiënten met diabetes mellitus type 2 te begeleiden bij het medisch zelfmanagement. Om hier meer uniformiteit in te krijgen, dienen samen met de patiënt doelen geformuleerd worden, die genoteerd worden in het zorgdossier. Op die manier kunnen andere zorgmedewerkers weten waar de patiënt mee bezig is en hoe de zorg op een goede manier gestroomlijnd kan worden. Door gebruik te maken van motivational interviewing, kan de autonomie van de patiënt vergroot worden en kunnen de doelen uit het verpleegplan geëvalueerd worden.

Een direct familielid betrekken
Uit het literatuuronderzoek blijkt dat het belangrijk is om een direct familielid te betrekken bij de ondersteuning die geboden wordt aan de patiënt om het medisch zelfmanagement te versterken. Dit familielid leert dan om te gaan met de lichamelijke, sociale emotionele gevolgen van het CVA en de diabetes mellitus type2. Voor de begeleiding van de patiënt en diens directe familielid is een stapsgewijze en methodische aanpak nodig, waarbij gedacht kan worden aan het 5A-model. In dit model is de weg naar zelfmanagement in vijf stappen beschreven. In de praktijk houdt dit in dat de zorgverlener de patiënt vraagt naar zijn eigen ervaringen in het verleden, deze naast zijn eigen beoordeling van het verloop op dat moment legt en dan samen met de patiënt kijkt naar wat de beste aanpak is en welke afspraken gemaakt worden over wie wat gaat doen.

Begrijpelijke informatie
Uit onderzoek blijkt dat het belangrijk is dat de informatie die aan de patiënt gegeven wordt, bestaat uit korte, begrijpelijk tekst. Gesproken informatie of afbeeldingen kunnen hier onderdeel van zijn. Deze informatie kunnen de verpleegkundige, de arts en de diëtiste dan gebruiken, zodat de patiënt van de verschillende zorgmedewerkers dezelfde voorlichting krijgt. Nu wordt lang niet altijd informatie aangeboden. De verpleegkundigen en de arts die dat wel doen, die gebruiken momenteel nog informatie van het internet. De diëtiste heeft een boek dat speciaal gericht is op laaggeletterden, met veel illustratie en plaatjes. Uit het onderzoek is gebleken dat het belangrijk is om de patiënt informatie te geven over het medisch zelfmanagement bij diabetes type 2 na een CVA. Dit is dan informatie die zowel de verpleegkundigen als de diëtiste of de arts kunnen aanbieden, waardoor dit op elkaar aansluit. Nader onderzoek moet uitwijzen op welke manier de informatie het beste gebruikt kan worden en welke patiënten deze als prettig ervaren.

7.1 Implementatie van de aanbevelingen

De aanbevelingen uit dit onderzoek die gedaan zijn kunnen op afdeling 3B in Heliomare geïmplementeerd worden. Om de aanbevelingen te kunnen implementeren zijn er een aantal stappen nodig om ervoor te kunnen zorgen dat de concrete interventies geborgd kunnen worden binnen de werkstructuur van de afdeling en daarna wellicht op de andere verpleegafdelingen binnen Heliomare.

7.1.1 Kwaliteitskader Heliomare

Heliomare heeft een integraal kwaliteitskader waarin beschreven staat hoe Heliomare kwaliteit van zorg levert en hoe interventies geïmplementeerd kunnen worden. De dienstverlening van Heliomare op het gebied van kwaliteit bestaat uit een bijdrage aan de participatie en zelfredzaamheid van de patiënten. Heliomare doet dit door te anticiperen op een continue veranderende organisatie in een dynamische omgeving waarbij het beheersten, onderhouden, beheren en verbeteren van de PDCA cyclus de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg wilt waarborgen (Harmsen & Monster, 2018). Binnen Heliomare is een gezamenlijk kwaliteitsdenken waarin er van elkaar geleerd wordt en samen wordt afgestemd en waar ruimte blijft voor verschillen. De borging van de kwaliteit wordt gedaan door afspraken met elkaar te maken over acties die nodig zijn om een patiënt de ondersteuning te bieden bij het realiseren van de doelen. De borging van de veiligheid wordt gedaan door afspraken te maken

om structureel risico's te monitoren en beheersen door preventieve en reactieve maatregelen vanuit een goede veiligheidscultuur te borgen.
Bij Heliomare draait kwaliteit om interactie tussen de patiënt en professional en iedere medewerker is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de dienstverlening van zijn eigen professionaliteit. Heliomare streeft naar een keurmerk en een integraal kwaliteitssysteem. Bij Heliomare wordt er vanuit vier perspectieven en vier kwaliteitsdimensies naar het kwaliteitskader gekeken (Harmsen & Monster, 2018). Persoonlijke dienstverlening: mens gericht, Doelgericht-&vraaggestuurde dienstverlening: oplossingsgericht, Integrale dienstverlening: team gericht en deskundige dienstverlening: competentie gericht, zie afbeelding 2.

Afbeelding 2

De aanbevelingen van dit onderzoek liggen op het gebied van doelgerichte en vraag gestuurde dienstverlening waarbij wet en regelgeving, veilig, methodisch en evidence-based werken op de voorgrond staan binnen een uitdagende en veilige werkomgeving.

Bij de verantwoording en toezicht wordt er een compact en evenwichtig palet van instrumenten ingezet om naar de verschillende perspectieven te kijken. Er wordt gestreefd naar een goede balans tussen kwalitatieve en kwantitatieve gegevens.
De revalidatiearts is verantwoordelijk voor de continuïteit van de revalidatiegeneeskundige zorg. Draagt zorg voor implementatie van ontwikkelde, nieuwe vakgroep gerichte werkwijzen, protocollen en richtlijnen. De revalidatiearts is verantwoordelijk voor implementatie van ontwikkelde, nieuwe vakinhoudelijk gerichte werkwijzen protocollen en richtlijnen en stimuleert en bewaakt de vakinhoudelijke ontwikkelingen. De medische staf is gezamenlijk verantwoordelijk voor de borging van kwaliteit en inhoud van medische zorgzaken. De medisch manager bewaakt medische kwaliteit en veiligheid vanuit de verschillende relevante kaders, wet- en regelgeving (Daniels, 2020b).
De teams binnen Heliomare zijn verantwoordelijk voor het realiseren van de kwaliteit en veiligheid op teamniveau, te handelen vanuit hun professionaliteit volgens wet- en regelgeving en het kwaliteitskader van Heliomare. De RVE manager/ teammanager is hierbij stimulerend en coördinerend. Raad van bestuur, RVE managers, medisch managers en medisch staf zijn eindverantwoordelijk voor kwaliteit en veiligheid in Heliomare. Kwaliteitsfunctionarissen zijn ondersteunend en adviserend naar hen toe. Twee RVE managers zijn verantwoordelijk voor de verbinding tussen de managers en met de raad van bestuur, en via raad van bestuur met de raad van toezicht (Harmsen & Monster, 2018).

7.1.2. Implementatie

Als implementatiestrategie voor de aanbevelingen wordt de PDCA cyclus gebruikt omdat Heliomare de PDCA cyclus gebruikt binnen het kwaliteitskader. De PDCA cyclus zijn de stappen: Plan- doelstellingen, Do- plan uitvoeren, Check – evalueren, Act- bijsturen om nog efficiënter aan de slag te gaan (Harmsen & Monster, 2018).

De aanbevelingen die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen zijn om patiënten te stimuleren bij het medisch zelfmanagement bij de diabetes type 2 zijn:

1. Doelen opstellen samen met de patiënt en verwerken in verpleegplan.
2. Gebruik maken bij het opstellen van doelen van motivational interviewing.
3. Familielid betrekken en 5A model gebruiken.
4. Nader onderzoek moet uitwijzen op welke manier de informatie het beste gebruikt kan worden en welke patiënten deze als prettig ervaren.

Plan:	SMART doelen opstellen 1. De verpleegkundigen, diëtiste en arts stellen binnen twee weken na opname afzonderlijk doelen op met de patiënt m.b.t. het medisch zelfmanagement bij diabetes type 2 en noteren deze in het verpleegplan van de patiënt. 2. De verpleegkundigen, diëtisten en arts van 3B maken gebruik van motivational interviewing tijdens elk gesprek met de patiënt bij het opstellen van de doelen m.b.t. het medisch zelfmanagement bij patiënten met diabetes type 2. 3. De verpleegkundigen vraagt na drie weken in overleg met de patiënt een familielid om mee te kijken met het trainen van de interventies om het medisch zelfmanagement bij de patiënt te versterken. 4. De verpleegkundige gaat binnen twee weken na presenteren van dit onderzoek met de arts en diëtiste in overleg over het gebruik van het juiste voorlichtingsmateriaal en zorg voor de juiste implementatie hiervan. - Arts inlichten over de uitkomsten van het onderzoek en de doelen die gesteld zijn.
Do:	- Het onderzoek presenteren bij de arts, diëtiste en directe verpleegkundige collega's - Werkinstructie schrijven met de arts en diëtiste samen over hoe de aanbevelingen geïmplementeerd kunnen worden op afdeling 3B. - Aanbevelingen implementeren binnen de afdeling - Meten en registreren van het inzetten van de interventies door acht weken lang elke week te evalueren met de betrokken medewerkers.
Check:	- Oude situatie met nieuwe situatie vergelijken • Controleren of de afspraken worden nageleefd • Kijk wat er goed werkt, wat effectief is en wat er fout gaat bij het uitvoeren • Bij elke stap afvragen waarom werkt dit en waarom werkt dit niet? • Waar nodig de bedrijfsprocessen verbeteren. - Aanbevelingen evalueren met arts, verpleegkundige en diëtiste en zo nodig verder doorvoeren binnen Heliomare in overleg met de revalidatiearts.
Act:	- Bijsturen van eventuele wijzigingen en opnieuw beschrijven via de PCDA cyclus

Literatuurlijst

Baptista, D. R., Wiens, A., Pontarolo, R., Regis, L., Reis, W. C. T., & Correr, C. J. (2016). The chronic care model for type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, *8*(1), 1–2. https://doi.org/10.1186/s13098-015-0119-z

Bosma, L. (2017, 3 mei). *Veiligheid Heliomare*. https://www.helioweb.nl

CBO. (2014, januari). *CBO, Zorgmodule Zelfmanagement 1.0.* https://www.zorgvoorbeter.nl. https://www.zorgvoorbeter.nl

Cochrane Netherlands. (2021). *Beoordelingsformulieren en andere downloads*. https://netherlands.cochrane.org/beoordelingsformulieren-en-andere-downloads

Daniels, B. (2018a, 1 april). *Werkinstructie nieuwe medewerker artsen (-assistenten)*. www.helioweb.nl. https://www.helioweb.nl

Daniels, B. (2020b, 1 februari). Taken verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen de functies medische staf. Geraadpleegd op 17 mei 2021, van https://www.helioweb.nl

Ekstam, L., Tham, K., & Borell, L. (2010). Couples' approaches to changes in everyday life during the first year after stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *18*(1), 49–58. https://doi.org/10.3109/11038120903578791

Fleuren, N. (2016, 20 december). *zelfmanagement-na-cva-verandert-van-betekenis/volledig*. https://www.ntvg.nl/artikelen/nieuws/zelfmanagement-na-cva-verandert-van-betekenis/volledig. https://www.ntvg.nl/artikelen/nieuws/zelfmanagement-na-cva-verandert-van-betekenis/volledig

Harmsen, H., & Monster, I. (2018, 6 februari). Integraal Kwaliteitskader. Geraadpleegd op 17 mei 2021, van https://www.helioweb.nl

Heliomare. (z.d.). *Homepage van* heliomare Geraadpleegd op 7 februari 2021, van https://www.heliomare.nl/over-heliomare/missie-en-visie/

Jedeloo, S., & Weele, E. (2015). *ZorgBasics - Zelfmanagement* (2de ed.). Boom Lemma.

Kennisnetwerk CVA Nederland. (2021, 8 april). *Wat is een CVA*. Kennisnetwerk CVA NL. https://www.kennisnetwerkcva.nl/wat-is-een-cva/

Kuijpers, M. (2020, 10 april). *werkinstructie dieetadvies cluster kliniek*. www.helioweb.nl. https://www.helioweb.nl

Lee, A. A., Heisler, M., Trivedi, R., Leukel, P., Mor, M. K., & Rosland, A. M. (2020). Autonomy support from informal health supporters: links with self-care activities, healthcare engagement, metabolic outcomes, and cardiac risk among Veterans with type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, *44*(2), 241–252. https://doi.org/10.1007/s10865-020-00196-5

Nederlandse Diabetes Federatie. (2020, 13 november). *Zelfmanagement ondersteuning*. Geraadpleegd op 8 april 2021, van https://www.zorgstandaarddiabetes.nl

Nederlandse diabetes federatie. (2018, 22 september). *Multidisciplinaire aanpak*. NDF Zorgstandaard Diabetes. https://www.zorgstandaarddiabetes.nl/type-2/volwassen/organisatie/diabetesspecifiek/multidisciplinaire-aanpak/#:%7E:text=De%20netwerkbenadering%20die%20de%20diabeteszorg,de%20medisch%20pedicure4%2C%20de

Newsum, I., de Lijster, R., & van der Lei, H. (2020, 27 september). *Medisch ondernemingsplan Heliomare*. www.helioweb.nl. https://www.helioweb.nl

Rutten, G. (2017). *Functiebeschrijving verpleegkundige* www.helioweb.nl. https://www.helioweb.nl

Rutten, G. E. H. M., De Grauw, W. J. C., Nijpels, G., Houweling, S. T., Van de Laar, F. A., Bilo, H. J., & Janssen, P. G. H. (2011, 11 april). *Competenties voor zelfmanagementondersteuning | Vilans*. http://kennisbundel.vilans.nl/zelfmanagement-competenties.html. http://kennisbundel.vilans.nl/zelfmanagement-competenties.html

Palm, J. (2011). *Wat is een beroerte?* SpringerLink. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-90-313-8696-3_1?error=cookies_not_supported&code=08721ba1-07a2-4fbe-82bd-42ab6c17e247

Satink, T. (2016). zelfmanagement in de CVA-revalidatie.

zelfmanagement in de CVA-revalidatie. Published. https://revalidatiegeneeskunde.nl/

Stichting Lezen en Schrijven. (2021, 27 mei).
Informatie over Laaggeletterdheid in Nederland. https://www.lezenenschrijven.nl/. https://www.lezenenschrijven.nl/informatie-over-laaggeletterdheid-nederland

Stolp, J., & Schouten, I. (2017).
Evidence based practice (1ste ed.). Pearson Benelux B.V.

van Velzen, J., Rutten, G., & van Bennekom, C. (2018a).
Strategisch opleidingsplan. www.helioweb.nl. https://www.helioweb.nl

Verhoeven, N. (2018).
Wat is onderzoek? (6de ed.). Boom Lemma.

Vilans. (z.d.). *Competenties voor zelfmanagementondersteuning | Vilans*.
http://kennisbundel.vilans.nl/zelfmanagement-competenties.html. Geraadpleegd op 11 april 2021, van http://kennisbundel.vilans.nl/zelfmanagement-competenties.html

Visscher, B. B., Steunenberg, B., Heerdink, E. R., & Rademakers, J. (2020).
Medication self-management support for people with diabetes and low health literacy: A needs assessment. *PLOS ONE*, *15*(4), e0232022. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232022

Volksgezondheidenzorg. (2021). *Diabetes mellitus | Cijfers & Context | Huidige situatie | Volksgezondheidenzorg.info*. https://www.volksgezondheidenzorg.info/. https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/diabetes-mellitus/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-diabetes-huisartsenpraktijk-naar-leeftijd-en-geslacht

Volksgezondheidenzorg. (2021b). *Diabetes mellitus | Cijfers & Context | Oorzaken en gevolgen | Volksgezondheidenzorg.info*. www.volksgezondheidenzorg.info. https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/diabetes-mellitus/cijfers-context/oorzaken-en-gevolgen#node-gevolgen-diabetes-type-2

Woodman, P., Riazi, A., Pereira, C., & Jones, F. (2014).
Social participation post stroke: a meta-ethnographic review of the experiences and views of community-dwelling stroke survivors. *Disability and Rehabilitation*, *36*(24), 2031–2043. https://doi.org/10.3109/09638288.2014.887796

Bijlage 1 Beoordelingsformulier

BEOORDELINGSFORMULIER Verpleegkundig advies niveau C: HOOG COMPLEX Studiejaar 2020-2021

Toetscode: 2019DTVA3A	Student: Sanne Hommes
Datum: 28 mei 2021	Studentnummer: 626135
Naam assessor:	Handtekening: Sanne
Cijfer:	

VOORWAARDELIJKE CRITERIA: Het bewijs dat ter beoordeling wordt aangeboden dient te voldoen aan de onderstaande voorwaardelijke criteria. Indien een "niet voldaan" gescoord is,
wordt het product beoordeeld met een '4' en geldt het derhalve als een gebruikte toetskans. Er zal wel feedback gegeven worden aan de student.

Criteria	Beoordeling door assessoren	
Het bewijs is actueel	Voldaan	Niet voldaan
Het bewijs is relevant voor de aan te tonen leeruitkomst en bestaat per leeruitkomst uit maximaal 3 bewijsstukken	Voldaan	Niet voldaan
Er is voldoende variatie in het gepresenteerde bewijsmateriaal	Voldaan	Niet voldaan
De vormgeving van het bewijsmateriaal, zowel schriftelijk als audiovisueel, is zodanig aangeleverd dat het toegankelijk en navolgbaar te beoordelen is	Voldaan	Niet voldaan
De woordenschat en het woordgebruik is passend voor een hbo verpleegkundige (ruime woordkeus, goed gebruik van uitdrukkingen en synoniemen, veel variatie, levendigheid). Fouten in grammatica, spelling, stijl en interpunctie zijn af en toe aanwezig.	Voldaan	Niet voldaan
Het bewijsmateriaal is zo goed als volledig voorzien van bronvermelding en bevat een volledige bronnenlijst. De methodiek van verwijzen voldoet deels aan de APA of de Vancouver normen.	Voldaan	Niet voldaan
Alle bewijsstukken zijn voorzien van *achternaam-studentnummer-toetscode-jjmmdd*	Voldaan	Niet voldaan
De bewijsvoering is authentiek en van eigen hand en er is geen sprake van plagiaat	Voldaan	Niet voldaan
Verplicht bewijsmateriaal: bewijsvoering bestaat uit tenminste één schriftelijk product	Voldaan	Niet voldaan
Indien van toepassing* heeft de student een bewijsstuk toegevoegd (in bijlage) om daarmee de leeruitkomsten van het kernbegrip 'veiligheid bevorderen' aan te tonen	Voldaan	Niet voldaan

*Dit geldt voor studenten die in studiejaar 18/19 of 19/20 Uitvoeren van Zorg niveau C hebben behaald

Maximaal te behalen punten: 16

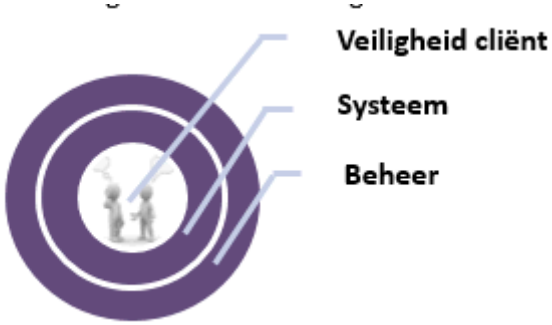
Resultaat	Voorwaarde	Behaalde punten	Cijfer
EVL wordt uitstekend beheerst	Meer dan 75% van het maximum punten is behaald	13 - 16 punten	90
EVL wordt beheerst	50% of meer van het maximum punten is behaald en alle leeruitkomsten worden beheerst	8 – 12 punten	70
Behoeft nog verdere ontwikkeling	Minder dan 50% van het maximum punten is behaald of 1 of meerdere leeruitkomsten moeten nog verder ontwikkeld worden	0 - 7 punten	40

Leeruitkomst wordt uitstekend beheerst (2-punten)	Leeruitkomst wordt beheerst (1 punt)	Behoeft nog verdere ontwikkeling (0 punten)
	Kernbegrip: Onderzoekend vermogen	
☐	• De student voert een volledige onderzoek cyclus uit op basis van actueel en herleidbaar praktijk- en literatuuronderzoek. Zij maakt daarbij kritisch gebruik van actuele (indien beschikbaar) modellen, theorieën en onderzoeksresultaten van anderen.	☐
☐	• De student komt op basis van een organisatieanalyse van de verpleegkundige context tot een passende implementatiestrategie met concrete interventies, die bijdragen tot succesvol invoeren en borgen van een vernieuwing c.q. verandering.	☐
	Kernbegrip: Inzet EBP	
☐ ☐	• De student maakt vanuit de drie perspectieven van EBP (wetenschap, organisatie en indien relevant zorgvrager), een afweging in de keuze voor een interventie of aanpak. • De student vertaalt recente inzichten uit wetenschappelijke en vakliteratuur naar betekenisvolle informatie voor de individuele zorgvrager, doelgroep of zorgorganisatie.	☐ ☐
☐	• De student ondersteunt de zorgorganisatie bij het nemen van beslissingen over behandeling en zorg passend bij de gekozen interventie of aanpak (gezamenlijke besluitvorming).	☐
	Kernbegrip: Participeren in kwaliteit van zorg	
☐	• De student levert door middel van voorgestelde interventie of aanpak een proactieve bijdrage aan de kwaliteitssystemen in de organisatie.	☐
☐	• De student doet op basis van herleidbaar literatuur- en praktijkonderzoek, in afstemming met andere disciplines en/of afdelingen/instellingen, voorstellen ter verbetering van de kwaliteit van zorg.	☐
☐	• De student geeft werkproces op transparante wijze weer.	☐

Bijlage 2 Bewijsstuk Kernbegrip veiligheid bevorderen

Veiligheidsbeleid Heliomare

Heliomare heeft een clientveiligheids-management systeem waar de afdelingen revalidatie, arbeid, sport en services bij horen. In het veiligheidsmanagementsysteem zijn drie domeinen te onderscheiden. Namelijk de revalidant die met een hulpvraag bij Heliomare terecht komt, het syteem van de afspraken in Heliomare die de dienstverlening ondersteund en het beheer van deze dienstverlening. Het VeiligheidsManagementSysteem (VMS) is opgesteld in opdracht van de Raad van Bestuur en is gebaseerd op de 11 normen van de NTA 8009:2011 (Bosma, 2017).



Er zijn verschillende systemen binnen Heliomare die gericht zijn om de dienstverlening en zorgprocessen te ondersteunen en te borgen. Er zijn richtlijnen, procedures, protocollen en andere afspraken gericht op de dienstverlening. Deze documenten zijn binnen Heliomare vast gelegd in het document beheer systeem. Risico's worden geïnventariseerd door registratie- en meldsystemen zoals rapportages van fona's, prospectieve en retrospectieve risico-inventarisaties. De analyses hiervan geeft informatie aan het management en medewerkers om zorg te dragen voor verbeteringen en te leren van de ervaringen die opgedaan zijn (Bosma, 2017).

Als aankomend HBO verpleegkundige heb ik in de afgelopen jaren meer oog gekregen voor veiligheid voor de revalidant en medewerker. Ook kan ik als dat nodig is situaties over veiligheid die goed of minder goed gaan bespreekbaar maken met collega's. Communicatie is een belangrijk middel om elkaar te informeren en om met elkaar af te stemmen. Dit is van belang om de werkzaamheden die wij uitvoeren veilig te maken en te houden met revalidanten en tussen de collega's onderling. Tijdens de overdracht momenten in een dienst maak ik regelmatig gebruik van de tijd om knelpunten bespreekbaar te maken die we tegenkomen binnen de revalidatie zorgverlening. Er zijn twee hoofredenen om dit te doen. De 1e is het veilig houden van de dienstverlening die wij als verpleegkundigen leveren voor zowel de revalidant als voor onszelf en de 2e is om voor mijn collega's een voorbeeldfunctie te zijn voor het feit dat het goed is om situaties die voorkomen met elkaar te bespreken om er met elkaar ook weer van te leren.

Herkennen van (bijna-) incidenten

Als aankomend HBO verpleegkundige werkzaam in de revalidatiekliniek is het voor mij van belang om revalidanten (en betrokkenen) actief te betrekken bij het individuele revalidatietraject. Als aankomend HBO verpleegkundige is het van belang om hier een proactieve houding in aan te nemen door in iedere situatie de risico's af te wegen en als het nodig is hier met een revalidant over in gesprek te gaan via de stappen van motiverende gespreksvoering. Een praktijkvoorbeeld is een revalidant met slikklachten die volledige sondevoeding krijgt alleen op een veilige manier zelfstandig water mag drinken als oefening. Deze patiënt ligt nog veel op bed en in bed is het niet de juiste houding voor deze revalidant om zelfstandig water te drinken. Toch doet deze patiënt dat met regelmaat met als gevolg een aspiratiepneumonie. Ik ben met dhr. in gesprek gegaan over wat de wensen en mogelijkheden van dhr. zijn met betrekking tot het oefenen van het water drinken zodat het wel volgens een veilige manier verloopt. Samen met de patiënt heb ik de ideeën en mogelijkheden bekeken en dhr. heeft uiteindelijk een keuze kunnen maken over de interventie die ingezet werd om wel veilig te oefenen met het drinken van water. De keuze die dhr. het prettigst vond was dat als dhr. in de stoel zit om die momenten slokjes water te drinken en als dhr. op bed ligt dan wel de mond te spoelen met water maar dan het water weer uit te spugen.

Reageren op de-escalerende emoties van de revalidant
Als aankomend HBO verpleegkundige heb ik altijd oog voor emoties van de revalidant. De revalidant die revalideert op de afdeling waar ik werkzaam ben heeft een CVA doorgemaakt wat altijd zorgt voor emoties door beperkingen, angsten en/of onzekerheden. Door hier oog voor te hebben en bespreekbaar te maken met de revalidant merk ik al dat dat de-escalerend werkt. De revalidant benader ik altijd met een open houding om zo tot een goed gesprek te kunnen komen waarbij er geen vooroordelen zijn. Als een revalidant wat boos of geërgerd reageert zal ik begrip tonen en de onzekerheden of vragen samenvatten waarna ik een oplossing zal zoeken samen met de revalidant. Wel is het nodig in het kader van de veiligheid om soms grenzen te stellen in beleid. Als dit nodig is dan probeer ik dit altijd samen met de arts of andere desbetreffende discipline te doen (bijv. logopediste) omdat het van belang is bij het stellen van grenzen om dit zo volledig mogelijk te doen waarbij informatie geven zeer van belang is.
Revalidanten kunnen bij zaken die anders gaan dan de bedoeling een melding of klacht indienen door middel van een schriftelijk meldingsformulier. Als aankomend HBO verpleegkundige kunnen wij hier revalidanten attent opmaken. Het formulier gaat via de patiëntenvoorlichter naar de leidinggevende van de betreffende afdeling. Indien het een klacht betreft wordt de melding door de patiëntvoorlichter besproken met de cliënt en desgewenst doorgezet naar de klachtencommissie.
Heliomare wil en is verantwoordelijk om een klimaat te scheppen waarin de integriteit van personen, zowel van medewerkers als van cliënten, gerespecteerd wordt en waarin het veilig en vertrouwd verblijven is.
Wanneer er sprake is van ongewenst, kwetsend of bedreigend gedrag van een ander waardoor een cliënt en/of medewerker zich lastig gevallen of bedreigd voelt, kan een beroep worden gedaan op de vertrouwenspersoon. De vertrouwenspersoon is aangewezen om opvang, advies en nazorg te verlenen.

Inzetten van relevante screeningsmethoden
Als aankomend HBO verpleegkundige ben ik mij zeer bewust van mijn rol voor het leveren van veilige zorg. Er zijn verschillende screeningsmethoden die hier een bijdrage aan leveren en die ik in kan zetten samen met mijn collega's als dit nodig is (Bosma, 2017)

- Infectiepreventie voor bijv. de covid-19 zorg. Binnen Heliomare worden er veel verschillende testen en kweken afgenomen bij revalidanten als dit nodig is met betrekking tot infectiepreventie. Op deze manier worden micro-organismen opgespoord en kan een revalidant volgens de juiste richtlijnen verzorg worden (Bosma, 2017)
- Zorg rondom de medicatieveiligheid is belangrijk om het voorschrijven, uitzetten, uitdelen en toedienen zo veilig mogelijk te laten verlopen. Het is belangrijk voor de gezondheid van de revalidant. Bij revalidanten die hun medicatie in eigen beheer kunnen hebben wordt er een vragenlijst afgenomen om te weten te komen wat zij weten over de medicatie en de inname daarvan. Het zelf beheren van de medicatie is 1 van de stappen om de revalidant weer zo zelfstandig mogelijk te krijgen (Bosma, 2017)
- Als er incidenten zijn tijdens de revalidatie van een patiënt of bij een medeweker tijdens het uitvoeren van het werk moet er een FONA (Fouten en Near Accidents) ingevuld worden om de melding te maken (Bosma, 2017)
- Er is een digitaal registratiesysteem waarin de scholing van het personeel staat. Leidinggevenden kunnen hier in kijken en zo nodig in gesprek gaan met een personeelslid als daar rede voor is (Bosma, 2017)

Om tot een zo effectief mogelijke aanpak te komen bij calamiteiten is er binnen Heliomare de bedrijfshulpverlening. De organisatie bestaat uit medewerkers van verschillende afdelingen die opgeleid zijn om bij brand en andere bedreigende situaties als eerste de juiste maatregelen te kunnen treffen. Als verpleegkundige neem ik deel aan dit team vanwege de wisseldiensten die ik draai om ook zorg te dragen voor de calamiteiten in de avond en nachten (Bosma, 2017).

Bijlage 3 Beoordelingscriteria voor een systematische review van randomised controlled trials (RCT's)

Naam beoordelaar: Sanne Hommes
Datum: 22 Januari 2016
Titel: The chronic care model for type 2 diabetes: a systematic review
Setting:
Auteurs: Deise Regina Baptista ,Astrid Wiens ,Roberto Pontarolo ,Lara Regis ,Walleri Christine Torelli Reis & Cassiano Januário Correr
Bron: Pubmed.
Korte beschrijving van de onderzochte interventie(s): Het inzetten van het chronisch zorgmodel bij patiënten met diabetes mellitus type 2 waarbij er zes verschillende interventies zijn onderzocht.
1. Gewoon zorgprogramma in vergelijking met regelmatig een bezoek aan Huisarts, verpleegkundige, klinische apotheker en een groepsbijeenkomst voor educatie.
2. Standaardzorg in vergelijking met een interactief computer programma waarbij de medische zorg en een actieplan voor medisch zelfmanagement onderwerpen waren
3. Begeleiding bij medicatie beheer door middel van een telegeneeskunde interventie
4. Intensievere follow-up zorg en begeleiding bij gedragsveranderingen van de patiënt
5. 3 groepen. 1. Standaardozrg, 2 wekelijkse telefonische begeleiding bij zelfmanagement ondersteuning met een verpleegkundige 3. Maandelijkse groepsbijeenkomst onder begeleiding van een arts en gezondheidsvoorlichter.
6. Een zelfmanagement programma te volgen via de computer waarbij gepersonaliseerde doelen m.b.t. medicatie en gezond eten zijn opgenomen.
Korte beschrijving van de controlebehandeling(en): Gewoon zorgprogramma

VALIDITEIT

Item	+	–	?
1. Is de vraagstelling adequaat geformuleerd?	X		
2. Is de zoekactie adequaat uitgevoerd?	X		
3. Is de selectieprocedure van artikelen adequaat uitgevoerd?	X		
4. Is de kwaliteitsbeoordeling adequaat uitgevoerd?	X		
5. Is data-extractie adequaat uitgevoerd?	X		
6. Zijn de belangrijkste kenmerken van de oorspronkelijke onderzoeken beschreven?	X		
7. Is statistische pooling op een correcte manier uitgevoerd?	X		
8. Is adequaat omgegaan met klinische en statistische heterogeniteit van de onderzoeken?	X		

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018
R. J. P. M. Scholten, M. Offringa en W. J. J. Assendelft (Red.), *Inleiding in evidence-based medicine*, https://doi.org/10.1007/978-90-368-1978-7_5

TOEPASBAARHEID

Toepasbaarheid	Commentaar
1. Overeenkomst van de patiënten in het onderzoek met de eigen patiënt(en)	Patiënten hebben allen diabetes type 2 en zijn tussen de 52 en 69 jaar oud. De onderzoeken zijn uitgevoerd in eerstelijns klinieken en lokale gezondheidsinstellingen. Interventies zijn gericht op het empowerment van de gebruikers waarbij het beheren van hun eigen gezondheid en het gebruik maken van ondersteunende strategieën voor de zelfzorg
2. Haalbaarheid in de eigen praktijkvoering	De interventies uit de zes verschillende onderzoeken zijn toepasbaar in Heliomare, echter is het wel zo dat het een flinke investering vraagt om de uitgebreide interventies te bewerkstelligen.
3. Vooren nadelen van behandeling voor de patiënt	De voordelen zijn dat de interventies op maat aan te bieden zijn en dat patiënten dus hun eigen doelen kunnen stellen en behalen. Ik vindt het ook een voordeel dat er verschillende interventies zijn onderzocht. Zowel individuele interventies als groepsinterventies en interventies die ondersteund worden door de computer.
4. Verwachtingen, voorkeuren en waarderingen van de eigen patiënt	Ik denkt dat de meeste patiënten een of meerdere interventies wel zouden willen uitvoeren. Uit het onderzoek komt echter naar voren dat niet een interventie afzonderlijk leidt tot betere resultaten. De conclusie van het onderzoek is dat een combinatie van de zes interventies wel tot verbetering van de zorg omtrent de diabetes zou kunnen bewerkstelligen maar dit zal veel vragen van de patiënt en na een CVA hebben patiënten natuurlijk ook nog andere doelen om zich op te richten.

Bijlage 4 Beoordelingscriteria voor een randomised controlled trial (RCT)

Naam beoordelaar: Sanne Hommes **Datum:** 27-11-2020

Titel:. Autonomy support from informal health supporters: links with self-care activities, healthcare engagement, metabolic outcomes, and cardiac risk among Veterans with type 2 diabetes

Auteurs: Aaron A. Lee ,Michele Heisler ,Ranak Trivedi ,Patric Leukel ,Maria K. Mor &Ann-Marie Rosland

Bron: https://link-springer-com.inholland.idm.oclc.org/article/10.1007/s10865-020-00196-5

Korte beschrijving interventie: De rol van autonomieondersteuning door informele gezondheidsondersteuners van volwassenen (familie of vrienden) bij diabetespecifiek gezondheidsgedrag en gezondheidsresultaten.

Korte beschrijving controlebehandeling(en):

VALIDITEIT

Item	+	–	?
1. Was de toewijzing van de interventie aan de patiënten gerandomiseerd?	X		
2. Was degene die patiënten insluit niet op de hoogte van de randomisatievolgorde?	X		
3. Waren de patiënten en de behandelaars geblindeerd voor de behandeling?		X	
4. Waren de effectbeoordelaars geblindeerd voor de behandeling?		X	
5. Waren de groepen aan het begin van de trial vergelijkbaar?	X		
Indien nee: is hiervoor in de analyses gecorrigeerd?			
6. Is van een voldoende proportie van alle ingesloten patiënten een volledige follow-up beschikbaar?	X		
Indien nee: is selectieve loss-to-follow-up voldoende uitgesloten?			
7. Zijn alle ingesloten patiënten geanalyseerd in de groep waarin ze waren gerandomiseerd?	X		
8. Zijn de groepen, afgezien van de interventie, gelijk behandeld?	X		
9. Is selectieve publicatie van uitkomsten voldoende uitgesloten?	X		
10. Is ongewenste invloed van sponsoren/academic bias voldoende uitgesloten?	X		

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

R. J. P. M. Scholten, M. Offringa en W. J. J. Assendelft (Red.), *Inleiding in evidence-based medicine*, https://doi.org/10.1007/978-90-368-1978-7_42

TOEPASBAARHEID

Toepasbaarheid	Commentaar

. Overeenkomst van de patiënten in het onderzoek met de eigen patiënt(en)	De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 61 jaar, met een spreiding tussen 31 en 71. Twee derde van de deelnemers wonen samen met hun partner. De meest deelnemers gebruiken insulinetherapie met bloedglucose verlagende medicatie. Mensen met een verhoogd hart risico. Ontregelde Diabetes type 2
2. Haalbaarheid in de eigen praktijkvoering	In deze studie is het verband onderzocht tussen de hulp bij patiënten met de diabeteszorg door een direct familielid en de betrokkenheid van patiënten zelf bij de zorg rondom de diabetes. Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat ervaren ondersteuning van een familielid in verband gebracht kan worden met een grotere naleving van het medisch zelfmanagement bij de diabeteszorg. Binnen het werken in Heliomare is het zeker mogelijk om familieleden hier meer bij te betrekken.
3. Voor en nadelen van behandeling voor de patiënt	Het diabeteszelfmanagement van patiënten werd gemeten met behulp van de herziene versie van Summary of diabetes self-care activities. Patiënten hebben een familielid nodig voor de begeleiding en er moet vertrouwen zijn tussen beide.
4. Verwachtingen, voorkeuren en waarderingen van de eigen patiënt	Ik denk over het algemeen dat de patiënten die revalideren in Heliomare het prettig zouden vinden als een partner of direct familie lid betrokken zou worden bij de diabeteszorg. Al zal het alleen maar zijn voor een steuntje in de rug waarbij er mee gedacht kan worden om de zorg zo goed mogelijk in te richten met het oog op de terugkeer naar huis.

Bijlage 5 Beoordelingscriteria voor een kwalitatief onderzoek

Naam beoordelaar: Sanne Hommes
Datum van het onderzoek: 24 April 2020
Titel: Medication self-management support for people with diabetes and low health literacy: A needs assessment
Auteurs: Boudewijn B. Visscher , Bas Steunenberg , Eibert R. Heerdink , Jany Rademakers
Bron: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32330161/
Korte beschrijving onderwerp: De behoeften te onderzoeken met betrekking tot zelfmanagement van medicatie bij mensen met diabetes type 2 en lage (functionele, communicatieve en kritische) gezondheidsvaardigheden, en hun voorkeuren voor ondersteuning van medicatie zelfmanagement.
Kenmerken onderzochte groep: mensen met DM2 en een laag niveau van gezondheidsgeletterdheid
Manier van selectie deelnemers: Mensen met DM2 en een lage gezondheidsgeletterdheid werden gerekruteerd door middel van een gemakssteekproef van twee apotheken in Amersfoort in Nederland. De deelnemende apothekers haalden uit het apotheekinformatiesysteem een lijst met mensen die het afgelopen jaar minimaal één keer de meest voorkomende diabetesmedicatie (metformine of insuline) hebben gekregen. De apothekers selecteerden mensen met een lage gezondheidsgeletterdheid op basis van potentiële risicogroepen.
Waarnemingsmethode : (diepte-) interview en focusgroepinterview

KWALITEIT

Item	Uitwerking	Ja/nee
Is er een goede vraagstelling?	Past de vraagstelling bij kwalitatief onderzoek? Is de vraagstelling relevant?	JA
Is de gebruikte waarnemingsmethode adequaat?	Persoonlijke ervaringen, percepties: Interview Heersende opvattingen binnen een focusgroep Gedrag van mensen: observatie	JA
Is de samenstelling van de onderzoekspopulatie adequaat?	Bij kwalitatief onderzoek hoort purposive sampling; convenience sampling en radom sampling zijn niet optimaal, omdat ze niet gericht zijn op het selecteren van zo veel mogelijk variatie, maar soms is het verkrijgen van een goede onderzoekspopulatie dermate moeilijk dat men niet ontkomt aan deze methoden	JA
Is het materiaal adequaat verzameld?	Kwalitatief onderzoek vraagt: – topiclijst; dit hoeft niet bij elke vorm van kwalitatief onderzoek; een voorbeeld hiervan is participerende observatie – deskundige interviewer; – cyclische afwisseling van dataverzameling en analyse; – saturatie; – beschrijving van mogelijke selectiebias	JA
Is het onderzoek controleerbaar?	Audio-of video-opnames	JA

Is de analyse adequaat?	Cyclische afwisseling dataverzameling en analyse? Is de analyse gedaan door deskundige onderzoekers? Is het coderen gedaan door onderzoekers onafhankelijk van elkaar? Is voldoende gezocht naar contrasterende meningen? Is de analyse in voldoende diepte beschreven? Biedt de beschrijving voldoende inzicht in de stappen waarmee de onderzoeker vanuit de data tot codes, categorieën en thema's komt? Zijn de citaten adequaat?	JA
Is het uitgangspunt van de onderzoeker duidelijk?	Is het uitgangspunt duidelijk (vooral ook voor analyse belangrijk)?	JA
Passen de conclusies bij het kwalitatieve karakter van het onderzoek?	Is de conclusie kwalitatief geformuleerd?	JA

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018 R. J. P. M. Scholten, M. Offringa en W. J. J. Assendelft (Red.), Inleiding in evidence-based medicine, https://doi.org/10.1007/978-90-368-1978-7_4

Bijlage 6: transcripten

Bijlage 6 Topiclijst praktijkinterview

Topics	Voorbeeldvragen
Het begrip zelfmanagement	- Wat versta jij onder zelfmanagement bij de patiënt met diabetes?
Kennis	- Ga jij na welke kennis een patiënt heeft over diabetes? - Ga jij na welke kennis een familielid heeft van een patiënt over diabetes?
Rol zorgverlener	- Op welke manier stimuleer je het zelfmanagement bij de diabetes patiënt? - Zet je interventies in bij het stimuleren van zelfmanagement bij de diabetes patiënt?
Rol familie	- Ga jij na welke kennis een familielid heeft van een patiënt over diabetes? - Betrek jij familie bij het stimuleren van het zelfmanagement van de patiënt met diabetes en zo ja op welke manier doe jij dat?
Voorlichten	- Maak je weleens gebruik van voorlichtingsmateriaal e.d.?
Bevorderende factoren	- Ervaar jij bevorderende factoren bij het stimuleren van het zelfmanagement van de diabetes patiënt binnen Heliomare?
Belemmerende factoren	- Ervaar jij belemmerende factoren bij het stimuleren van het zelfmanagement van de diabetes patiënt binnen Heliomare?

Bijlage 7 Transcripten interviews

Transcript 1

00:00:01
speaker 1: Vraag 1: wat versta jij onder zelfmanagement bij de patiënt diabetes mellitus type 2?

00:00:10
Speaker 2: Eigenlijk wat je eigenlijk ook al zei dat patiënt ziekte inzicht heeft, weet wat hij nou ja, de bloedsuiker kan prikken en insuline kan injecteren, maar ook weet wat de ziekte is en welke symptomen waarbij horen of wat je, wat je voelt als een patiënt te hoog zit of dat je wat je doet als het niet goed is zeg maar dat een patiënt daar ook op kan anticiperen.

00:00:44
speaker 1: En als we nou een patiënt hebben op de afdeling die diabetes patiënt is, ga je dan ook na welke kennis van patiënt heeft over diabetes?

00:00:56
Speaker 2: Hmm te weinig, denk ik. Niet direct, nee, nee, ik denk nee, ik denk dat dat wel meer kan.

00:01:08
speaker 1: Dat is iets wat je gewoon wat je niet doet? of denk je dat dat niet nodig is?

00:01:16
Speaker 2: Ja dat is zeker wel nodig, maar ja, misschien te veel er van uitgaan, terwijl je eigenlijk wel weet dat misschien niet zo hoeft te zijn natuurlijk.

00:01:33
Speaker 1: Ga je na welke kennis een familielid heeft van een patiënt met diabetes?

00:01:38
Speaker 2: Nee, alleen als we het overnemen van de, bijvoorbeeld als op weekendverlof gaan of dan vraag ik ook wel na bij de patiënt wat ze zelf kunnen, maar qua kennis, zeg maar ook inhoudelijk van wat de ziekte betekent dat niet.

00:01:58
speaker 1: Op welke manier stimuleer je het zelfmanagement bij patiënten met diabetes?

00:02:01
Speaker 2: Ik probeer altijd wel te kijken naar wat iemand zelf kan. Dus als iemand zelf kan bloedsuiker prikken dan probeer ik dat wel, of insuline kan injecteren dat je daar wel naar kijkt en oplettend op wat iemand zelf zou kunnen doen, dat we daar niet te lang mee doorgaan met het prikken van of het overnemen daarvan.

00:02:27
Speaker 1: En naast het bloedsuikerprikken, zijn er andere dingen die je nog bij de patiënt stimuleert?

00:02:32
Speaker 2: Het bijhouden van de bloedsuiker lijst misschien dat ze het zelf van hun eigen apparaat hebben, dat ze dan prikken, opschrijven en doorgeven en de acties die ze daarop ondernemen. mocht de bloedsuiker te hoog zijn, dat patiënten zelf handelen.

00:03:00
speaker 1: Ja, en als we patiënten op de afdeling hebben met diabetes zet jij dan interventies nog in om het zelfmanagement te stimuleren of welke interventies zijn dat precies?

00:03:11
Speaker 2: Mmm ja, Ik vraag of iemand zelf een bloedsuiker apparaat heeft bijvoorbeeld maar meer ook de handeling , zeg maar ik vraag of iemand al kan prikken of of we daar op gaan oefenen, maar niet echt qua informatie.

00:03:34
speaker 1: Je zei net wel dat je interventies inzet als iemand op weekendverlof gaat, welke interventies zijn dit?

00:03:42
Speaker 2: Het voorlichten over hoe je hoe je dan moet prikken, bijvoorbeeld of ik geef een medicijnlijst mee waar het bijspuitschema opstaat, uitleg over insuline.

00:04:01
speaker 1: Ervaar jij bevorderende factoren bij het stimuleren van het zelfmanagement van de patiënten in Heliomare?

00:04:15
Speaker 2: Mmm ja, als iemand het zelf bij gaat houden dan geven we weer wat terug aan de patiënt, dus dat is dan bevorderend. We letten er nog wel op.

00:04:34
speaker 1: Je bedoelt dat patiënten er weer wat zelfstandigheid in krijgen?

00:04:38
Speaker 2: Ja, ik denk dat dat bevorderend is voor de patiënt maar ook voor ons. Het scheelt ons uiteindelijk ook weer extra prikwerk en daardoor tijd.

00:04:48
speaker 1: Ervaar jij belemmerende factoren bij het stimuleren van het zelfmanagement?

00:04:59
Speaker 2: Misschien dat het verstrekken van informatie kan natuurlijk mondeling, maar misschien, als je iets op papier zou hebben staan, meer informatie zoals een folder, dat je daar wat meer in kan geven en ook bijvoorbeeld de familie. Dus dat zou misschien wel dat dat mist op de afdeling

00:05:25
speaker 1: Dat was toevallig ook mijn laatste vraag of je weleens voorlichtingsmateriaal gebruikt?

00:05:31
Speaker 2: Nee, eigenlijk niet omdat dat we dat niet voor handen hebben hier op de afdeling, maar ik denk als dat er zou zijn, dan wel meer.

Transcript 2

00:00:02
Speaker 1: Mijn onderzoek gaat over zelfmanagement bij patiënten met diabetes, die ook een CVA hebben doorgemaakt wat versta je onder zelfmanagement?

00:00:13
Speaker 2: Het zelf aanleren van de handeling, kijken in welke mogelijkheid iemand het zelfstandig zou kunnen, dus het aanleren van de handeling, ook kijken wat familie daarin kan betekenen en als dat echt niet zelf kan kijken of je thuiszorg kan regelen. Dus dat iemand het wel gewoon op een veilige manier kan waarborgen en het liefst natuurlijk zelfstandig of met hulp van familie.

00:00:37
Speaker 1: En als we patiënt hier op de afdeling krijgen met diabetes, ga je dan ook na wat voor kennis een patiënt heeft?

00:00:45
Speaker 2: Vaak krijg je dat natuurlijk wel al een beetje mee. Als iemand natuurlijk al heel snel aangeeft van: hé, ik doe thuis alles zelf of prikte zelfstandig, weet ook al of iemand er thuiszorg voorheeft dan kan je zelf inschatten of iemand er al moeite mee had. Dus een verwachting dat iemand het al zelfstandig kan aanleren is dan natuurlijk wel wat lastiger. Dus in je opname gesprek of tijdens het prikken merk je zelf al wat iemand er over weet en of iemand ervoor openstaat om het weer zelf te gaan leren of het aan te gaan leren.

00:01:16
Speaker 1: Ja, dus dat dus niet echt een vraag die je echt nog stelt aan patiënten, omdat de toetsen maar dat is meer wat je vanuit je informatie haalt.

00:01:23
Speaker 2: Het is meer vanuit meer informatie, ja, en je voelt het al een beetje aan zeg maar als ik merk dat iemand het echt niet weet, dan kun je natuurlijk wel doorvragen en dat doe ik dan ook wel. Maar ja, tijdens je handeling merk je ja, een beetje op intuïtie, zeg maar zien wat al snap dat je gaat doen en in die zin.

00:01:42
Speaker 1: Ga je ook wel eens na welke kennis of familielid heeft, zeg maar een partner van de patiënt of een direct familielid?

00:01:48
Speaker 2: Wel minder, denk ik, ja, dat is wel een leuke, nee, dat zou ik hem meer moeten doen. Dan denk ik ook je neemt aan dat iemand wel begeleid wordt door bijvoorbeeld de huisarts in het proces van diabetes. Bij het aanleren denk ik dat het wel inderdaad, wat meer kennis van de familie ook wel fijn is om te weten. Dat zou ik wel mee kunnen doen?

00:02:13
Speaker 1: Hé en op welke, als je zeg maar zelfmanagement stimuleert bij patiënten met diabetes? Op welke manier doe je dat dan?

00:02:21
Speaker 2: Dat hangt denk ik ook van de patiënt af, net wat ik zeg. Als iemand natuurlijk, kijk als iemand al weet die al heel vaak bij de internist is geweest en daar al heel veel problemen in het ziekenhuis heb gehad, zoals die meneer nu met die hoge, met die hoge eenheden kijk, dan kun je echt heel duidelijk het gesprek aangaan. Je weet dat je hem eigenlijk niet gaat winnen. Dus dan ga ik me daar minder op focussen, omdat je dan meer tegendruk krijgt, eigenlijk van de patiënt. Maar als iemand natuurlijk heel erg voor open staat en het ook aangeeft dat hij het zelf graag willen leren, ga je er natuurlijk wel anders op in. En dan geef je ook wel meer uitleg over de reden waarom je dingen doet. Of je toetst al een beetje van tijdens de handeling van goh wat is de reden waarom u het zo doet? Of kan nu mij uitleggen wat u nu aan het doen bent? Meer in die zin, zeg maar.

00:03:06
Speaker 1: En als je in gesprek gaat met de patiënt, doe je dat dan nog volgens een bepaalde methode of wil je nog bepaalde dingen specifiek weten?

00:03:15
Speaker 2: Niet volgens een bepaalde methode.

00:03:16
Speaker 1: Voel je gewoon aan of een patiënt daar open voor staat voor ja of nee,

00:03:19
Speaker 1: ja

00:03:21
Speaker 1: Maak je wel eens gebruik van voorlichtingsmateriaal?

00:03:24
Speaker 2: Bijna nooit.

00:03:26
Speaker 1: Zou je iets kunnen bedenken kunnen dat je denkt. Nou, dat lijkt me handig om te gebruiken?

00:03:31
Speaker 2: We hebben een stappenplan ook die je mee kan nemen, je neemt de medicatie anamnese af. Dan heb je natuurlijk wel enigszins voorlichtingsmateriaal. verder niet echt.

00:03:42
Speaker 1: Nou, als we kijken naar het zelfmanagement en het stimuleren daarvan, ervaar jij bevorderende factoren hier op de werkvloer die het wat makkelijker maken om het zelfmanagement te stimuleren?

00:03:55
Speaker 2: Ik denk sowieso met de stappen die we ondernemen van medicatie anamnese afnemen, vragen om medicatie dan heb je al een beetje een indruk. Die stappen, denk ik, dat het al best wel helpt. Natuurlijk is afhankelijk van welke medicatie iemand gebruikt, maar verder hebben wij niet echt iets, denk ik.

00:04:15
Speaker 1: En belemmerende factoren bij simuleren van zelfmanagement.

00:04:23
Speaker 2: Ik zou het niet weten, heb je een voorbeeld?

00:04:27
Speaker 1: Het kan van alles zijn!

00:04:30
Speaker 2: Nee, ik zou niet weten.

00:04:33
Speaker 1: Mis je iets? Mis je voorlichtingsmateriaal of is er geen tijd voor? Of iets van gesprekstechnieken waardoor je misschien toch een patiënt wel zou kunnen stimuleren?

00:04:44
Speaker 2: Ja, misschien wat gesprekstechnieken maar misschien ook het voorlichtingsmateriaal bijvoorbeeld. Wat je zij over familie instrueren of voorlichting geven aan familieleden erover. Ik denk dat dat zeker wel eens wel helpen als dat er zou komen.

Transcript 3

00:00:01
Speaker 1: Wat versta je onder zelf management bij diabetes.

00:00:07
Speaker 2: Zelf management, ja het zelf regelen van het bloedsuiker prikken, het injecteren het bestellen, het handelen bij een foutieve waardes en ook wel natuurlijk een dieet en qua beweging dat.

00:00:37
Speaker 1: En ja, we hebben natuurlijk op de afdeling patiënten die na een CVA met diabetes worden opgenomen. Ga jij na als deze patiënten hier komen welke kennis zij hebben over diabetes?

00:00:53
Speaker 2: Nou, dan moet ik eerlijk zeggen, zeker als het mensen natuurlijk al diabetes hebben, ga ik er misschien eigenlijk van uit dat ze er al een hoop van weten. Dat zou misschien wel wat meer moeten doen. Niet alle informatie is meer afdoende van wat ze van vroeger bijvoorbeeld wisten en je ziet ook uit ervaring zie je eigenlijk wel dat mensen maar wat aanrommelen hier, zeker, die meneer die we nu hebben is daar wel een voorbeeld van. Ik denk van ja, dat je die deed altijd maar wat thuis, dus extra informatie verstrekken en kijken of er meer in zit. Zeg maar of ze meer ehm, ja, of ze meer informatie nodig hebben. Ik denk dat het noodzakelijk is.

00:01:48
Speaker 1: En vraag je wel eens aan familieleden van de patiënt wat voor kennis zij hebben?

00:01:58
Speaker 2: Nee.

00:02:04
Speaker 1: Op welke manier stimuleer je zelfmanagement van patiënten met diabetes? Hoe pak je dat aan?

00:02:11
Speaker 2: Nou wel, natuurlijk vaak de dieet voorschriften dat je daar over gaat praten, van nou, ja, hoe ben je het gewend, hoe deed je het, hoe en wat is nu eigenlijk beter om te doen? Omdat de aan te pakken ehm? Ik moet zeggen: ik heb eigenlijk qua evv nog geen diabetespatiënt gehad. Ik denk dat ik er dan de veel meer op ingaan als ik het als een evv heb, want dan ga je natuurlijk echt meer met met de patiënt over zijn thuissituatie over ja, alles hebben. Dus ik zou wel het belang van het bewegen, al dan niet noodzakelijk het belang van een goede voeding, dat dat toch wel prioriteren om de diabetici wat stabieler te krijgen.

00:03:17
Speaker 1: Want over de voeding gesproken wat merk en zie je aan patiënten?

00:03:24
Speaker 2: Nou, dat ze toch wel nou echt op hun manier natuurlijk rommelen dan heel vaak bij spuiten dus nu dan bijv. die zakken drop eten en dan niet verbaasd zijn dat de glucose waardes zo hoog zijn. Dat het de normaalste zaak van de wereld is, dan spuit je toch gewoon bij, prima!

00:03:50
Speaker 1: Ja.

00:03:52
Speaker 2: Dus eigenlijk is het heel frappant dat ze er zo mee omgaan.

00:04:00
Speaker 1: En maak je wel eens gebruik van voorlichtingsmateriaal als je iets voorlicht over diabetes?

00:04:08
Speaker 2: Ehm, nee daar heb ik nog niet gebruik van gemaakt.

00:04:13
Speaker 1: Wij werken natuurlijk in de revalidatie, dus je bent sowieso natuurlijk wel heel erg bezig met het zelfmanagement stimuleren van patiënten. Ervaar jij bevorderende factoren binnen het werk waarbij je zegt van nou dat helpt bij het stimuleren van het zelfmanagement?

00:04:27
Speaker 2: Nou, ik vind die sensor als je dat ook bedoeld, die vind ik wel echt voor eh, de patiënten echt ideaal, ook omdat natuurlijk voor zelf het bloedsuiker prikken in de vinger, nou, ja, dat dat niet meer noodzakelijk is. Dus dat, dat vind ik echt wel een hele goeie om dat de patiënten aan te wijzen dat dat er is en die informatie dan wel te geven. Ja, de noodzaak van het zelf doen, de regie over je eigen leven houden, dat probeer ik altijd wel te stimuleren.

00:05:19
Speaker 1: En als je kijkt naar de werksituatie voor ons op de afdeling binnen Heliomare, zijn daar nog dingen die bevorderend werken bij het stimuleren van het zelfmanagement?

00:05:29
Speaker 2: Effe kijken hoor, kun je het nog een keer herhalen?

00:05:33
Speaker 2: Nou ja, we werken natuurlijk multidisciplinair, zijn er wat zaken die helpen, zeg, maar die jou helpen om het zelfmanagement van patiënt te stimuleren?

00:05:42
Speaker 2: Nou ja, zeker ook natuurlijk de arts inschakelen die de diëtiste inschakelen zodat zij ook nog die extra informatie aan de patiënt kan geven. Vaak zie je dat als hun het zeggen dat het wel beter opgepakt wordt, zeker als een arts het zegt.

00:06:05
Speaker 1: Zie je daar verschil in?

00:06:06
Speaker 2: Ja, daar zie ik toch wel verschil in, niet alleen qua diabetes, maar over het algemeen wel van heb je informatie gegeven en dan merk je dat als een arts het zegt, dat dat ze het daarna toch echt aan nemen. Dat zie ik toch wel verschil in.

00:06:30
Speaker 1: Zijn er nog belemmerende factoren bij het stimuleren van het zelfmanagement?

00:06:36
Speaker 2: Nou ja, zeker, natuurlijk, als je kijkt naar de halfzijdig verlammingen de dat de arm/hand functie moeizaam werkt, cognitie kan een belemmering er in zijn, hun eigen denkwijze nog omdat het zo gestructureerd is van vroeger, want ik ben zo gewend en ik duld geen advies, ik doe het altijd op deze manier en zo wil ik het ook houden, die starheid wat er wel in zit.

Transcript 4

Speaker 1: Wat versta jij onder zelfmanagement bij patiënten met diabetes?

00:00:06
Speaker 2: Dat zij kennis hebben, ten eerste al over wat goede, nou ja dan betrek ik het gelijk eventjes op mijn onderdeel. Dat zij een goede kennis hebben over goede voeding bij diabetes, dat ze ook weten welke waardes goed zijn en daarop dus, dat is ten eerste, ze moeten het allemaal weten en dan het management is het ook te kunnen toepassen daarvan dus daarbij op vaste tijden eten, medicatie goed nemen, eventuele tussendoortjes dat ze dat zelf organiseren.

00:00:41
Speaker 1: en ga je na zeg maar, als je patiënten hier opgenomen wordt, wat die patiënt dan voor kennis heeft daarover?

00:00:48
Speaker 2: ja, dat probeer ik altijd wel te toetsen. Maar ja, nu werken we wel natuurlijk op een afdeling, hè met hersenletsel daardoor is dat is het soms ook wel wat lastig om de kennis te toetsen, hoe moet ik het zeggen, maar dat je ook wel tegen de cognitie aanloopt.

00:01:08
Speaker 2: Ehm, wat was je vraag ook alweer?

00:01:12
Speaker 1: Of je nagaat welke kennis patiënten hebben?

00:01:14
Speaker 2: Ja, ik vraag wel van goh wat zijn je glucosewaarde en wat vind je daarvan? Dus als ze zeggen de glucose waarde is 11, wat vind je ervan? Ja, vind ik wel laag. Zo toets ik het een beetje, ja.

00:01:28
Speaker 1: En ga je ook wel eens na wat een direct familielid van de patiënt heeft aan kennis over diabetes?

00:01:33
Speaker 2: Nee, nee, ik betrek familie eigenlijk weinig.

00:01:39
Speaker 1: Als we het hebben over zelfmanagement en zelfmanagement ondersteuning. wat doe je daaraan binnen jou behandeling?

00:01:55
Speaker 2: Ik probeer veel informatie, ook op papier mee te geven, zeker in de fase dat ze naar huis gaan. Dus dat de patiënten weten wat goede waardes zijn, dat ze een beetje kennis inzicht ontwikkelen van goh waar zitten nou veel koolhydraten in, wat zij goede keuzes en wat minder goede keuzes. Ja, dus vooral veel informatie op papier.

00:02:17
Speaker 1: Die informatie op papier hebben we dat vanuit heliomare?

00:02:25
Speaker 2: Nou, we hebben zelf een heel fijn een boek en dat heet. Wat ik misschien even mee

kunnen nemen, maar het heet diabetes voor laaggeletterden. Het is een boek met heel veel plaatjes, het boek is voornamelijk voor allochtonen bedoeld maar ik vind het heel fijn omdat er veel plaatjes bij zitten

00:02:47
Speaker 1: Als we het hebben over zelfmanagement bij diabetes, stel je ook doelen op met de patiënt tijdens de opname hier?

00:02:59
Speaker 2: mijn doelen kunnen zijn, is als ik bijvoorbeeld hè tussendoortjes gebruik, dat ik dan eerst zegt van goh verpleging gaat dat nu nog voor je doen en dat je daar uiteindelijk moet je dat zelf gaan pakken. Ehm. Daarnaast werk je wel samen met de patiënt naar mooie glucosewaarde dus dat is ook een doel. Inderdaad.

00:03:16
Speaker 1: Schrijf je de doelen dan ook voor de patiënt?

00:03:22
Speaker 2: Ik schrijf het op voor mezelf en dan evalueer ik het elke week, dan bespreken we dat.

00:03:30
Speaker 1: Maak je wel eens gebruik voorlichtingsmateriaal naast dat je dat boek?

00:03:41
Speaker 2: Folders

00:03:48
Speaker 1: Hoe ervaar je de samenwerking met de arts en verpleegkundige van de afdeling als het gaat om zelfmanagement rondom diabetes?

00:03:58
Speaker 2: Nou vaak hoor ik wel van de verpleging, ik stel meestal een voorbeeld dagmenu op en als patiënten daar heel erg in afwijken of ze drinken heel veel frisdrank bijvoorbeeld, dan krijg ik er eigenlijk naar mijn gevoel altijd ook weer terug van de verpleging. Verpleging is natuurlijk ook niet altijd bij de patiënt, maar als ze veel gesnoept wordt of iets dergelijks veel snoeppapiertjes wordt gevonden, dan wordt ik vaak wel ingelicht door de verpleging. Met de arts, nou als de bloedglucose heel erg afwijkend zijn krijg ik ook wel vaker signaal, goh kunnen we hier nog wat mee met de voeding? Dus op die manier

00:04:39
Speaker 1: Mis je nog dingen in de samenwerking. Of zijn er dingen die je zegt. Nou, dat vind ik wel goed gaan?

00:04:45
Speaker 2: Ehm. Nou ja, wat er goed gaat is eigenlijk het communiceren wanneer het afwijkt. Wat ik mis misschien soms nog wel wat meer de samenwerking met de arts, een kleine notificatie van goh we gaan nu afbouwen met insuline of juist ophogen en dat probeer ik andersom trouwens ook. Iemand die eerst gewend was heel veel suikerrijke producten te nemen en daar is dan de medicatie op ingesteld. En als ik dan meer overga naar een gezonde voeding, geef ik het vaak ook wel even door naar de artsen van goh ik heb veel adviezen gegeven. Die patiënt lijkt gemotiveerd, dus ik verwacht wel dat de bloedglucose wel wat gaat zakken. En dus we moeten we even goed in de gaten houden. Ja, dat is dan voornamelijk eigenlijk met de arts dat ik het zo terugkoppel.

00:05:42
Speaker 1: En stel de patiënt is wat minder gemotiveerd, heb je dan nog technieken om of hoe pak je dat dan aan, zeg maar om te kijken of de patiënt nog kan veranderen bij de patiënt?

00:05:51
Speaker 2: Ten eerste kennis overdragen van goh dit zijn de gevolgen en ook gebrek aan motivatie is misschien soms ook dat ze onvoldoende kennis hebben. Dus echt eerst veel kennis aan ze geven, veel informatie geven. Ja en daarnaast ook wel motivetional interviewing en ja als een patiënt het ook niet wil, dat mag ook als de patiënt maar goed de gevolgen weet. Daarin stel ik soms ook de vraag: goh wat kan ik voor jou betekenen dan alleen maar aan de patiënt te trekken, want als iemand er nog niet klaar voor is om dingen te veranderen, kun je blijven trekken. Maar dan gebeurt het toch niet.

00:06:35
Speaker 1: Is dat ook nog wel iets wat je dan wel met familie bespreekt of alleen met de patiënt?

00:06:39
Speaker 2: Eigenlijk voornamelijk alleen de patiënt, ik spreek weinig familie.

00:06:45
Speaker 1: Ervaar jij vanuit onze werkgever nog stimulerende of ja, wat minder stimulerende dingen zeg maar, commitment ervaar je dat vanuit de organisatie?

00:07:02
Speaker 2: ik vind dat er qua het voedings- beleid er zeker nog wel wat aanpassingen kunnen. We hebben beneden nog snoepautomaat staan, frisdrankautomaat. Ehm. Ja, nou ja, nu is de kantine dicht vanwege corona, maar ook daar zijn er ook veel suikerrijke producten te vinden. En ik vind wel eigenlijk als gezondheidsinstelling dat je meer gezonde voeding ook voorop zou mogen zetten en dat onze voedings aanbod daar nog niet altijd helemaal passend is. Nee, dus dat zou ik als organisatie fijn vinden, als we het gewoon met z'n allen hard maken van goh we zijn een gezondheidsinstelling dus we willen dat gezonde voeding voorop staat.

00:07:44
Speaker 1: Oké, en als laatste vraag of jullie nog samenwerken met partners buiten de keten, als het gaat om patiënten met diabetes?

00:07:56
Speaker 2: Iemand met diabetes is vaak bekend bij een diabetesverpleegkundige en de diabetes verpleegkundige werkt vaak samen met een diëtist. nou zeker als bijvoorbeeld diabetes nieuw is of het niet lekker verloopt, dan proberen we dan overdracht te sturen naar een diëtiste in de eerste lijn.

00:08:20
Speaker 1: En is dat dan aan het einde, als iemand met ontslag gaat?

00:08:22
Speaker 2: en heel vaak zijn ze ook al bekend bij een diëtiste. Het is soms in het verleden dat toen de diabetes is gediagnosticeerd dat ze toen aan de slag zijn gegaan met een diëtist en nu de diëtiste al een paar jaar niet meer hebben gesproken en als wij het nodig vinden, dat wel weer eventjes aandacht daarvoor nodig en soms moet er een nieuwe diëtist gevonden worden.

00:08:44
Speaker 1: en als patiënten worden opgenomen, heb je dan nog collega's vanuit het ziekenhuis waar patiënten vandaan komen dat je nog wel eens iets of diabetes naar vraagt?

00:08:54
Speaker 2: Ja, we krijgen regelmatig van de diëtisten die betrokken is in het ziekenhuis krijgen we eigenlijk bijna altijd standaard een overdracht en daar wordt ook zeker de bloedglucose waarde besproken en ook een stukje motivatie en kennis staat ook vaak ook in overdracht.

Transcript 5

00:00:01
Speaker 1: Wat versta jij onder het zelfmanagement bij patiënten met diabetes?

00:00:07
Speaker 2: Dat je gaat kijken naar dat mensen zo zelfstandig mogelijk met diabetes om kunnen gaan en kijken naar of ze insuline zelf kunnen spuiten. Ik neem aan dat het over insuline gaat?

00:00:21
Speaker 1: Nou, eigenlijk over alles wat nodig is, zeg maar zodat patiënt zelfstandig daarin kan zijn dus insuline prikken, medicatie innemen, bloedsuiker waardes bepalen natuurlijk.

00:00:34
Speaker 2: Bij zelfmanagement ga je dus kijken in hoeverre je mensen zo zelfstandig mogelijk aan de slag kunt laten gaan met de bloedsuikers te reguleren aan de hand van zelf bloedsuiker prikken, maar ook ze meegeven van wat houdt dat dan in? Wat zijn de waardes? Dus wat is een goede waarde? Wat is een te hoge of lage waarde? als je dat mee geeft dan op een gegeven moment ga je kijken of mensen zelf kunnen gaan doen. En het insuline spuiten ga je natuurlijk ook kijken. Bij ons heb je natuurlijk te maken met mensen, met een halfzijdig verlamming dus dan is het prikken al vaak wat moeilijker. Dus moet je ook weer gaan kijken van wat is wel mogelijk? wat is haalbaar voor de patiënt? Of dat je kijkt of er een hulpmiddel is, dat iemand toch zelfstandig zijn naald op kan draaien of een naaldje erop kan zetten of eraf kan draaien, dat je daar naar kijkt. En dan ga je daar weer mee aan het oefenen met de patiënt om te kijken of ze dat voor elkaar kunnen krijgen, omdat dat zelfstandig te kunnen. Dus dan heb je een bloedsuiker prikken heb je dan op een gegeven moment onder controle zelf insuline spuiten heb je dan onder controle, Maar je kijkt ook bijvoorbeeld als iemand insuline spuit en veel moet spuiten of veel bloedsuikers moet prikken dan ga je ook kijken van moeten we niet kijken of een freestyle libre bijvoorbeeld handig is voor zo'n patiënt. Dus dat je dat meeneemt en of dat haalbaar is en of het vergoed kan worden bij deze patiënt over het algemeen is dat wel zo bij patiënten die insuline spuiten als we dat nog niet hebben, soms hebben ze dat natuurlijk al, als ze dat nog niet hebben, dan ga je daarmee aan de slag en dan zul je daar weer de uitleg over moeten geven, van wat dat dan inhoudt wat de mogelijkheden zijn met een freestyle libre. Je moet natuurlijk ook wel kijken of iemand wel goed om kan gaan ook met een telefoon, mobiele telefoon, dus je kan natuurlijk van alles instellen op een mobiele telefoon. Maar een patiënt moet dat natuurlijk wel kunnen. Dan moet je de afweging maken. Is dan een freestyle libre wenselijk of niet? Ja, dan moet je natuurlijk ook naar kijken.

00:02:53
Speaker 1: En als je dit soort dingen bespreekt met de patiënt, ga je dan ook na van tevoren of tijdens je gesprek welke kennis iemand echt heeft over diabetes?

00:03:01
Speaker 2: Ja, ik probeer wel even te kijken waar de kennis bij een patiënt ligt, dat ik niet allerlei dingen ga vertellen waar een patiënt al helemaal van op de hoogte is. Dus je gaat eventjes een beetje aftasten van wat hij wel en niet weet en dan vervolgens waar je denkt van nou, dat is nog niet helemaal duidelijk, dat wordt nog niet helemaal duidelijk verteld dat je daar gewoon eens uitleg over geeft en dat je ook, zeker bij onze patiënten soms ook dingen gewoon op papier eventjes mee moet geven. Hè, om het even om zichzelf een beetje in te lezen. Mensen vinden dat soms ook prettig om. Je kunt van alles op internet vinden, dus in onze protocollen natuurlijk hoe wij dat hier doen. Dat kun je natuurlijk ook bespreken met de patiënt. Sommige mensen vinden het fijn om dat dan inderdaad even op papier te krijgen, zodat ze het nog eens even terug kunnen lezen. Bij sommige mensen zullen we alles mondeling moeten doen. Bij sommige mensen zul je misschien ook mmm het op een nog simpelere manier op papier krijgt, door zelfs zodanig dat je het met pictogrammen of dat je het op die manier met de patiënt aan de gang moet gaan om, alhoewel wel de vraag is of een patiënt het

dan voldoende begrijpt. Ja, dat zou je moeten gaan bekijken dan of het begrip voldoende is. Soms redden ze dat door met pictogrammen en plaatjes van dingen af te beelden. Mensen daar dan toch wel het mee kunnen redden, als het begrip maar goed is.

00:04:40
Speaker 1: En dat was inderdaad ook een vraag die ik later nog had van gebruik je voorlichtings materiaal en zo ja, welke dan?

00:04:45
Speaker 1: Ik kijk naar de protocollen ik kijk even, ik lees soms even op internet kun je ook wel dingen even lezen van. Maar goed, ik, ik doe het meer aan de hand van de protocollen, zoals wij hij hier werken.

00:05:03
Speaker 1: en haal je ook nog wel eens iets van internet af?

00:05:06
Speaker 2: Ja, precies, maar het is ook meer voor mezelf dat ik dan ook wel eens eventjes nog even wat verdiep in het een en ander maar goed nee, naar de patiënt toe doe ik met die protocollen zoals we hier werken.

00:05:20
Speaker 1: en de samenwerking binnen het multidisciplinaire team? binnen dit onderzoek heb ik de artsen en de diëtiste erbij betrokken. Vraag je nog wel eens aan hun ook hulp of begeleiding? of doe je nog wel eens iets samen met de patiënt of zijn het interventies die je vooral alleen inzet?

00:05:37
Speaker 2: Het is wel iets wat je met de arts vaak eventjes meer met de arts eigenlijk als dat ik dat dan met de diëtiste bespreek. bij mij eigenlijk niet zo vaak voor dat ik echt iets met de diëtisten bespreek over de bloedsuiker. Wel over de voeding en zo en dan komen we wel tot dingen. Maar dan is de vervolgstap eigenlijk dat ik er dan met de artsen in gesprek over gaan en dat ik dan vervolgens aan de hand van wat de wensen zijn, daarmee aan de slag ga, denk ik. Dat is eigenlijk zoals het juist alleen, met de diëtist heb ik eigenlijk nog niet zo.

00:06:18
Speaker 1: Betrek je ook nog wel eens een familielid of een direct betrokkenen van de patiënt bij de interventie die je inzet of de gesprekken die invloed of je diabetes?

00:06:27
Speaker 2: Jazeker zeker, als natuurlijk gaat om patiënten waarbij de communicatie of door de afasie of eh qua begrip wat minder zijn, dan doen we ook wel eens dat samen met een patiënt dan of met een familielid dat ik daar even mee bespreek, van wat ze, ja, hoe ze het, als de patiënt weer naar huis gaat, hoe ze dat dan voor zich zien, hè om insuline te prikken en als de partner daar in mee wil helpen en denken, dan zeker zal ik het dan met een patiënt en met familielid bespreken.

00:07:12
Speaker 1: Ervaar jij nog bevorderende factoren bij het stimuleren van het zelfmanagement, zeg maar die meehelpen ja, omdat we toch hier in Heliomare werken, dat je zegt van nou, dat helpt daarbij of dat helpt mij binnen de organisatie om te zorgen dat we een patiënt kunnen stimuleren? Te denken aan voorwaarden, randvoorwaarden of collega's die je hebt of Materialen die je hier kunt gaan gebruiken of andere?

00:07:41
Speaker 2: Dat is eigenlijk waar ik kijk naar protocollen, ik kan inderdaad overleggen met collega's als ik zelf denk ik het niet helemaal duidelijk te hebben. Dan overleg ik met collega's zoals met de arts ook. Hè, ja, dat is eigenlijk de weg die ik dan bewandel ja, en dan komt de diëtiste natuurlijk wel eens

om de hoek kijken. Hé qua voeding, dat je dan nog wel eens dingen bespreekt eh, dat is het eigenlijk. Verder zou ik het zo niet weten.

00:08:20
Speaker 1: En belemmerende factoren? Zijn er dingen die jou belemmeren binnen je werk, waardoor het niet, waardoor het niet altijd lukt? Het stimuleren van het zelfmanagement of.

00:08:32
Speaker 2: Nou ja, over het algemeen, als je het goed op papier hebt en ook duidelijk voor de collega's als je oefen momenten hebt zo met patiënt, als je dat duidelijk op papier zet, dan dan werkt het over het algemeen wel. Maar je hebt natuurlijk toch wel door tijdsdruk of en dat is vaak wel een belemmerende factor, merk ik. Het is ook als je vraagt een curve bij vierpunt curve bij te houden, dat je toch merkt aan het eind van de week dat er toch een aantal wel missen of soms wel eens een dag, dat het toch vergeten wordt. En dat zijn wel factoren die het wat belemmeren natuurlijk. Maar dus de tijd. Maar mijn ervaring is echt wel als je het goed op papier hebt, dat het dan ook gedaan wordt, als er echt de tijd voor is.

00:09:31
Speaker 1: En de laatste vraag, want we hebben best wel veel besproken, maar als je patiënten stimuleert met de zorg rondom de diabetes, zet je dan voor hun ook. Je gebruikt af en toe wat voorlichtingsmateriaal maar maak je er ook wel eens een doel en wat interventies van voor de patiënt zodat ze weten waar het op papier staat waar je met de patiënt en werkt?

00:09:51
Speaker 2: Je ziet ook wel van wat ik trouwens ook wel wat nog niet naar voren is gekomen. Wat ik ook wel doe is dat we met een diabetesverpleegkundige dat we daar ook wel contact mee hebben of als iemand daar al mee komt, daar in contact is, dat we daar ook wel eens mee over in contact zijn en die kunnen vaak ook wel wat voorlichting sturen, dus dat doen we ook nog wel. Dat is dus ook altijd wel prettig als iemand al bekend is, bij of niet bekend is dat je hem dan de weg kunt, wijzen die ze kunnen bewandelen ehm, dat is ook nog wel een belangrijk punt voor deze patiënten wat was jouw vraag?

00:10:31
Speaker 1: Of je echt voor de patiënt, zoals we in adl zorg ook wel eens doen, dat je echt een doel opstelt. Ja, zeker dat je dat met de patiënt ook doet met de diabetes? voor het team weet je wel dat we echt op dezelfde manier een patiënt begeleiden?

00:10:48
Speaker 2: Ja, dat je het in het verpleegplan opneemt. Ja zeker dat wel, je ziet vaak dat het alleen in het adl lijst wordt gedaan. Maar ehm, ik, ik probeer het altijd wel in een verpleegplan te verwerken als we, als dat een doel is bij een patiënt dus ja, dat kan, nou ja de punten die ik eigenlijk allemaal aangegeven hebt, die komen dan daar natuurlijk ook in naar voren en ook dat je het contact met de diabetesverpleegkundige maar ook met de arts en de stappen die je wil gaan bewandelen dat je die dan beschrijft. Ja, dat wordt in het verpleegplan gedaan en dan en verder, soms moet je het ook voor een patiënt wat makkelijker op papier zetten. Dan maak ik het voor de patiënt wat overzichtelijker of tenminste laat ik het zo zeggen, het is wel, voor de collega's is het overzichtelijk, maar voor de patiënt kan dus dan soms nog niet onoverzichtelijk zijn. Dus dan moet je het soms wel eens even een beetje aanpassen, zodat de patiënt het ook duidelijk heeft. Ja, dat zijn, denk ik, de acties die ik dan onderneem.

Transcript 6

Speaker 1: Wat versta je onder zelfmanagement bij patiënten met diabetes?

00:00:05
Speaker 2: Zoveel mogelijk de eigen regie weer teruggeven, in hoeverre dat kan. Dat zal ook afhankelijk zijn van hoe het voor opname was. Hoe deed iemand op dat moment nou ja, op het gebied van de diabetes insuleren, insuline spuiten sorry bloedsuiker meten, hoe was het toen? En wat is haalbaar? Nu dat iemand een herseninfarct heeft doorgemaakt kan het allemaal nog? het liefst zo veel mogelijk zelfstandig en eigen regie

00:00:29
Speaker 1: En als iemand hier opgenomen wordt, zeg maar na een CVA vraag je dan ook een beetje uit wat voor kennis iemand heeft, of ga je dat na?

00:00:38
Speaker 2: Ik denk dat het sowieso bij het opname gesprek al wel naar voren komt dat we daar aandacht aan besteden. mogelijk ook misschien bij partner na vragen hoe het thuis ging of in ieder geval iemand die er ook van weet en ik denk ook gewoon bij de eerste dag het opstarten van, even denken, van hun bloedsuiker van hoe deed u dat zelf? lukt dat nu ook? het spuiten van insuline weet u wat u gebruikt, waarvoor het dient, qua medicatie ook net zo. Dus dat zou ik wel bij opname, maar ook bij het toedienen van of bij het aanreiken van medicatie wel nagaan bij iemand.

00:01:15
Speaker 1: En op welke manier begeleid jij als verpleegkundige het zelfmanagement bij patiënten met diabetes?

00:01:24
Speaker 2: Nou ja, inderdaad wel inventariseren in hoeverre iemand op het moment zelf wat kan doen wat betreft zijn diabetes, zijn er spullen die hij van thuis kan meenemen, zoals het meten van bloedsuiker hé dat die apparatuur of voor het apparaatje kan iemand dat zelf meenemen nemen dat het gewoon weer in eigen beheer is. Hoe gaat het met insuline toedienen lukt dat of moeten we toch een bepaalde dingen gaan aanpassen, waardoor het misschien wel lukt? Dus ik zou zeker wel kijken of op die manier dat zo snel mogelijk weer in eigen hand kunnen geven.

00:01:55
Speaker 1: En stel je dan ook doelen op met de patiënt?

00:01:58
Speaker 2: Moet je eerlijk zeggen dat ik dat ik dat nog niet echt hebt gedaan om dat specifiek als een doel te maken, om die weer te kunnen bereiken zeg maar nee, dat heb ik eerlijk gezegd nog niet gedaan.

00:02:09
Speaker 1: Gebruik je wel eens voorlichtingsmateriaal voor patiënten om voor te lichten?

00:02:16
Speaker 2: Ik moet je eerlijk zeggen, hier eigenlijk nog niet. Als zijnde het oefenen met ja, met mensen met diabetes zijn, heb ik hier nog niet gedaan.

00:02:25
Speaker 1: en op je vorige werk?

00:02:26
Speaker 2: Jazeker dan zou ik gewoon puur, ligt ook aan of iemand er al mee bekend is of dat het iets helemaal nieuw is. Maar dan zou ik wel gewoon het uitleggen: wat gebruik je? Waar is het voor? Hoe kun je de materialen gebruiken die nodig zijn, het zij met een filmpje of dat ik inderdaad op internet

iets kan opzoeken waardoor het wat duidelijker wordt voor iemand en ook wel nagaan of het ook is binnengekomen, of iemand het ook begrijpt, zeg maar, en het blijven oefenen.

00:02:55
Speaker 1: Heb jij ervaring hier binnen de samenwerking met de collega's uit het multidisciplinaire team als het gaat over diabetes zorg?

00:03:03
Speaker 2: Nou, ik heb wel eens met onze artsen, met de dokter, contact gehad over een bepaalde bloedsuiker. Maar verder, ik weet niet of er een team is qua diabetes of iets maar daar heb ik verder nog niet mee gewerkt.

00:03:16
Speaker 1: Binnen, mijn onderzoek betrek ik de artsen en de diëtiste, heb je hun wel eens nodig gehad?

00:03:31
Speaker 2: Nou ja, natuurlijk wel bij mensen die diabeet zijn qua bij voeding zoals glycerna op die manier, maar verder niet echt zodanig contact gehad dat een heel voedingsplan aangepast moest worden, of iets in die trant.

00:03:47
Speaker 1: En zijn er van jou factoren die het bevorderen, het stimuleren van het zelfmanagement bij een patiënt als je het bekijkt vanuit ons als verpleegkundige?

00:04:00
Speaker 2: Nou, ik denk dat we hier daar wel ook echt de tijd voor kunnen nemen. Dus dat vind ik sowieso fijne gedacht dat je wel even met iemand kan zitten daarvoor. Volgens mij hebben wij op zich ook wel voldoende materiaal. Protocollen dat die we eventueel daarbij kunnen pakken, kunnen er zelf natuurlijk het één en ander opzoeken. In principe hebben we ook alle materialen. We hebben natuurlijk hier ook dingen die we kunnen gebruiken om te meten dus naar mijn idee gaat dat hier denk ik wel aardig al zijn er misschien ook wel het moment dat het een beetje een ondergeschoven kindje is.

00:04:33
Speaker 1: Dan kun je kun je daar een voorbeeld geven?

00:04:35
Speaker 1: Nou ja, als jij. Ook gewoon in dit gesprek, wat voor mij naar voren komt, dat het echt doelen worden. Dat is voor mij, want ik denk ik, ja, dat is eigenlijk wel een hele goeie en ik weet wel dat er bij een patiënt dat wel geweest is, maar als ik er nu over na denk, heb ik ook wel een aantal diabeten dat ik denk nou, daar valt wel wat op te behalen denk ik dat we ook daar weer gewoon echt doelen gaan stellen van wat wil of moet iemand kunnen, met een weekendverlof met ontslag dus in die zin denk ik wel dat het wel soms wat extra aandacht verdiend.

00:05:05
Speaker 1: Zijn er nog belemmerende factoren die misschien wat lastiger maken om zelf dat patiënten te stimuleren?

00:05:14
Speaker 2: Ja, misschien ook in hoeverre iemand in staat is om het zelf te kunnen begrijpen. Het lijkt dat soort situaties denk dat dat soms wel eens anders of lastiger kan zijn om zelf te kunnen leren. hoe betrouwbaar is iemand in het volgen van de therapie? controleert iemand zelf wel bloedsuiker gaat het ook echt wel goed met het toedienen van insuline of het innemen van medicatie? Dus ik denk dat dat belemmeringen kunnen zijn, maar dat is denk ik, ook gewoon op tijd signaleren of het

ook wel echt te doen is voor iemand zelf, zo niet dat je daar gewoon snel kan inspelen door het op een andere manier te regelen.

Transcript 7

00:00:01
Speaker 1: Wat versta jij onder het zelfmanagement patiënten met diabetes?

00:00:06
Speaker 2: Dat is zo veel mogelijk de eigen regie hebben en houden. En ook al hebben ze dan een CVA doorgemaakt dat we proberen in samenspraak met de patiënt zo veel mogelijk de eigen regie weer terugpakken waar ze dat in het ziekenhuis waarschijnlijk helemaal even kwijt zijn geraakt.

00:00:25
Speaker 1: En als een patiënt opgenomen wordt op de afdeling ga je dan na welke kennis een patiënt heeft over diabetes?

00:00:32
Speaker 2: Nee, eigenlijk niet ik richt me in eerste instantie op het CVA, ja, is de neve diagnostiek die zie ik wel, die neem ik in me op en daar lees ik wel over in de aanmelding en in de anamnese en zo. Maar het is niet iets wat ik meteen oppak.

00:00:54
Speaker 1: Zeg maar stel, je begint met het trainen van de patiënt. Met de bloedsuiker prikken of meten en de waardes interpreteren. Ga je dan na wat voor kennis een patiënt heeft over diabetes?

00:01:05
Speaker 2: Je vraag, ik vraag wel hoe ze het thuis gewend zijn en heel veel mensen: ja, hier prikken we ze allemaal lek, maar dat zijn ze helemaal niet gewend. Sommige mensen, die prikken nooit bloedsuiker wat ook heel logisch is. Hè, als je ziet wat die, vooral, de diabetes, type twee natuurlijk. Dus dan ga ik na wat ze thuis gewend zijn. En dan vraag ik ook of ze de materialen naar Heliomare willen laten komen, zodat ze ook met hun eigen materialen aan de gang kunnen.

00:01:35
Speaker 1: En is er dan ook nog op het moment dat je familieleden vraag hoe dat thuis ging met diabetes, als dat nodig is?

00:01:42
Speaker 2: Ja, als de patiënt er qua cognitie of qua afasie niet helemaal uitkomt. Dan betrek je sowieso natuurlijk de familie bij alles.

00:01:51
Speaker 1: En als de dag gaat starten met het zelfmanagement met diabetes, ja, hoe doe je dat? Welke interventies zet je dan in?

00:02:03
Speaker 2: Nou ja, eerst moet je in beeld hebben hoe de patiënt het gewend is en wat hij of zij nu zou kunnen. Zeg maar dus als je jezelf weer bloedsuiker moet gaan prikken, dan neem je die stappen door, of laat je het liefst het de patiënt vertellen hoe hij het gewend is, want wij doen bijvoorbeeld zo'n druppeltje bloed weghalen, dat zijn de mensen helemaal niet gewend, bijvoorbeeld wij doen het natuurlijk allemaal op een andere manier, dus je probeert wel aan te sluiten aan te haken, sowieso bij het niveau op dat moment en ook bij hoe ze het gewend zijn, ja dus welke interventies dat is de vraag?

00:02:38
Speaker 1: Gebruik je ook wel eens voorlichtingsmateriaal voor patiënten?

00:02:50
Speaker 2: Voor de patiënten rondom de diabetes dan? Nee, nee, dat zou ik nu omdat ik er veel meer van weet wel eerder doen en ik ga ook eerlijk gezegd veel eerder d het gesprek nu aan, al is het maar over de voeten.

00:03:04
Speaker 1: Ja, precies ja.

00:03:07
Speaker 2: We hebben nu een patiënt momenteel en daar zag ik de voeten van, en toen ben ik meteen het gesprek aangaan op de dag dat ik hem opnam.

00:03:17
Speaker 1: En gebeurt het ook wel eens dat als je doelen bespreekt met de patiënt of je zet een interventie in, dat je dat verwerkt binnen verpleegplan?

00:03:24
Speaker 2: Als het om de zelf bloedsuiker prikken en insuline toedienen gaat ja, als dat, als we al een verpleegplan maken. Dan probeer ik het wel mee te nemen. Ja, net als de medicijnen in eigen beheer, dat is met dit natuurlijk ook zo

00:03:42
Speaker 1: Binnen mijn onderzoek betrek ik de artsen en de diëtisten er ook bij, hoe ervaar je de samenwerking met hun als het gaat omtrent de diabetes?

00:03:49
Speaker 2: Ik denk dat wij wat kennistekort we hebben hier binnen Heliomare, iedereen op zijn eigen vlak zoals de verpleegkundigen en de artsen, vlak van, waarin ik steeds meer afvraag waarom we minstens zo vaak moeten prikken, omdat het, als je ziet wat voor medicatie ze gebruiken, dat het prikken eigenlijk geen doel heeft. Ja, als je ze nuchter prikt, prima, maar niet de hele dag maar weer door. Je ziet wel dat mensen vaak ontregeld binnenkomen, dan snap ik het maar op een gegeven moment moeten we ook durven loslaten en weer een beetje terug naar de regie van de patiënten en daarin denk ik qua educatie, ook van de artsen naar de patiënten toe, daarin van waarom doen we dit nou eigenlijk? Dat daar nog een stuk te halen is en ook van de artsen onderling naar de verpleegkundigen. Ik had laatste bijvoorbeeld een voorbeeld van iemand die was opgenomen en daar had ik adl check gedaan en dan kijk ik altijd effetjes in de decursus van de arts wat hij allemaal wil, wat we doen bij deze patiënt en daar stond een dagcurve heb ik wat gemist dat ze diabeet is dus ik ging terugkijken nee, die mevrouw is helemaal geen diabeet dus Ik denk ik ga ik ook nee geen prednison kuur, in ieder geval niks wat ik dacht van waarom moet ik in godsnaam een dagcurve doen, dus ik was naar die arts gegaan ik zeg van goh heb je er een reden voor. Wat is de reden voor? Ja, nou ja, misschien nou ze. Had toch wel wat dikkere wat, maar het was in ieder geval redenen waarvan ik dacht: ik zeg het die mevrouw, is helemaal geen diabetes patiënt? Hoe Zo moeten we de bloedsuiker prikken? ja, maar misschien is dat in het ziekenhuis niet gedaan. Nou zeg, laat ik je vertellen dat het altijd wel in het ziekenhuis gedaan wordt. Ik zeg misschien zou je het nog eens willen opzoeken en dan hoor ik graag van jou terug of het nog zo echt noodzakelijk is om iemand te gaan prikken, prikken. Dat zie ik niet zo zitten. En toen kwam hij erop terug en niet om zelf nou op mijn schouder te kloppen, helemaal niet. En toen zij hij nee het hoeft eigenlijk helemaal niet, dus ik snapte de gedachtegang niet en dat heb ik wel vaker. Eerlijk gezegd.

00:06:04
Speaker 1: Nou, ik wil het graag hebben over de bevorderende en de belemmerende factoren binnen

deze multidisciplinaire werksetting als het gaat om zelfmanagement bij patiënten met diabetes, je hebt natuurlijk ook een aantal dingen opgenoemd. Je zei net dat je niet altijd het beleid begrijpt of dat we misschien wel eens misschieten, dat hoor ik overigens patiënt ook wel eens zeggen; van waarom moet ik nou zovaak geprikt worden? Zijn er nog meer belemmerende factoren die je hier bemerkt?

00:06:35
Speaker 2: Ik denk dat sowieso de kennis, ik denk dat dat wel een heel groot ding is en ik denk dat jij noemde de diëtist op en die kan er zo veel in betekenen en de diëtisten is voor ons tenminste ik spreek natuurlijk voor mezelf, voor mij kijk ik zoek het wel op als ik vragen heb, dat doet ook niet iedereen en ik denk dat het toch nog steeds een ondergeschoven rol heeft in het hele revalidatietraject, en zeker bij mensen met diabetes dat ze zich ten eerste wat meer mag laten gelden en ten tweede, ja, wij missen daar educatie in denk ik ook en dus daar zou zijn echt een hele grote rol in kunnen spelen.

00:07:11
Speaker 1: Toevallig noemde ze wel op dat dat ze meer betrokken gaat worden bij alle patiënten; standaard.

00:07:17
Speaker 2: Ja, dat is echt heel fijn, hoeft niet altijd alleen maar over het gewicht te hebben, hè, het is zo veel meer dan alleen dat gewicht. Dus ja, dat zeg ik. Daar mist wat kennis en dat is niet erg, als we het maar een onderkennen samen en als we er ook iets aan kunnen gaan doen, zeg maar.

00:07:36
Speaker 1: Zijn er nog bevorderend factoren binnen deze werksetting dat je zegt van nou, het stimuleren van het zelfmanagement dat gaat wel goed of dat kunnen we hier wat makkelijker doen als op een andere werkplek?

00:07:50
Speaker 2: Ja, je hebt de mensen wat langer in huis, hé dus dus dat is wel een een pre. En ik denk: ja, de mensen, de collega's willen wel heel graag, dat weet ik zeker. Alleen als je niet weet, dan weet je ook niet wat je nou doet zeg maar dus ik denk, ik weet zeker dat mensen heel enthousiast worden als daar iets meer know how in komt, in dat ze daar zeker betrokken willen worden. Ja.

00:08:21
Speaker 1: Werk je nog wel eens samen met partners buiten Heliomare? maar als het gaat om voor patiënten die bijvoorbeeld bijna met ontslag gaan of als er vragen zijn patiënten natuurlijk opgenomen worden, contact je nog wel eens iemand ?Bijvoorbeeld in diabetesverpleegkundige waarbij de patiënt betrokken is, of eventueel een huisarts?

00:08:43
Speaker 2: Eigenlijk, eerlijk gezegd, ikzelf niet. We noemen het dan wel altijd wel bij de arts, en die gaat vaak op zoek naar het antwoord bij een internist of bij een diabetes verpleegkundige.

00:08:57
Speaker 1: Maar niet zelf.

00:08:57
Speaker 2: Nee

00:08:58
Speaker 1: En als je doelen oefent met de patiënt of interventies afspreekt betrek je daar dan nog familie bij? Of is het iets wat je voornamelijk met de patiënt zelf bespreekt?

00:09:13
Speaker 2: Dat is net hoe de patiënt er aan toe is. Als iemand nou heel erg zelfstandig is en , ook nog twee handig kan functioneren en dat gauw weer te pakken heeft, dan is dat niet nodig. Want als het zelf hetzelfde thuis ook, gemanaged heeft dan dan ga je er ook een beetje vanuit dat die dat met zijn partner ook overlegd en doet.

00:09:31
Speaker 1: Maar mocht dat wel nodig zijn?

00:09:34
Speaker 2: Ja, ja, ja, en dan liever niet op de manier waarop het laatst bij een patiënt verliep. Maar dat is dus ook vanuit heliomare niet goed gegaan, vind ik, als een arts zomaar op de dag voordat iemand met weekend gaat, beslist dat iemand vier keer op een dag moet. Ik weet niet eens met precies, maar in ieder geval vier keer op een dag insuline krijgen dan denk ik dat is iemand nooit gewend. Is dit nou, de manier heb jij het stappenplan gevolgd? of heb je een overleg gehad met een internist, goed, dat heb ik niet nagevraagd hoor en dan moet er op die dag moet dat allemaal nog in orde worden gemaakt bij een patiënt die dat zelf niet zou kunnen, in mijn beleving tenminste cognitief gezien en ook lichamelijk gezien en zijn partner al hartstikke overbelast is, denk ik: wat doe je nou dat ik dat hoorde was ik wel heel erg teleurgesteld. Eerlijk gezegd.

00:10:27
Speaker 1: Heb je daar op dat moment nog wat mee kunnen doen, of was dat achteraf?

00:10:30
Speaker 2: Achteraf, want ik ben er dus bijna niet meer dus ja, ik hoorde dat er een hoop gedoe was geweest en ja dat is natuurlijk hartstikke balen dat verdient geen schoonheidsprijs en dan denk ik, dan hebben de artsen dus niet in de gaten wat dat betekent als ze dat beslissen en daar zijn ze dus absoluut niet mee bezig. En dan denk ik, dan gaat daar iets mis en dat is wel heel erg jammer. Wil niet zeggen dat ze het. Als ze het wel hadden geweten, hadden ze dat anders gedaan ze zullen zich waarschijnlijk niet eens gerealiseerd, snap je. Ik denk niet kwaad. Maar ik denk dat dat zo is gegaan. Zo van die meneer die is ontregeld dus we willen eigenlijk dat die bij alle maaltijden insuline krijgt, maar niet erover nadenken wat dat voor consequenties heeft. Dus dat is misschien een voorbeeld waarin het anders zou kunnen. Ja.

00:11:17
Speaker 1: Dank je wel.

Transcript 8

Speaker 1: Wat versta je onder zelfmanagement bij patiënten met diabetes?

00:00:05
Speaker 2: Dat ze zelf weer insuline kunnen beheren, bloedsuiker kunnen meten en insuline prikken, kijken wat ze moeten doen, hoe te handelen en actie kunnen ondernemen als dat nodig is.

00:00:19
Speaker 1: Hoe pak je dat als verpleegkundige aan bij patiënten die hier zijn met een CVA en die diabetes hebben?]

00:00:24
Speaker 2: Dan vraag ik ook bij opname na of ze ook zelf en hoe vaak ze bloedsuiker prikken of ze een eigen apparaatje hebben, hoe ze dat in de toekomst zien en dan probeer ik tijdens de opnamen hier ze zelfstandig te krijgen daarin.

00:00:37
Speaker 1: En als een patiënt opgenomen wordt, ga je dan ook wel eens na wat voor kennis een patiënt heeft over diabetes?

00:00:49
Speaker 2: Als ze heel erg ontregeld zijn wel wat soms dan vallen ze nog wel eens door de mand.

00:00:50
Speaker 1: en vraag je ook wel eens aan familie- als je merkt van hé dit kunnen ze niet helemaal optimaal betrek je dan wel eens familie- er al bij om te vragen hoe dat dan thuis gaat of wie het gaat doen?

00:01:04
Speaker 2: Toevallig gisteren nog.

00:01:10
Speaker 1: En nou ja, als je dan natuurlijk het zelfmanagement werkt dan bespreek je dat met een patiënt en dan stel je doelen of interventies op, beschrijf je dat dan ook nog ergens? of geef je dat patiënten dan ook nog mee op papier?

00:01:20
Speaker 2: Ik maak er niet een verpleegplan van, maar ik ga wel oefenen met prikken en dat apparaat beheren zodat alles geregeld is.

00:01:31
Speaker 1: en gebruik je daar nog wel eens iets van voorlichtingsmateriaal bij?

00:01:38
Speaker 2: Nee, meestal niet nodig, niet eerder nodig gehad laat ik het zo zeggen. Omdat de mensen die ik had als evvér hier al bekend waren diabetes.

00:01:45
Speaker 1: en dan ook nog wel cognitief dat wel aan konden zeg maar om zonder voorlichtingsmateriaal het weer op te pakken. Binnen dit onderzoek betrek ik de artsen en diëtisten bij het onderzoek. Hoe vind je de samenwerking met hun als het gaat om patiënten met diabetes?

00:02:06
Speaker 2: Ik vind dat de diëtiste daar heel erg in meedenkend is en ook snel in te schakelen is. Als iemand ontregeld is of als er nog geen glucerna is, maar wat kan dan weer wel? En de de arts? Ja, meestal loopt dat wel met een standaard bijspuitschema of, ik heb er eigenlijk niet zo veel mee te maken. Meestal loopt dat wel.

00:02:32
Speaker 1: en als je de diëtiste zeg maar, vraag je de diëtiste in consult? Of betrek jij die erbij, of komt er vanuit de diëtiste ook zelf wel eens?

Speaker 2: Nee, ik betrek haar wel eens erbij. Al voor dat ik de arts ingeschakeld vraag ik de diëtiste in consult.

00:02:54
Speaker 1: en als het gaat om het stimuleren van het zelfmanagement van de patiënt, doe je dat ook nog op een bepaalde manier?

00:03:02
Speaker 2: Nee, op een gewone manier zoals ik met jou omga. Niet heel kleinerend of nee

00:03:11
Speaker 1: Zijn er volgens jou nog factoren die belemmerend werken, zeg maar binnen Heliomare als het gaat om de zorg omtrent de diabetes patiënt?

00:03:29
Speaker 2: Nou ja, voorheen hadden we een diabetesverpleegkundige in huis. Soms heb je wel eens vragen waar je net effetjes wat meer moet hebben, of contact met de diabetesverpleegkundige ofzo of mensen die toch liever een freestyle libre toch eigenlijk wel handig vinden, of wij vinden dat makkelijk, dan mis je dat eigenlijk wel.

00:03:48
Speaker 1: Mis je dan vooral diabetesverpleegkundige om voor de kennis zeg maar tussen de verpleegkundige en de patiënt, zeg maar?

00:03:57
Speaker 2: Nee, het is soms denk ik ook wel goed om toch gewoon goed te kijken naar de dagcurve. Nu doet de arts meestal en die zegt: van: nou, we gaan door, misschien gaan we soms wat te lang door met prikken, dus dan zou een diabetes verpleegkundige, die is hierin gespecialiseerd zou daar eerder in kunnen anticiperen. Het is natuurlijk heel fijn dat die freestyle libre er is, maar niet iedereen mag daar gebruik van maken. Als je soms die vingers ziet, ze de worden behoorlijk geprikt met vier keer daags een curve.

00:04:26
Speaker 1: Dus dan zou je voornamelijk de diabetesverpleegkundige gebruiken inderdaad om interventies in te zetten en om nog eens wat strikter misschien naar het beleid te kijken, die misschien nog wat gerichter kijkt als de arts.

00:04:41
Speaker 1: en als je het hebt over het stimuleren van het zelfmanagement zijn er nog bevorderende factoren die je merkt binnen Heliomare , binnen de setting waarin we werken het goed gaat of wat helpt?

00:04:50
Speaker 2: Collega's zijn meedenkend en als ik er niet ben pakt misschien een collega het op en dat is ook altijd wel fijn. Familie die betrokken is, die zegt van oh, dat ga ik regelen zodat het apparaat hierheen komt of dat het apparaat geijkt wordt.

00:05:06
Speaker 1: Je hebt al een paar keer de familie aangekaart in dit gesprek. Als patiënten met ontslag gaan zijn er dan nog dingen die je met de patiënt en met familie bespreekt of doet om te checken of alles geregeld is?

00:05:25
Speaker 2: Ehm sommige patiënten hebben natuurlijk een diabetesverpleegkundige waar ze naar teruggaan en andere naar de huisarts. Dus dan geef ik wel vaak dat de uitdraai mee van de bloedsuikers, dat ze die al mee kunnen nemen, verder is het niet echt nodig.

00:05:41
Speaker 1: En dan heb je nog wel eens en diabetesverpleegkundige betrokken bij een situatie van patiënten binnen Heliomare?

00:05:53
Speaker 2: De laatste tijd, niet vroeger wel maar de afgelopen maanden niet.

00:06:00
Speaker 1: Denk je nog dat dat nog ergens door kan komen, dat je die niet meer nodig had?

00:06:03
Speaker 2: We hebben een aantal patiënten gehad die ik begeleid die via de huisarts liepen, dus dan gaat het via de arts.

Transcript 9

Speaker 1: De eerste vraag is: wat versta jij onder zelfmanagement bij diabetespatiënten?

00:00:06
Speaker 2: Mmm nou ja ik denk dat het meer is dat iemand het zelf weer moet gaan leren het zelf weer moeten gaan doen, het gaan regelen, zorgen dat het op orde is, enzovoorts dat denk ik.

00:00:28
Speaker 1: Wat doe jij als verpleegkundige, zeg maar voor interventies zet je in bij patiënten rondom het zelfmanagement?

00:00:37
Speaker 2: Stapje voor stapje iemand begeleiden om het zelf weer over te gaan nemen. Meestal neem je wij natuurlijk over als iemand binnenkomt ehm ja, eerst toe om naar samen te doen of of juist onder begeleiding van...het bloedsuiker prikken tot insuline spuiten, tot advies over eten, richting de diëtiste natuurlijk sturen, is dat een beetje wat je zoekt?

00:01:08
Speaker 1: Alles is goed. Als patiënten bij ons opgenomen worden, nou, dan nemen wij natuurlijk het eerst vaak over en daarna, dan gaan we trainen en ga je dan, zeg maar ook, als we die overgangsfase zit, dan ga je dan ook na wat voor kennis patiënten hebben over de diabetes vraag je dat wel uit of na?

00:01:30
Speaker 2: Nou, dat hangt er een beetje van af hoe iemand zijn cognitie ook wel is, vind ik en daar pas je dat evt op aan. Maar hoe iemand dat ook voorheen deed, ja daar vraag je wel op door natuurlijk, hoe deed je dat? Hoe? Ja, soms kom je vanzelf ook wel achter in gesprek ehm ik denk onbewust dat je evengoed wel wat dingen naar vraagt ehm. Ik kan me ook inzien dat we daar meer in kunnen in zouden kunnen doen.

00:02:05
Speaker 1: Heb je dan een idee wat?

00:02:13
Speaker 2: We hebben nu wel een meneer die zijn eigen ideeën er over heeft dus wat dat betreft ja, vraag ik me soms af of mensen echt goed weten hoe en wat hoe het in elkaar zit. Waarom het nodig is om insuline te spuiten of wat echt de basis is, dat zullen ze weten, maar daarnaast vraag ik me eigenlijk wel af. Ja, of ze die informatie echt allemaal hebben of dat goed is blijven hangen, want ze hebben waarschijnlijk de informatie er eerder gehad, maar.

00:02:51
Speaker 1: En als je daar wel eens over twijfelt of je weet het niet, betrek je dan wel eens familie van de patiënten erbij?

00:02:58
Speaker 2: zeker als iemand zn cognitie minder goed is, dan vraag je het via een familie na hoe ze, dat proberen informatie te achterhalen. Ja, direct daarnaast probeer ik wel de patiënt uit te vragen dus beide ja bij en ook de familie te begeleiden door mee te nemen. Ja.

00:03:18
Speaker 1: En als je dan de patiënt gaat trainen zeg maar met bloedsuiker prikken en insuline spuiten en zo gebruik je dan ook wel eens voorlichtingsmateriaal nog om patiënt voor te lichten?

00:03:37
Speaker 2: In de zin van folders is ofzo os praktisch? Ehm, ja, eigenlijk niet echt, nee, nee. Volgens mij

hebben we dat ook niet zozeer voor de hand. kijk je kan iemand altijd natuurlijk wel een website over diabetes of iets sturen, maar nee, niet, nee. Ik krijg wel allemaal ideeën.

00:04:04
Speaker 1: En zijn er nog andere interventies die eventueel inzet als met de patiënt gaan trainen?

00:04:19
Speaker 2: De ergotherapeut kan er ook dingen in meenemen. Ik kijk hoe of wat qua hand functie. De diëtist inschakelen, natuurlijk ook wel heel prettig om wat in kaart te laten brengen ehm ja en verder zit te denken, nee, ja, want wat is de vraag ook alweer>

00:05:05
Speaker 1: Nou ja, of je andere interventies inzet, maar als het niet zo is, is het ook goed.

00:05:12
Speaker 2: Ik zit even te denken, nee ik zou het nu niet

00:05:21
Speaker 1: Bij dit onderzoek betrek ik ook de artsen en de diëtisten erbij. Hoe ervaar je de samenwerking met hun?

00:05:34
Speaker 2: Ja, vaak hoor je er dan niet zoveel meer van als je, als de arts ermee bezig is en de artsen en de diëtist hebben dan samen wel eens contact, hoorde ik. Maar eigenlijk krijgen we daar niet bewust een terugkoppeling van of in hoeverre dat besproken is. Nee, nee, dus wat dat betreft zou daar nog wel wat meer in kunnen denk ik ja ehm, ik weet eigenlijk niet eens precies wat ze bespreken. Dus wat dat betreft, ja, zou dat misschien wel optimaler kunnen, ik mis het wel.

00:06:15
Speaker 1: Hé, en we werken natuurlijk in heliomare binnen multidisciplinair team ervaar jij daardoor bevorderende factoren voor het stimuleren van zelfmanagement van patiënten met diabetes?

00:06:27
Speaker 2: Bevorderende factoren?

00:06:37
Speaker 1: ja en belemmerende factoren? die vraag kwam erna inderdaad.

00:06:38
Speaker 2: Ja, jeetje wat een lastige vraag. Bevorderende factoren.? Ja, ik zit te denken wat ik zal antwoorden. Ehm ja, het is net hoe iemand is en hoe. Ja, weet je wel, zoals nu de meneer die we hebben, die toch maar zelf doet wat hij zelf altijd al deed, ik vindt dat heel lastig om daar, ja daar goed in voor te lichten en het zelfmanagement op te pakken zeg maar. Dat vind ik dus wel heel belemmerend eigenlijk dat soort dingen, ja bevorderend dat vind ik lastig.

00:07:38
Speaker 1: En geef je onze patiënten ook adviezen mee als ze met ontslag gaan?

00:07:46
Speaker 2: In principe heb je dat natuurlijk gedurende de opname al gedaan. Soms herhaal je dan nog eventjes wat er is besproken of of hoe dingen vervolgd worden. En dat doet volgens mij ook de arts wel hoe het allemaal verder gaat via de huisarts. Controle of eh.... in die trant denk ik, ja en ja, soms is natuurlijk ook al een diabetes, verpleegkundige betrokken. Dus uiteraard zullen die dat ook vervolgen na ontslag, ehm ja, zoiets denk ik, ja.

Transcript 10

Speaker 1: Wat versta jij onder het zelfmanagement bij patiënten met diabetes na een CVA?

00:00:11
Speaker 2: Wat ik onder zelfmanagement versta, is dat mensen zelf begrijpen wat de ziekte is. En hoe ze daarmee om moeten gaan. Wat zijn de dingen om op te letten? Zowel wanneer gaat het goed, maar ook waar gaat het niet goed en wanneer trek je nu aan de bel? Ik denk dat dat wel essentiële dingen zijn en ja, dat je daarbij ook een soort instelling probeert te kweken bij de één gaat dat wat natuurlijk, want die heeft dat al van nature en bij de ander, ja, dan moet je dat echt een beetje ja inslijpen soms bijna van om daar ook pro actief mee om te gaan, dat het niet altijd vanuit een zorgverlener moet komen van doet dit of doe dat, maar dat daar een soort echt intrinsieke motivatie bij is. Dat is denk ik, wat ik onder zelf management versta.

00:01:09
Speaker 1: Ja, en de intrinsieke motivatie om dat te stimuleren, wat voor interventies zet je daarvoor in?

00:01:22
Speaker 2: Educatie ehm verschilt een beetje per persoon. Natuurlijk, ja, soms is wat mondeling en schriftelijk informatie geven van de diabetes stichting of fonds geef ik dan vaak informatie mee. Soms is dat voldoende. Soms denk ik ook aan interventie, zoals motivational interviewing. Nu hebben we een patiënt op de afdeling die erg therapie ontrouw is. Daarbij denk ik aan een motivational interview, interventie, dat zijn denk ik wel de twee belangrijkste.

00:02:07
Speaker 1: En als patiënten hier worden opgenomen of als ze gaan beginnen met het zelf monitoren van de bloedsuiker en zo.. ga je dan ook naar wat voor kennis een patiënt heeft vooraf?

00:02:20
Speaker 2: Nou, dat gebeurt wisselend, niet standaard, moet ik eerlijk bekennen, terwijl dat misschien wel goed is. Dat van te voren te checken. ik check het eigenlijk vooral als de patiënt er zelf naar vraagt of dat ik merk van hé dingen gaan toch suboptimaal of zijn in het verleden suboptimaal gegaan, dan check ik het na.

00:02:47
Speaker 1: En waar check je dat na? Bij de patiënt of doe je dat ook wel eens bij naaste familie?

00:02:53
Speaker 2: In principe check ik dat bij de patiënt. Als ik denk van dat ik twijfel over de betrouwbaarheid van de antwoorden, bijvoorbeeld omdat iemand cognitieve problemen heeft, dan check ik dat ook na bij de familie.

00:03:07
Speaker 1: En ik ben ook wel heel erg benieuwd vanuit mijn onderzoek. Ook zijn daar vanuit jouw positie als arts zijn er medische kaders die belangrijk je vind bij het zelfmanagement? of als de patiënt natuurlijk ook na een CVA zit ik een beetje te denken van ja, wij beginnen natuurlijk altijd met het controleren van dat bloedsuiker dat nemen we vaak in eerste instantie over en dan gaan we natuurlijk ook trainen en naar de thuissituatie en dan komt eigenlijk steeds meer dat zelfmanagement ook er bij kijken. Maar er zijn er echt vanuit jullie vakgebied, zeg maar nog medische kaders?

00:03:41
Speaker 2: Zeker, een belangrijk kader. Wat heel centraal staat, is autonomie van de patiënt. Natuurlijk, dat ja, we hadden bijvoorbeeld op een gegeven moment een patiënt die ja, die had daar zelf hele specifieke ideeën over, waarvan wij dachten van ja is dat nou wel een goed idee, maar dat is toch wel wat heel centraal staat wel dusdanig ook al denk je van het is misschien suboptimaal maar

nou, ja, dat dat dan wel prevaleert boven dat je denkt van nou, ja, dit had misschien anders gekund. Soms maken mensen daar een andere keuze in, een ander belangrijk kader is ook goed behandelaarsschap hè, je hebt natuurlijk ook al als het medisch team verantwoordelijkheid je kan mensen niet medisch onaanvaardbare dingen te doen of laten doen. Dus toen hebben we met die patiënt ook wel besproken van oké, we geven je zo veel bewegingsvrijheid dan mag je naar eigen inzicht doen tot dit en dit en dit hè, dus dan stellen we daar wel grenzen van daarbuiten. Dan is het gewoon ja, medisch onacceptabel. Dus ja, dat zijn denk ik, de twee kaders.

00:04:51
Speaker 1: Binnen mijn onderzoek heb ik de verpleegkundige erbij betrokken en de diëtiste hoe ervaar je de samenwerking?

00:05:06
Speaker 2: Met verpleegkundige op zich goed, maar dat komt omdat ik jullie natuurlijk ook heel veel zie, in ieder geval elke donderdag. Tegenwoordig ben ik er ook heel blij mee. Doen we de visite, nou heb ik daar zelf ook wel mede voor gezorgd dat we nu wekelijks visite doen, dat dat dan een vast moment is, dat dat wordt gecontroleerd. Ja de diëtiste, wat ik daar nog lastig vindt, is die vraag ik er standaard bij, maar hè, ik krijg niet standaard terugkoppeling dus dat vind ik soms nog wel lastig. Ik denk dat dat een stap is, dat ik ook op eigen verzoek inmiddels heb kunnen richten dat de diëtist standaard bij iedereen op 3B langskomt wat ik wel fijn vindt. Maar qua terugkoppeling ja, dat dat is misschien nog iets wat beter zou kunnen.

00:06:01
Speaker 1: En als je dan kijkt naar de diabetespatiënt een terugkoppeling zijn er dan echt punten die specifiek nu mist, die wat beter zou willen?

00:06:09
Speaker 2: Nou, wat ik vaak met mensen bespreek, hè bijvoorbeeld leefstijl interventies dat dat heel effectief kan zijn hoewel natuurlijk wel heel moeilijk vaak. Het kan heel effectief zijn. Daarom bespreek ik het altijd wel en verwijs ik ze ook altijd door nar een diëtist en dan zou ik het soms wel fijn vinden als patiënt hier een paar weken zijn geweest of een paar maanden soms van hé heeft dat ook wat gedaan dan door het toe te passen, wat heeft dat voor effect gehad? Dat is wat waar ik dan geen terugkoppeling van krijgt. Dus dat kan iets beter.

00:06:51
Speaker 1: De samenwerking met partners, zeg maar buiten de keten, dus evt een internist of diabetesverpleegkundige, zoek je die samenwerking wel eens op of heb je dat wel eens nodig van.

00:07:07
Speaker 2: Ja, met enige regelmaat dus ik vraag vaak na van wie is degene die de diabetes controleert? En ja, daar heb ik wel inderdaad met enige regelmaat contact mee. Kan of een internist uit het ziekenhuis, dat we hebben sowieso eens in de twee weken een internist uit het rkz die hier komt hè, vaak gaan vragen ook over diabetesmedicatie. Ik heb inderdaad ook met enige regelmaat contact met een diabetesverpleegkundige van hé, hoe deden jullie dat, hé, want ik probeer toch altijd zo veel mogelijk de thuissituatie te benaderen. Waar ze uiteindelijk ook naar teruggaan, oké.

00:07:46
Speaker 1: En ik ben ook nog wel benieuwd naar... ik ben ook aan het kijken binnen het onderzoek naar wat er is een voorlichtingsmateriaal je noemde net al wel wat op over diabetes, informatie over diabetes, wat gebruik je daar precies voor?

00:08:04
Speaker 2: Ik verwijs altijd naar de website van het diabetes fonds. Je hebt ook een informatie folder van wat je moet weten over diabetes. Dat is een soort, een boekje, een folder met de minimale

informatie. Op de website staat nog veel meer, maar elk geval die folder met minimale informatie, die geef ik dan ook voor mensen met diabetes, de novo of als mensen diabetes hebben en ze hebben nog vragen.

00:08:31
Speaker 1: En als je patiënten het ontslag gaan, dan verwijs je ze dan ook weer door naar de huisarts of de diabetesverpleegkundige direct. Of is dat iets wat in de loop van de tijd weer gebeurd?

00:08:41
Speaker 2: Nou, bij de gene bij wie ze bekend waren, dus als ze als diabetes werd gecontroleerd door naar de huisarts, verwijst ze weer terug naar de huisarts. Dat geef ik dan ook in de brief aan van graag weer verder oproepen voor controle, of voor cardiovasculaire risicomanagement en anders, als ze bij de internist bekend waren in de brief vraag ik aan de internist of ze die patiënt weer willen oproepen.

00:09:05
Speaker 1: Oké, dank je wel.