

2005.1

januari 2005
jaargang 1 nummer 1

UMC  St Radboud
met mensen kennis

PLEXUS

UMC - ZORGMAGAZINE



Beenmergdonor, een VIP voor het leven!

**Verplegingswetenschappen in opmars:
van bijzondere, via profilerings- naar structurele
leerstoel Verplegingswetenschap.**

Drinkvoeding met EPA, wondermiddel of niet?



INHOUD

Soeterbeek

3

Perplexus

3

Effecten van functiedifferentiatie voor verpleegkundigen

4

Uit de schaduw

6

Verplegingswetenschap Nijmegen staat op de kaart

8

Evidence- of practice based?

10

Verpleegkundige zorgresultaat-beschrijvingen in de praktijk

12

Rapporteren op de poli: kan dat?

14

In beeld

17

Uitbreiding en versterking transmurale thuiszorgtechnologie

18

Paraspraak

20

COLOFON

PLEXUS is een multidisciplinair tijdschrift dat gemaakt wordt voor en door verschillende zorgdisciplines van het UMC St Radboud. Het blad verschijnt vier keer per jaar en bevat artikelen en columns die de zorg tot onderwerp hebben.

Zorgverleners worden van harte uitgenodigd bijdragen aan dit tijdschrift te leveren, in de vorm van artikelen, artikelsuggesties of ingezonden brieven. Hulp en ondersteuning bij het schrijven is beschikbaar.

REDACTIE

Fried Böhmer, Nanette Haze, Paulien Keijzer (coördinator), Jacqueline de Leeuw, Minke Nieuwboer en Rolinka Schim van der Loeff.
Eindredactie: Peter Smits, Parafrase tekst & advies.

De redactie is bereikbaar via staf Concerncommunicatie: postadres 511 COM, telefoon (024) 36 135 28 e-mail P.Keijzer@com.umcn.nl

BIJDRAGE AAN DIT NUMMER

Nanette Haze, L. Hoek, Wilma van den Hoek, Anita Huijs, Paulien Keijzer, Edith Koopmans, Lucia Kregting, Erik de Laat, Riky Lamers, Rolinka Schim van der Loeff, de VAR, Cindy Verstegen en Jolanda Zonnenberg.

NASLAGWERK VIA INTRANET

Op intranet (medewerkersingang, nieuws en bulletins, Verpleegkundig Tijdschrift/PLEXUS) is een korte beschrijving te vinden van de artikelen die per tijdschrift en jaargang zijn verschenen. Dit vergemakkelijkt het opzoeken en naslaan van bepaalde artikelen.

VERSPREIDING

PLEXUS wordt gratis verspreid onder alle zorgdisciplines die werkzaam zijn in het UMC. Als bezorgadres wordt het werkadres gehanteerd zoals dat in het personeelssysteem (spin) is opgenomen. Als het bezorgadres afwijkt van het werkadres dient u deze wijziging zelf via uw personeelsfunctionaris te laten aanpassen. Pas dan wordt het tijdschrift op uw nieuwe werkplek bezorgd. Met overige klachten over de verspreiding en vragen om toezending kunt u zich wenden tot Hans Jansen, Staf Zorg, telefoon (024) 36 146 95.

VOLGEND NUMMER

PLEXUS 12.2 verschijnt in april 2005.

REDACTIONEEL

Goed nieuws, trouwe en nieuwe lezers. Met trots presenteren we PLEXUS, hét nieuwe blad voor alle zorgdisciplines in het UMC St Radboud. Bent u verpleegkundige, dan herkent u in dit blad misschien nog het Verpleegkundig Tijdschrift (VT), met een geheel nieuwe look! Bent u een paramedicus of een ondersteuner in de zorg, dan is dit blad wellicht nieuw voor u.

Elf jaar lang heeft het Verpleegkundig Tijdschrift bestaan. Elf jaar lang heeft het trouw dienst gedaan en verpleegkundigen en verzorgenden in het Radboud op de hoogte gehouden van belangwekkende ontwikkelingen in de verpleging. Daarnaast bood het verpleegkundigen ook de mogelijkheid om zelf ervaring op te doen met het publiceren van artikelen over eigen projecten of bevindingen en deze zo UMC-kundig te maken.

Maar na elf jaar trouwe dienst begon het jasje een beetje te vervelen. Het grijze uiterlijk was niet meer van deze tijd. Daarnaast werd het ook een beetje te krap. In het huidige multidisciplinaire tijdperk is een blad alleen voor de verpleging te beperkt. We hebben in het werk steeds meer met elkaar te maken, zoeken elkaar op en versterken elkaars expertise. Waarom zouden we dat dan ook niet doen in een gezamenlijk blad? Dat vonden ook de managers zorg. Daarom heeft de redactie het roer qua inhoud en vormgeving omgegooid en is het oude VT omgevormd tot het UMC-zorgmagazine PLEXUS.

Plexus is de Latijnse benaming voor een netwerk of kluwen bloedvaten, zenuwen en/of lymfevaten. Deze bundeling van vitale functies en systemen verbeeldt naar ons idee prima hoe verplegende, paramedische en ondersteunende zorgverleners in het UMC met elkaar zijn verstrengeld. We werken net als de bloedvaten en zenuwen met elkaar samen ten bate van het welbevinden en de gezondheid van onze patiënten.

Wat betreft de inhoud van dit nieuwe magazine hebben we op de eerste plaats goed gekeken naar de resultaten van het laatste VT-lezersonderzoek. Maar PLEXUS oriënteert zich zoals gezegd breder dan alleen de interessesfeer van verpleegkundigen en verzorgenden. PLEXUS is vier keer per jaar een bron van relevante – en naar we hopen onmisbare – informatie over ontwikkelingen binnen de gehele zorg in het UMC. Nieuwe projecten, samenwerkingsverbanden, ontwikkelingen op academisch niveau, u treft het hier allemaal aan. Drie keer per jaar doen we verslag van actueel verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek. De vierde keer leest over de laatste stand van zaken binnen het paramedisch wetenschappelijk onderzoek dat hier in huis wordt uitgevoerd. Ieder kwartaal zetten we in de rubriek Paraspraak de schijnwerper op een paramedische discipline: wat draagt deze discipline bij aan de zorg en wat is de meerwaarde van onderlinge samenwerking, zullen we ons daarbij afvragen. In het grote UMC staan verder veel kleine, zeer specialistische afdelingen in de slagschaduw van de grote afdelingen. Jammer, vinden wij, want het werk van deze 'specialisten' is van groot belang voor veel patiënten. Om te achterhalen wat er voor velen ongezien aan bijzondere zorg wordt gedaan, volgen we elk kwartaal een medewerker van zo'n speciale afdeling een paar dagen. Om te laten zien hoe bijzonder ook het dagelijks werk kan zijn laten we voortaan in elk nummer ook een 'gewone' medewerker uitgebreider aan het woord.

En er is nog maar veranderd, maar dat leest u vanzelf. Een ding wat niet verandert is dat PLEXUS een tijdschrift blijft voor, maar vooral door u. Uw bijdragen zijn onmisbaar. Wilt u meewerken aan de totstandkoming van dit blad? Neem dan eens contact op met de coördinator van PLEXUS, Paulien Keijzer (p.keijzer@com.umcn.nl). Wij zijn vooral nog op zoek naar vertegenwoordigers uit de clusters CSS en CAIO, maar ook schrijvers en informanten uit andere clusters zijn van harte welkom.

Natuurlijk zijn we erg benieuwd naar uw mening over ons nieuwe magazine. Wilt u die met de redactie delen? Graag. Het e-mailadres van Paulien Keijzer staat ook daar voor open.

Wij wensen u veel leesplezier.

De redactie

PS Nu het blad aan een bredere groep medewerkers wordt verstuurd is uit het personeelsbestand een nieuwe selectie gemaakt van medewerkers die het blad ontvangen. Hierdoor kan het voorkomen dat er medewerkers zijn die het blad voorheen wel kregen, maar nu niet meer. Indien zij het blad wel willen ontvangen kunnen ze contact opnemen met Hans Janssen, staf Zorg, (024) 361 46 95.

Laatst was er een studiedag over cognitieve stoornissen in de zorgpraktijk met de passende titel: En ook nog dement!

Een studiedag voor mensen die aan het bed werken. Artsen en verpleegkundigen vooral. Kerndisciplines.

Het ging over de vergrijzing en de gevolgen daarvan. Concreet. Dat het aantal Alzheimerpatiënten in 2050 is verdubbeld tot 400.000; net zoveel als alle BIG-geregistreerde verpleegkundigen en verzorgenden in dit land bij elkaar.

Het ging over ethiek en moraal. Over het verschil tussen 'medisch zinloos' en 'zinloos medisch'. Over hoe serieus je de eigen wil van dementerenden moet nemen. Hoe je hen kunt bejegenen zonder hun menselijke waardigheid af te nemen. Over de kloof tussen patiënt en zorgverlener die ontstaat omdat het trio 'snel, doelmatig en productie' bij deze categorie patiënten vaak niet op lijkt te gaan.

Erudiete sprekers. Professoren, doctorandussen, doctors, verpleegkundigen, een jukeboxdichter, juristen, ethici, psychologen en, gelukkig mogen we ook na zijn pensioen nog van hem genieten: dagvoorzitter prof dr Gribnau. Het mocht wat kosten. Daar in Soeterbeek.

En als UMC-er mocht je er gratis naar toe!

Maar wat het bijzonderst was. Het was mooi. Indrukwekkend. Het was ontroerend en professioneel. Er was SYNERGIE. Dat holle jaarverslagenwoord dat iets over samenwerking moet zeggen. Het woord dat betekent dat het geheel meer is dan de som der afzonderlijke delen, en dat het daar, ondanks die jaarverslagen, meestal nooit écht lekker van wil komen.

Hier was het. Hier was het mensen. Hier stroomde bloed. Hier klopten harten. Hier ging het precies over waarom wij het vak hebben gekozen. Wij allemaal. Intellectuelen en anderszins gekwalificeerden. Hier ging het om de gemeenschappelijke zaak.

Maar waar zouden ze nou toch zijn geweest, de verpleegkundigen?

Ach, 't zal wel druk geweest zijn. Aan het bed.

L. Hoek

delinksehoek@com.umcn.nl

PERPLEXUS

Een nieuwe naam voor het blad, een nieuwe naam voor de rubriek *Zo is dat!* Perplexus biedt ruimte aan alle verbluffende en licht verwarrende zaken die u in de gezondheidszorg tegenkomt. In de breedste én de smalste betekenis van dat woord. Pittige meningen, ontroerende observaties, werkvloerdilemma's, zelf bedacht en geschreven of en passant tegengekomen. U kunt ze hier kwijt. Zolang het maar scherp geformuleerd is, tot nadenken stemt, of goed is voor een grim- of glimlach. Deze keer een wijze les van pastoor Bless.



"(...) De zwijgzaamheid is voor de verpleegster een bijzondere deugd. De verpleegster moet op tijd weten te spreken en nog meer op tijd weten te zwijgen. Er is veel tact en omzichtigheid nodig om altijd het juiste woord te vinden, als de zieke bijvoorbeeld vraagt naar zijn toestand, als de ziekte een gevaarlijke wending neemt en er gevaar dreigt van sterven, als de zieke om raad vraagt, enzovoort. Een enkel woord kan dikwijls zoveel goed doen; een enkel woord kan ook zoveel bederven. Gij moogt uw zieken niet bedriegen of misleiden. Als de zieke bemerkt, dat gij zo maar iets zegt, hem zo maar iets voorliegt of op de mouw speldt, dan zult gij spoedig het vertrouwen verliezen. Als er geregeld zo geheimzinnig achter de rug van de zieke gefluisterd wordt, is het dan een wonder, dat de zieke het niet meer gaat vertrouwen?"

Toch kunt en moogt gij aan uw zieken niet altijd de volle waarheid zeggen. Hier zal de deugd van voorzichtigheid u moeten helpen om zonder te liegen of te misleiden toch een bevredigend antwoord op de vele vragen, welke door de zieke worden gesteld, te kunnen geven.

Nog meer zult ge moeten kunnen zwijgen. In de omgang met uw zieken, in het dagelijks verhouding met de huisgenoten van uw zieken zult gij veel te horen en te zien krijgen, waarover gij het zwijgen moet bewaren. Slecht op die stilzwijgende voorwaarde zullen de zieken zich aan uw zorgen toevertrouwen en u in huis halen. Gij weet van hoe grote waarde het vertrouwen in de verpleging en bij de genezing is. Is dat vertrouwen eenmaal geschokt, dan zult gij weinig goeds meer kunnen uitrichten. Een verpleegster die niet kan zwijgen, die erg praatziek is, zal als zodanig gauw bij de mensen bekend staan. Wat zal men bijvoorbeeld denken van een verpleegster, die in het ene gezin vertelt wat zij in het andere gezien en gehoord heeft? Zwijgen is voor de verpleegster ook strenge gewetensplicht. Over een belangwekkend geval zwijgen moge nu en dan wel erg moeilijk zijn, maar daarom is het ook des te verdienstelijker."

Uit: pastoor H. Bless, Godsdienstleer voor katholieke verplegenden, Derde herziene druk, Uitgeverij Urbi et Orbi, Amsterdam, 1952.



EFFECTEN VAN FUNCTIEDIFFERENTIATIE VOOR VERPLEEGKUNDIGEN

Bericht van de Verpleegkundige Adviesraad (VAR)

Functiedifferentiatie heeft voor de grootste groep medewerkers in het ziekenhuis, de verpleegkundigen, veel veranderingen met zich mee gebracht in de uitoefening van hun beroep. Op enkele werkplekken in het UMC is de functiedifferentiatie al enige tijd ingeburgerd. De VAR vroeg zich af hoe de invoering van functiedifferentiatie op deze werkplekken is verlopen en hoe het takenpakket van deze verpleegkundigen er nu uitziet. Zijn verpleegkundigen tevreden over de inhoud van hun huidige functie? Deze vragen stelden wij aan Hilde Ricken en Maaïke Eeren, verpleegkundigen op EOV en aan Hanneke Metsers en Alice de Bie, verpleegkundigen op de poli dermatologie.

Voordat de functiedifferentiatie werd ingevoerd hadden Maaïke en Hilde grote vraagtekens of deze reorganisatie op afdeling EOV positief zou uitpakken voor patiënten en verpleegkundigen. Er bestond grote angst dat de kwaliteit van zorg achteruit zou gaan. Omdat er meer mensen rond het bed van de patiënt kwamen te werken, zouden de verpleegkundigen het zicht op het totale zorgproces wel eens kunnen verliezen. Ook het loslaten van taken die altijd door verpleegkundigen waren uitgevoerd, en nu bij de verpleegassistent terecht zouden komen, werd niet met gejuich ontvangen.

Alice ging pas op de poli dermatologie werken na de invoering van de functiedifferentiatie, maar Hanneke weet zich nog te herinneren dat de voorbereidingen en het proces van invoering van de functiedifferentiatie op de poli dermatologie geleidelijk is verlopen. In het team was er weinig weerstand tegen de functiedifferentiatie, deels te verklaren vanuit de onbekendheid met het fenomeen. Het verpleegkundig team heeft zich de afgelopen jaren aangepast aan de gegevenheid van de functiedifferentiatie.

Doen wat je hoort te doen

Hilde en Maaïke vertellen dat de functiedifferentiatie een totaal andere taakverdeling heeft gebracht die beter aansluit bij de functie van verpleegkundige. De herschikking van taken heeft geleid tot verbreding en verdieping van het verpleegkundig beroep, met nieuwe werkzaamheden zoals delegeren, coachen van verpleegassistenten en cursisten, overzicht bewaren en regeltaken (ontslag, verpleegplannen, medicijnen, overleg met arts enzovoort), het hoort tegenwoordig allemaal bij: "Doen wat je als verpleegkundige hoort te doen". Verpleegkundigen hebben hierdoor wel minder direct contact met de patiënten. Het

is een belangrijk punt van aandacht om het contact met de patiënt niet te verliezen. Om het overzicht over de totale zorg te behouden was het noodzakelijk naast de eigen houding ook overleg- en communicatievormen aan het gedifferentieerde functiegebouw aan te passen. Er werden overlegmomenten met verpleegassistenten ingebouwd en afspraken gemaakt over het terugkoppelen van de uitgevoerde zorg.

Lichamelijk gezien is het werk minder zwaar geworden, vinden Hilde en Maaïke. Per dienst wordt een dagcoördinator aangewezen, een verpleegkundige die die dag verantwoordelijk is voor de coördinatie en de continuïteit. In de praktijk blijkt dat de continuïteit van de seniorverpleegkundigen niet altijd gewaarborgd is, omdat ze niet altijd voldoende op de werkplek aanwezig zijn.

Na de functiedifferentiatie zijn taken als het aanvullen van voorraden en het doen van bestellingen door verpleegassistenten overgenomen. De verpleegkundigen krijgen hierdoor weer meer tijd voor direct patiëntgerelateerde taken en afdelingsoverstijgende activiteiten.

Aandachtspunten

Op de afdeling EOV is de werkdruk niet altijd evenredig verdeeld over verpleegkundigen en verpleegassistenten. In de personeelsbezetting per dienst wordt wel uitgegaan van de gelijkwaardigheid van verpleegassistenten en verpleegkundigen. Door de herschikking van taken hebben de verpleegkundigen het tijdens de middag echter drukker. Rapporteren, medicijnen uitdelen en overleg met artsen zijn taken die niet door verpleegassistenten kunnen worden overgenomen.

Maaïke geeft aan het lastig te vinden om te rapporteren wat een verpleegassistent heeft

geconstateerd, maar wat zij zelf niet heeft waargenomen.

Op de poli dermatologie werken verpleegkundigen, ziekenverzorgenden en doktersassistenten grotendeels met hetzelfde takenpakket. De functiedifferentiatie heeft er toe geleid dat er op een klein gebied differentiatie van taken ontstond. Omdat de medewerkers grotendeels dezelfde taken uitvoeren, maar anders worden beloond, kan dit fricties geven. Daarbij zijn de doorgroeimogelijkheden voor ziekenverzorgenden en doktersassistenten niet zo groot.

Helaas is er slechts één seniorverpleegkundige werkzaam op de polikliniek. De senior heeft dus een te drukke functie met veel resultaatgebieden die moeten worden uitgewerkt. Er werken niet meer seniorverpleegkundigen op de poli omdat het merendeel van de medewerkers parttime werkt en 32 uur de clusterafpraak voor een seniorfunctie is. Het seniorschap vraagt een grote inzet, wat blijkbaar niet altijd samengaat met de privé-situatie van de medewerkers. Binnen de poli dermatologie vangt men nu het tekort aan seniorkracht op door het werken met aandachtsvelders en aandachtsgebieden.

Stimulerend

Hilde en Maaïke voelen zich beiden door de functiedifferentiatie gestimuleerd hun takenpakket te verbreden. Hilde werkt al 20 jaar als verpleegkundige op de afdeling reumatologie en zij is verantwoordelijk voor de dienstlijst. De functie van dagcoördinator ziet ze als een verdieping van haar taken. Maaïke wil zich graag gaan richten op het seniorschap. Zij vervangt nu een collega die met zwangerschapsverlof is. Functiedifferentiatie betekent voor haar meer carrièreperspectieven.

De huidige manier van werken biedt verpleegkundigen volgens Hanneke en Alice ruimte voor nieuwe ontwikkelingen. Bijvoorbeeld een spreekuur voor patiënten met hand/voeteczeem of de verpleegkundige participatie in een groepstraining voor patiënten met jeukkrabproblematiek. De poli dermatologie is een team in beweging. Daar heeft de functiedifferentiatie niet veel aan veranderd.

Meer continuïteit

Op een reumatologieafdeling komen patiënten regelmatig voor heropname. Aan enkele van hen is gevraagd wat zij hebben gemerkt van de invoering van functiedifferentiatie. Zij gaven

unaniem aan functiedifferentiatie als een verbetering te zien. Zij ervoeren meer continuïteit in de verzorging. Bij de dermatologiepatiënten is nooit onderzocht hoe zij de functiedifferentiatie hebben ervaren.

Kijken in andermans keuken

De functiedifferentiatie heeft op sommige afdelingen al een hele ontwikkeling doorgemaakt, terwijl andere werkplekken nog met de invoering moeten starten. De VAR raadt verpleegkundigen en verzorgenden, individueel en als afdelingsteams, aan een visie op functiedifferentiatie te ontwikkelen en de blik te verruimen door eens in andermans

keuken te kijken. Wat werkt is regelmatig met elkaar over functiedifferentiatie spreken om zo een duidelijk beeld voor de eigen werkplek te scheppen.

De vraag welke taken nu precies bij welk functieniveau horen, blijft actueel en vergt blijvende aandacht. De verschillen in capaciteiten, kwalificaties en competenties van verpleegkundigen, verzorgenden en assistenden moeten optimaal worden benut om een optimaal resultaat uit de functiedifferentiatie te halen.

De VAR



Fotograaf: Frank Muller

De functiedifferentiatie heeft een andere taakverdeling gebracht die beter aansluit bij de functie van verpleegkundige. De herschikking van taken heeft geleid tot verbreding en verdieping van het verpleegkundig beroep, met nieuwe werkzaamheden.



UIT DE SCHADUW

Dagboek van Edith Koopmans, manager Stichting Beenmergdonorbank Europdonor Nijmegen (BEN)

In het UMC St Radboud werken zo'n 8500 medewerkers, in uiteenlopende functies en disciplines, op heel verschillende werkplekken. In de komende nummers van PLEXUS halen wij een paar bijzondere, specialistische of minder bekende werkplekken uit de schaduw. Deze keer leest u mee in het dagboek van Edith Koopmans, manager bij Stichting Beenmergdonorbank Europdonor Nijmegen

De aan het Radboud verbonden Stichting Beenmergdonorbank Europdonor Nijmegen, kortweg BEN, werd in 1990 opgericht. Vanaf de oprichting ben ik aan BEN verbonden. Eerst parttime als coördinator en nu al enige tijd fulltime, deels in de rol van manager en voorzitter van het managementteam (MT) en deels als searchcoördinator.

Mijn naam is Edith Koopmans, ik ben 41 jaar en ik woon in Nijmegen. In 1983 ben ik in het UMC St Radboud begonnen met de opleiding tot Verpleegkundige. Ik ben daarna gaan werken op de afdeling Hematologie. Op deze afdeling heb ik veel geleerd over hoe dicht het leven bij de dood staat. Ik had veel bewondering voor de patiënten die ondanks de ernst van hun ziekte de behandelingen vol goede moed ondergingen. De confrontatie met ziekte en dood binnen mijn eigen familiekring deed me noodgedwongen zoeken naar een andere werkplek. Deze nieuwe werkplek werd de stamceldonorbank die op dat moment nog in de kinderschoenen stond. Dankzij deze nieuwe werkplek heb ik andere kwaliteiten in mijzelf ontdekt. In mijn huidige werk voel ik me als een vis in het water, maar mijn ervaring als verpleegkundige had ik nooit willen missen.

Wereldwijd

De wereldwijde oprichting van stamceldonorbanken was noodzakelijk omdat de gezinnen in de huidige tijd zo klein zijn geworden dat nog maar 30% van de patiënten een donor binnen de directe familie (broers en zussen) kan vinden. Stichting BEN participeert in het wereldwijde netwerk van 53 stamceldonorbanken in 40 landen. Het ultieme doel van onze stichting is zoveel mogelijk patiënten te helpen aan een stamceldonor. Wij bouwen een stamceldonorbestand op en proberen dit zo goed mogelijk te onderhouden in samenwerking met de Bloedbanken in de regio Zuidoost Nederland.

Binnen de organisatie maak ik altijd onderscheid tussen twee hoofdprocessen. Het eerste is de VUD-search (Voluntary Unrelated Donor). Dit is een zoekprocedure voor patiënten van het UMC via het wereldwijde bestand. Uiteraard doen zich ook situaties voor waarbij de donor in ons eigen BEN-donorbestand wordt gevonden.

Het tweede proces is het stamceldonatieproces: Alles wat te maken heeft met de voorbereiding van een onverwante donor op het doneren van zijn stamcellen aan een patiënt in het UMC St Radboud, of waar ook ter wereld.

De dagen van een manager en een searchcoördinator bij BEN zijn heel verschillend. Als manager ben ik verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken, de donorcentrumactiviteiten. Als searchcoördinator houd ik me bezig met de donorzoekopdrachten voor patiënten van het UMC, de VUD-searches. Dit zijn de transplantatiecentrumactiviteiten. Loop maar een paar dagen met mij mee, dan zie je het zelf.

onder de aandacht te brengen van het publiek. Hiervoor gebruik ik onze folder 'Een VIP voor het leven'. Rond het middaguur heb ik een laatste overleg met de andere leden van het MT. Wij bereiden ons voor op een avond op de hei met het bestuur van Stichting BEN. Wij verwachten pittige discussies, waaronder een discussie over ons bestaansrecht als zelfstandige stichting en de samenwerking met Sanquin. Namens het MT zal ik in eerste instantie het woord nemen naar aanleiding van een notitie die ik hiervoor heb opgesteld. Het centrale onderwerp is de discussie over de toekomst van BEN en het bespreken van een aantal hiervan afgeleide onderwerpen. Vanaf 16.00 uur zit het MT met het bestuur op een locatie in Berg en Dal. De discussie wordt om 20.00 uur afgesloten waarna nog een diner volgt. Deze heidag vond ik zeer zinvol. Duidelijk is wel dat nog veel werk moet worden verricht.

21 oktober: Vandaag ben ik op kantoor. Ik help Heidi, de vervangster van mijn secretaresse, met het opstarten van haar werkzaam-

OOK STAMCELDONOR WORDEN?

- Ben je tussen 18 – 45 jaar?
- Ben je gezond?
- Ben je woonachtig in de regio Zuidoost Nederland?
- Ben je (bij voorkeur) ook bloeddonor?

Dan ben je van harte welkom.
Neem contact op via www.beenmergdonor.org

20 oktober: van 09.00-10.30 geef ik les aan studenten Geneeskunde in het kader van het keuzeblok Stamceltransplantatie. De stamceldonorbank is al een aantal jaren een vast onderdeel van het lesprogramma. Meer algemeen gezien is een van mijn taken het stamceldonorschap en de stamceldonorbank

heden. Het werk van het secretariaat is voor mij geen dagelijkse routine, dus moet ik altijd even nadenken hoe het moet worden gedaan. Ik bekijk met Heidi de nieuwe donoraanmeldingen en leg uit hoe zij deze moet verwerken. Daarna ga ik aan de slag met mijn eigen werk. Ik handel een aantal zaken af via de mail. Per

dag krijg ik tientallen mails en verstuur er minstens even zoveel. Inmiddels heb ik het verslag en de actiepunten van ons avondje op de hei al ontvangen. Ik stuur de actiepunten met een begeleidende mail door naar de voorzitter van het bestuur. Hij heeft dit nodig om zich voor te bereiden op een vergadering die hij met het bestuur van Europdonor Nederland heeft. Om 14.00 uur heb ik een afspraak met Roland, een van de verpleegkundigen van de afdeling Hematologie. Roland gaat voor de eerste keer in opdracht van het transplantatiecentrum stamcellen halen in Londen voor een van onze patiënten. BEN regelt de logis-

nator is belangrijk omdat hier ook de voortgang van de VUD-searches ter sprake komt.

22 oktober Vandaag voer ik samen met Fons Merx twee sollicitatiegesprekken voor de vacature van administrateur. Fons is onze financiële deskundige, die ons helaas gaat verlaten. Nadat wij de gesprekken hebben gevoerd, bespreken wij de kandidaten. Ik vraag Fons om een voorzet te maken voor een rapportage aan het bestuur. De rest van de middag gebruik ik voor het verwerken van de actiepunten die uit de ABTI-bespreking zijn gekomen. Een van de actiepunten is het

internationaal opereert is een Engelse versie van het jaarverslag een essentieel onderdeel van onze promotie. Later in de ochtend heb ik een gesprek met een mogelijke donor die is opgeroepen voor een patiënt ergens op de wereld. Ik voer een gesprek met de donor, neem bloed af en laat dit per koerier versturen naar de aanvrager, in dit geval een transplantatiecentrum in Amerika.

Ook donor worden

Een van mijn belangrijkste aandachtsgebieden op dit moment is het werven van nieuwe donors, dus maak ik meteen van de gelegen-

Edith Koopmans: 'Wordt een VIP voor het leven, wordt stamceldonor!'



tiek van deze transporten. Ik spreek alles met hem door en overhandig de documenten en het koffertje waarin de stamcellen komen. Ik spreek met Roland af dat wij op de dag van het transport een paar keer contact hebben. Om 15.30 uur ga ik naar een bespreking op de Afdeling Bloedtransfusie en Transplantatie Immunologie (ABTI). Deze bespreking is één keer per twee weken met iemand van het ABTI en het hoofd van de stamceltransplantatie-afdeling. Alle patiënten die in aanmerking komen voor een transplantatie worden hier besproken. Mijn deelname als searchcoördi-

activeren van een donor voor een stamcelafname in Amerika voor een patiëntje van het Kinderoncologisch centrum (KOC). Voor zo'n stamceldonatieaanvraag moeten zeven verschillende documenten worden ingevuld.

25 oktober Ik start de ochtend samen met Heidi. De Engelstalige jaarverslagen, die ik rijklijk laat klaar heb, moeten de deur uit. Dit is een mooie klus voor haar. De Nederlandse jaarverslagen heb ik al laten versturen. Het maken van deze jaarverslagen is ook een van mijn taken. Aangezien onze organisatie

gebruik om alle lezers aan te moedigen een keer onze website te bezoeken, www.beenmergdonor.org, en het stamceldonorschap in overweging te nemen. Het kost je in eerste instantie alleen een buisje bloed om de weefseltypering in kaart te brengen. Vervolgens is het afwachten of er ooit een oproep komt. Maar mocht het zover komen, dan word je een *VIP voor het LEVEN*.

*Edith Koopmans,
Manager Stichting BEN*

VERPLEGINGSWETENSCHAP NIJMEGEN STAAT OP DE KAART

Bericht uit de verplegingswetenschap

Met ingang van dit jaar wordt het 'bericht uit de verplegingswetenschap' een vast onderdeel van dit gerestylede magazine. Minstens eenmaal per jaar besteden we daarnaast op deze plaats aandacht aan wetenschappelijk onderzoek binnen de paramedische disciplines. In dit eerste artikel uit de serie schetsen wij de opzet, structuur en inhoud van de Verplegingswetenschap in het UMC St Radboud.



Fotograaf: Frank Muller

Theo van Achterberg, hoogleraar verplegingswetenschap, vormt samen met Lisette Schoonhoven, universitair docent, de kern van de leerstoel Verplegingswetenschap.

Sinds de aanstelling van de eerste hoogleraar verplegingswetenschap, professor Carla Frederiks, in 1996 heeft de leerstoel zich sterk ontwikkeld. De bijzondere leerstoel van toen is inmiddels uitgegroeid tot een profileringsleerstoel en wat betreft structurele inbedding, samenwerkingsverbanden, wetenschappelijke output en middelen om onderzoek te realiseren behoort het verplegingswetenschappelijk onderzoek in UMC St Radboud tot de top van Nederland. Dit betekent echter niet dat we achterover kunnen leunen, maar juist dat alles op alles moet worden gezet om onze koppositie te behouden.

De huidige hoogleraar verplegingswetenschap is professor Theo van Achterberg. Samen met de managers zorg is hij verantwoordelijk voor

het verplegingswetenschappelijk beleid, daarbij ondersteund door een beleidsmedewerker van Staf Zorg. In 2002 is het beleidsplan (2002- 2006) van de leerstoel op verzoek van de Raad van Bestuur op vier punten verder aangescherpt: output, onderzoekers, financiering en focus. Voordat we op deze aanscherping ingaan eerst iets over de inbedding van de leerstoel in de organisatie van het UMC St Radboud.

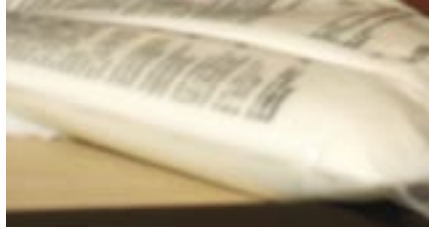
Positieve ontwikkeling

De bijzondere leerstoel verplegingswetenschap is destijds ingesteld met als belangrijkste opdrachten: het ontwikkelen van een structuur voor verplegingswetenschappelijk onderzoek; het uitvoeren van verplegingswetenschappelijk onderzoek van hoogstaande

kwaliteit en het stimuleren van een praktijkcultuur waarin onderzoeksresultaten worden gebruikt. De leerstoel werd ondergebracht bij de afdeling Kwaliteit van Zorg (KWAZO) van het Cluster Biomedische wetenschappen en Extramurale Geneeskunde (CBEG). De status van profileringsleerstoel kreeg de verplegingswetenschap na een positieve evaluatie van de eerste vijf jaar. Deze opwaardering moet beschouwd worden als een opmaat naar de status van structurele leerstoel. De Radbouduniversiteit toont interesse om de leerstoel na de volgende termijn van vijf jaar op te waarderen naar een structurele leerstoel. Voldoende hoogwaardige output is daarvoor een belangrijk criterium.

Output

We noemen output bewust als eerste. Het is een belangrijke indicator voor de beoordeling van een leerstoel. Bij output gaat het om publicaties en voordrachten, proefschriften en wervend vermogen. De kernactiviteit van



de leerstoel verplegingswetenschap is het genereren en verspreiden van verpleegkundige kennis. Hoe staat het met de output daarvan?

Het aantal publicaties in de laatste twee jaar is dertien. Dit lijkt niet veel, maar het gaat hier niet om artikelen in vakbladen als het TvZ, maar om Engelstalige wetenschappelijke artikelen over eigen origineel onderzoek in zogenaamde *scientific peer reviewed* tijdschriften. In de redactie van deze tijdschriften zitten niet alleen vakmensen die de artikelen beoordelen, maar ook wetenschappers, statistici en methodologen. In de periode 2000-2001 was aantal publicaties nog zeven.

Medio 2007 moeten minimaal vier verplegingswetenschappers gepromoveerd zijn. Een proefschrift is een bundeling van wetenschappelijke artikelen die een belangrijke bijdrage levert aan de ontwikkeling van wetenschappelijke kennis binnen het verpleegkundige domein. Een promotietraject is een kostbare investering waar een onderzoeker zeker vier jaar mee bezig is. Vorig jaar hebben we met trots onze eerste promovendus gelauwerd. Lilian Vloet promoveerde op een onderzoek naar postprandiale hypotensie (bloeddrukdalingen na het eten) bij geriatrische patiënten.

Het derde outputcriterium wordt gevormd door gehonoreerde subsidieaanvragen, oftewel het wervend vermogen van de leerstoel. Dit kan variëren van een bijdrage van tienduizend euro om een proefschrift te drukken, tot de financiering van volledige promotietrajecten of onderzoekslijnen. In het laatste geval heb je het al gauw over bedragen rond de 350 duizend euro. Als het wervend vermogen van een leerstoel groot is betekent dit dat de instanties die onderzoek financieren vertrouwen hebben in de haalbaarheid en de kwaliteit van het onderzoek en dat het onderzoek relevant is en aansluit op de programma's van de subsidiegevers. Was het wervend vermogen van de leerstoel verplegingswetenschap een aantal jaren nog vrijwel nihil, in 2004 werd bijna 800 duizend euro gewonnen. Een belangrijk deel van het onderzoeksteam dat aan de leerstoel is verbonden wordt hiervan gefinancierd.

Onderzoekers

Output wordt geleverd door onderzoekers. De onderzoekers kunnen direct door de hoogleraar zijn aangesteld op gesubsidieerde projecten, of in een cluster werkzaam zijn. In het laatste geval valt de onderzoeker hiërarchisch onder de manager zorg of hoofdverpleegkundige en functioneel, wat betreft het onderzoek, onder de hoogleraar. De hoogleraar vormt samen met de

direct leidinggevende van de onderzoeker en een collega uit een ander wetenschappelijk discipline een begeleidingscommissie. De commissie ziet toe op de wetenschappelijke, inhoudelijke en organisatorische kwaliteit van het promotietraject. De hoogleraar uit een ander discipline is meestal een arts, maar kan ook een epidemioloog, een psycholoog of paramedicus zijn. Het streven is om in elk klinisch cluster minimaal één verplegingswetenschappelijk onderzoeker aan te stellen, voor minimaal 0,6 fte. Deze onderzoeker heeft een academische studie (doctoraal of Master of Science) afgerond en voert een onderzoek uit, dat in circa vier jaar tot een promotie moet leiden. De wens is dat gepromoveerde onderzoekers op termijn het verplegingswetenschappelijk onderzoek als senior onderzoekers in de clusters verder ontwikkelen, binnen de hoofdprogramma's van het UMC St Radboud. Met deze wens beogen we overigens niet alle promovendi een baangarantie te geven. Wij hopen dat uiteindelijk ook een deel van de in het UMC St Radboud gepromoveerde verplegingswetenschappers hun vleugels zullen uitslaan om elders ontwikkelingen in gang te zetten.

Financiering

De financiering van het verplegingswetenschappelijk onderzoek is een heikel punt en leidt nog steeds tot discussies. Een UMC wordt langs verschillende lijnen gefinancierd. De patiëntenzorg wordt betaald door een vanwege de overheid ingesteld college (het CTG) dat de tarieven in de gezondheidszorg vaststelt. Dit is de eerste geldstroom patiëntenzorg. Wetenschappelijk onderzoek en onderwijs binnen het UMC St Radboud wordt voor een deel gefinancierd door het ministerie van OC&W (eerste geldstroom O&O) en voor een (groter) deel uit subsidies (tweede, derde en vierde geldstroom). Het is niet reëel te veronderstellen dat een juniorstaf voor de leerstoel verplegingswetenschappelijk onderzoek met een omvang van 3 fte in deze tijd van schaarste gefinancierd wordt uit de eerste geldstroom O&O. Een belangrijk deel van de juniorstaf in de kliniek wordt, zoals alle verpleegkundigen, in principe betaald vanuit de eerste geldstroom patiëntenzorg. Voorlopig staat de Raad van Bestuur nog toe dat het onderzoek binnen de clusters wordt gefinancierd zoals andere zorgverbeteringsprojecten worden gefinancierd. Denk hierbij aan kwaliteitsprojecten, maar ook aan bij- en nascholing. De verhouding eerste geldstroom en overige geldstromen (subsidies), die voor de medische disciplines gangbaar is, geldt op termijn ook voor het verplegingswetenschappelijk onderzoek.

Focus

De leerstoel moet bijdragen aan de professionalisering van de verpleegkundige beroeps-

groep. Wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit doet dat, maar deze algemeen geformuleerde opdracht staat op gespannen voet met de scherpe afbakening van onderzoeksgebieden zoals we die gewend zijn bij de medische specialismen. De eerste leerstoelperiode van Carla Frederiks moet daarom ook worden gezien als een periode waarin veel terreinen zijn verkend om uit te zoeken waar de belangrijkste kansen liggen voor verder onderzoek. Theo van Achterberg heeft recent op grond van een sterkte-zwakteanalyse en aan de hand van interviews met sleutelfiguren de volgende focus voor het verplegingswetenschappelijk onderzoek vastgesteld:

- **patiëntveiligheid:** de preventie van complicaties en het zorgen voor comfort in de zorg voor patiënten;
- **begeleiding bij gedragsverandering en aanpassing aan ziekte:** methodisch ondersteunen van gedragsverandering in het kader van medische behandeling of leefstijladviezen en andere aanpassingen aan een veranderde gezondheid.

Toekomst

Een leerstoel, ingebed in de reguliere structuur van een universiteit, verzorgt ook wetenschappelijk onderwijs. Tot nu toe beperkt dit zich tot bijdragen aan het hoger beroepsonderwijs voor verpleegkundigen, post-HBO-opleidingen en de masteropleiding Advanced Nurse Practitioner bij de HAN. Voor een zelfstandige studie verplegingswetenschap is het nog te vroeg, onder meer omdat er nog onvoldoende expertise is om deze opleiding op te tuigen. Wel gaat in 2005 een wetenschappelijke Masteropleiding Quality of Care van start, vanuit de afdeling KWAZO, waar ook de leerstoel deel van uitmaakt. Een officiële aanvraag naar het Nederlands Vlaams Mededingingsorgaan is de deur uit. De leerstoel levert een actieve bijdrage aan de invulling van het curriculum van deze opleiding, die zich richt op professionals van HBO-niveau die vanuit een kwaliteitsperspectief wetenschappelijk willen worden opgeleid; dus ook verpleegkundigen!

Het UMC St Radboud wil conform haar strategisch beleid een profileringscentrum voor de zorgdisciplines zijn. Met het verplegingswetenschappelijk onderzoek is al veel werk verzet om dit te realiseren. We zullen echter ook in de toekomst hard moeten werken om onze vooraanstaande positie te behouden. Dit betekent concreet dat Nijmegen een kweekvijver wordt van promovendi die het verplegingswetenschappelijk onderzoek in Nederland verder ontwikkelen.

*Erik de Laat,
seniorbeleidsmedewerker Staf Zorg*

EVIDENCE- OF PRACTICE BASED?

Impressie van het NVCZ-congres op 7 oktober 2004

Evidence Based of Practice Based? Onder dit motto nam de Nederlandse Vereniging Complementaire Zorg (NVCZ) op 7 oktober 2004 vorig jaar de zorg eens onder de loep. Evidence Based handelen is tegenwoordig het streven, maar wil dat ook zeggen dat Practice Based handelen niet meer kan? Uit persoonlijke belangstelling was ik nieuwsgierig naar de invulling van deze dag, waarvan ik de aankondiging via de VAR onder ogen kreeg, en heb me ingeschreven. Tijdens het congres kwamen tal van sprekers aan het woord die de uitgangspunten en aannames van Evidence Based en Practice Based handelen uit de doeken deden. Twee lezingen die me opvielen licht ik hier kort toe. De eerste omdat deze inging op de tekortkomingen van een Randomised Clinical Trial (RCT), de tweede omdat daarin juist het streven naar Evidence Based handelen werd onderschreven.

Dr. Cor Aakster (medisch socioloog en adviseur onderzoek gezondheidszorg) belichtte de begrippen Evidence Based en Practice Based vanuit onderzoek binnen de geneeskunde. Hij vergeleek daarbij twee onderzoeksmethoden: het gerandomiseerd dubbelblind onderzoek (RCT in het Engels) en een meer observerende methodiek die hij procesanalyse noemde.

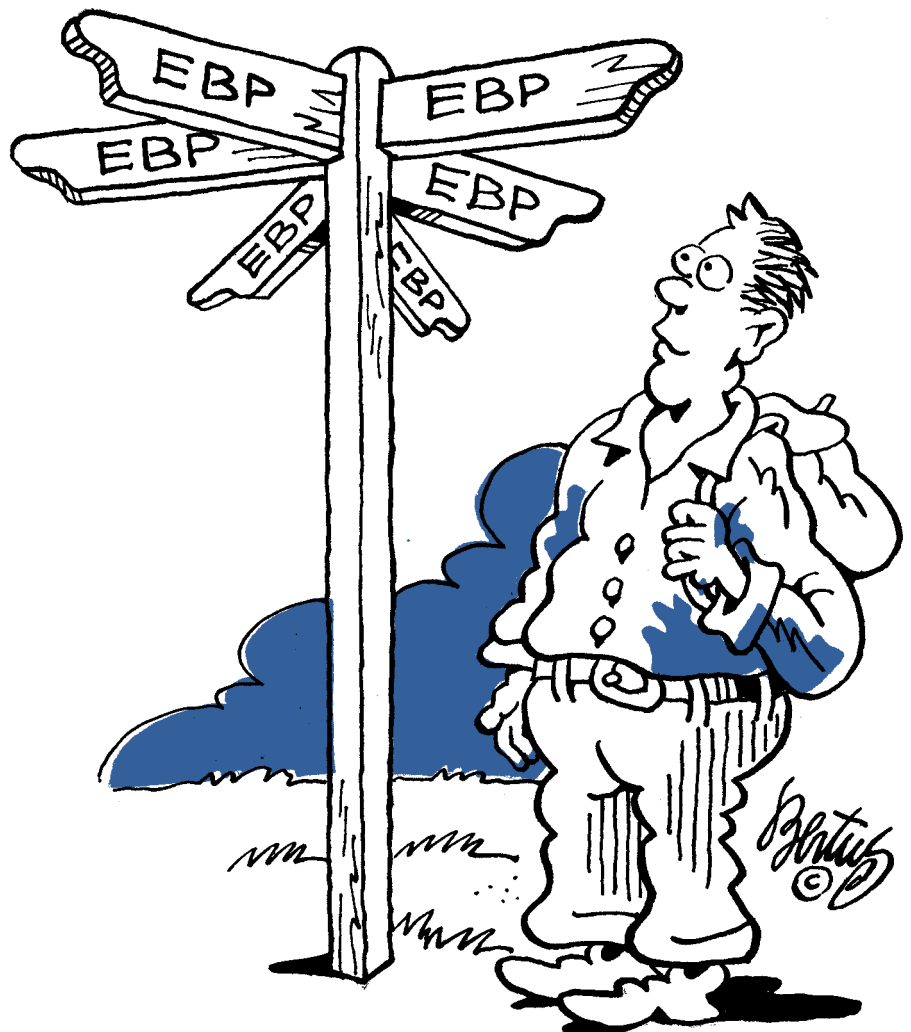
Kritiek op RCT

Het RCT is binnen de geneeskunde de gebruikelijke methode om het effect van een interventie aan te tonen. In dit type onderzoek worden patiënten in twee groepen verdeeld, waarbij de ene groep de interventie (bijvoorbeeld een geneesmiddel) ontvangt en de tweede groep niet of een substituuut ervan. Na een vooraf vastgestelde periode worden in beide groepen vooraf bepaalde uitkomstmaten vergeleken om te bepalen of de interventie al dan effect heeft gehad.

Bij de procesanalyse-methode worden bij heel grote groepen patiënten vanaf de start van de behandeling gegevens verzameld en geanalyseerd. Behandel- en herstelprocessen worden daarbij nauwgezet en kritisch gevolgd. Deze methode wordt veel toegepast bij onderzoek naar complementaire en alternatieve behandel- en geneeswijzen, aldus Aakster.

Bij de RCT-methode plaatste Aakster enkele kritische kanttekeningen.

- Er is een ethisch probleem. Een van beide groepen wordt een interventie onthouden die mogelijk de beste beschikbare therapie op dat moment is.
- De vergelijkbaarheid van beide onderzoeksgroepen in een RCT-onderzoek is niet gegarandeerd. Daardoor valt de basis onder het design weg.





- Onderzoekscondities worden vaak niet goed nageleefd. Er kan sprake zijn van gebrekkige therapietrouw bij patiënten, tussentijdse uitval, te lange tijdsduur en een gebrekkige administratie en registratie.
- De beoordeling van de resultaten vindt plaats op groepsniveau, terwijl de behandeling individuele patiënten betreft.

Proces centraal

De procesanalyse-methodiek gaat er volgens Aakster van uit dat de dagelijkse zorgpraktijk er is voor de genezing van de patiënt en niet voor de deelname aan wetenschappelijk onderzoek. Het behandelingsproces van de patiënt dient centraal te staan. De behandelpraktijk vraagt dat het onderzoek aansluit op het herstelproces van de patiënt en in principe volgt het onderzoek elke individuele patiënt. Het gaat ook niet om het succes van die ene geïsoleerde therapievorm maar om sturing in de richting van het algehele herstel van de gezondheidstoestand. De werking van de therapie wordt in z'n algemeenheid teruggebracht tot een vergelijkingsprobleem: de begin- en eindsituatie van de patiënt worden tegen elkaar afgezet en met elkaar vergeleken.

Onderzoeksjargon

Anja Kruijf, beleidsmedewerker bij het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV) hield een iets ander verhaal. Haar professionele aandachtsveld is Evidence Based Practice (EBP). Zij gaf aan dat het ondanks het ontbreken van EBP soms toch mogelijk moet zijn een bepaalde (be)handeling uit te voeren. Al was het maar omdat EBP in Nederland nog niet zo goed van de grond wil komen. De belangrijkste oorzaak daarvan is volgens Kruijf dat het erg kostbaar is een medische of verpleegkundige (be)handeling met krachtige wetenschappelijke bewijslast te onderbouwen. Een tweede belemmerende factor is, dat veel onderzoeken bol staan van onderzoeksjargon dat voor veel 'gewone' verpleegkundigen onbegrijpelijk is. Daar moet maar eens verandering in komen, vond Kruijf, en om verpleegkundigen meer te interesseren voor wetenschappelijk onderzoek, zou het goed zijn regelmatig een onderzoeksartikel binnen je team te bespreken.

Meerdere wegen naar Rome?

Mijn conclusie na dit congres: EBP is niet alleen een probleem binnen de complementaire en alternatieve verpleegkundige zorg

maar ook binnen de reguliere verpleegkundige zorg. Vooral de onbekendheid met de principes van EBP, het onderzoeksjargon en de ontbrekende betrokkenheid van een groot deel van de beroepsgroep is hieraan debet. Onderzoeksresultaten moeten worden gepresenteerd in begrijpelijke taal! Dus ook op congressen en symposia. Mogelijk gaat EBP dan meer spreken voor verpleegkundigen in de directe patiëntenzorg.

Maar is EBP wel de enige legitimering voor ons verpleegkundig handelen? Mogelijk dat er in de toekomst ook andere onderzoeksmethodes worden geaccepteerd die bijdragen aan EBP. Het verhaal van Cor Aakster doet vermoeden dat er meerdere wegen naar Rome leiden.

En tot slot. Laten we eens wat meer nadruk leggen op de implementatie van kennis in plaats van almaar nieuwe kennis te ontwikkelen. Er liggen nog zoveel onderzoeksresultaten ongebruikt op de plank.

Anita Huijs,
Verpleegkundige Boo en lid van de VAR

UITNODIGING SYMPOSIUM HOLLEN OF STILSTAAN

Voor het derde jaar op rij organiseert de Landelijke werkgroep Endocrinologie Verpleegkundigen een verpleegkundig endocrinologie symposium.

Dit jaar staat onder de titel *hollen of stilstaan* de patiënt met een schildklieraandoening centraal.

Plaats: parkhotel "de Branding" in Doorwerth
Datum: vrijdag 4 februari 2005
Tijd: 9.00 uur - 15.15 uur

Inlichtingen en aanmelden:

E M.vanTeeffelen@cisvpl.umcn.nl of
E M.Kerstens@cisvpl.umcn.nl
T (024) 361 89 90



VERPLEEGKUNDIGE ZORGRESULTAATBESCHRIJVINGEN IN DE PRAKTIJK

Interview met Betsie van Gaal

Betsie van Gaal is gastdocent methodische beroepsuitoefening bij de Radboudleergang Seniorverpleegkundige (RLS). Zij weet daar enthousiast en boeiend over te vertellen. Reden voor een interview over protocollering en meer.

Kun je wat vertellen over de weg die je als verpleegkundige hebt doorlopen?

'In 1983 deed ik de inservice-opleiding in een algemeen ziekenhuis in Oss. In die tijd viel het niet mee om toegelaten te worden. Zalen met aspirantverpleegkundigen zaten te wachten om zich voor de opleiding in de markt te prijzen. Zeshonderd Mensen, voor achttien leerlingplekken. Ik had het geluk bij die achttien te horen. Toen ik klaar was wilde ik na verloop van tijd graag de kinderaantekening doen. Er was een wachtlijst van twee jaar dus trok ik de stoute schoenen aan en deed wat in die tijd nog gebruikelijk was om iets voor elkaar te krijgen, ik klopte aan bij de directeur om toestemming te krijgen voor een HBO-managementopleiding. Hij stemde toe. Na deze opleiding was er aansluitend plek om de kinderaantekening te halen.'

Sinds wanneer werk je in het UMC St Radboud?

'Sinds 1991. Na verloop van tijd wilde ik me graag verder ontwikkelen en al snel viel mijn oog op het Radboud. Ik schreef een open sollicitatiebrief en werd aangenomen op de afdeling kinderoncologie. Na een jaar ben ik daar interim teamleider geworden. Heb ook de kaderopleiding nog gedaan. Na vier jaar kinderoncologie bracht een reorganisatie me op kindernefrologie. Ik werd daar aandachtsvelder. Daar heb ik het skillslab opgezet om verpleegkundigen te helpen de risicovolle handelingen goed uit te kunnen blijven voeren, ook in periodes als deze handelingen niet zo vaak voorkomen. Maar gezien de strekking van dit interview: hier staat de wieg van het protocolleren. Hier is het begonnen. Hier ging ik bezig met de vroege voorlopers van de behandelzorgprofielen. De protocollering van de verpleegkundige zorg rondom niertransplantaties en peritoniaaldialyse.'

Daar zocht je zeker vast weer een opleiding bij?

'Klopt. Ondertussen was ik me ook weer aan het oriënteren op de studie die zou passen bij de ontwikkeling die ik als verpleegkundige doormaakte. In die tijd startte de studie

zorgwetenschappen. Die trok me wel, maar ik twijfelde ook. Nachten heb ik er van wakker gelegen. Je zult het niet geloven, maar ik ben geen theoretisch ingesteld mens. Toch de twijfel overwonnen. Gelukkig, want om in de praktijk vooruit te komen kun je niet om de ontwikkeling van theorieën heen.'

En in de tussentijd?

'Intussen werd ik ook op de polikliniek gevraagd om de voorbehouden handelingen in kaart te brengen. Met de komst van de wet BIG kwam hier behoefte aan. Dit trok me wel. Ook werd ik hier coördinator methodisch handelen. Er moest veel gebeuren. Zowel om ingewerkt te raken in de methodiekontwikkeling, als op de poli om datgene wat ik leerde ook over te dragen. Op een poli is de zorg heel anders dan de 24-uurszorg op een afdeling. Hier moet je het hebben van kortdurende momenten dat je een patiënt ziet.'

Hoe heeft het methodisch handelen geleid tot protocollering?

'Ik zag al snel in dat het standaardiseren en protocolleren van het verpleegkundig spreekuur een belangrijk hulpmiddel zou kunnen zijn om zicht te krijgen op wat er speelt. Tegelijk kwam er een vraag vanuit staf zorg om naast het zorgprofiel voor het kind met diabetes, ook voor kinderen met astma een aantal multidisciplinair geïntegreerde zorgconcepten te ontwikkelen. Nu heet dat behandelzorgprofiel.

Een enorme stimulans was het horen spreken van mevrouw Carpenito op een symposium in 2000. Wat zij daar vertelde intrigeerde me. Zij zei: 'Al het handelen van de verpleegkundige kan weggeschreven worden in het kader van de verpleegkundige diagnostiek.' Aanvankelijk geloofde ik dat niet zo, maar deze scepsis verdween toen ik in praktijk ondervond dat het klopte. Al het verpleegkundig handelen lijkt tot één doel, het zorgresultaat.'

Hoe was het om multidisciplinair een profiel te ontwikkelen?

'Toch ingewikkeld. Andere disciplines hebben het nogal eens moeilijk met het begrip

methodisch handelen. Zodra bleek dat we het begrip 'doelen' wel een gezamenlijk gedeeld begrip was, hadden we een vertrekpunt van waaruit de samenwerking wel lukte. Ik heb vanaf dat moment in multidisciplinair verband onze verpleegkundige terminologie niet meer gebruikt. Ik ben vervolgens een kleine twee jaar bezig geweest om de brug tussen de verpleegkundige diagnostiek en de interventies en zorgresultaten meetbaar vast te leggen. Hoewel we graag een multidisciplinaire standaard hadden is het tot nu toe monodisciplinair gebleven. We kregen de groep niet vaak genoeg bij elkaar. Dat heeft ons er niet van weerhouden om toch alvast zelf aan de gang te gaan. Inmiddels zijn er verpleegkundige standaarden voor kinderen met astma. Deze zijn een half jaar geleden geëvalueerd en aangepast aan de praktijk. Ze hebben zich in de praktijk bewezen.'

En hoe vinden de verpleegkundigen het?

'Bij verpleegkundigen die aanvankelijk de meerwaarde niet zagen, is die nu gebleven. Zorgresultaten worden met behulp van indicatoren vastgesteld. Deze indicatoren maken dat de zorg meetbaar is. Bijvoorbeeld: neemt een kind medicijnen in op de goede tijdstippen en houdt hij rekening met weersomstandigheden. Rapporteren gaat op deze manier sneller. Het is een kwestie van aankruisen geworden en het kan op een half A-viertje. Binnen de hectiek van een poli blijkt dit tijdswinst, zonder dat op volledigheid is ingeleverd. Toch zijn verpleegkundigen zich ook bewust dat het formulier geen heilig huis is. Kinderen zijn namelijk ook niet heilig. Ze jokken wel eens. Geven dan gewenste antwoorden. Zeggen bijvoorbeeld altijd trouw hun medicijnen op de voorgeschreven tijdstippen te gebruiken, maar komen een week later wel voor een spoedopname, waaruit blijkt dat ze dit langere tijd niet hebben gedaan. Het formulier is een hulpmiddel, niet meer dan dat. Mogelijk dat in de toekomst deze poli gaat uitbreiden. Er zullen dan meer verpleegkundigen komen te werken. Standaardisering is dan nog belangrijker.'

En verder?

'Ook voor het kind met oncologische aandoening staan meerdere zorgresultaten op papier. Het begon hier met een vraag van verpleegkundigen die graag een hulpmiddel wilden om te gebruiken tijdens de polispreekuren. Het begon met een A-viertje dat als hulpmiddel werd gebruikt voor kinderen die voor de eerste keer op de poli kwamen. Hier stonden verpleegkundige interventies op, maar ook de wijze waarop de rondleiding van de patiënt op de polikliniek diende te gebeuren. Inmiddels waren er ongeveer vijftien verpleegkundige diagnoses ontwikkeld die een plek moesten krijgen op dat formulier. Een aantal dingen kon worden gebundeld en we brachten een volgorde aan die gelijk is aan het verpleegkundig dossier. In de patiëntenbesprekingen werden de verpleegplannen door de verpleegkundige zelf geëvalueerd en bijgesteld. De basiszorg staat nu op papier, wat handig is bij het inwerken van nieuwe medewerkers. Interventies gerelateerd aan zorgresultaten zijn in werkoverlegsituaties geïnventariseerd. Verpleegkundigen werden enthousiast, maar de implementatie ervan loopt door verschillende factoren nog wat stroef. We hebben overwogen om ze weer terug te halen en ze in de koelkast te leggen, maar de meeste verpleegkundigen wilden daar niets van weten. Ze gebruiken het nu eerst als naslagwerk.'

Wat is de link met het Elektronisch Patiëntendossier (EPD)?

'Willen we de zorg binnen EPD kunnen vastleggen dan zullen we deze moeten standaardiseren. Vrije tekstruimte is schaars. Om de totale zorg kwijt te kunnen in EPD zullen we in termen moeten gieten wat we bedoelen. Daarvoor is eenduidigheid nodig. Als we het nu al eens zijn over diagnoses en interventies kunnen we deze linken in een elektronisch dossier. Interventies die belangrijk zijn kun je door aankruismogelijkheden visueel maken.'

Zie je het als instrument om verpleegkundig domein af te palen?

'Dat effect zou het wel kunnen hebben. Verpleegkundigen zijn zich over het algemeen te weinig bewust van de essentie van hun vak. In klinische lessen houden ze eerder een betoog over de medische ins- and outs van een ziektebeeld, dan over de verpleegkundige aspecten ervan. Bij het vastleggen van zorgresultaten en de daarbij behorende interventies leg je vast wat anderen van je mogen verwachten en waarin je je van andere disciplines onderscheidt. Dat er bij het omschrijven hiervan wel eens wrijving ontstaat met deze andere disciplines is daarvan een noodzakelijk gevolg. Die wrijving is niet erg en tijdelijk. Kwetsbaar opstellen moet je wel durven, maar ik gok op de kracht van de beroepsgroep.'



Fotograaf: Frank Muller

Wat zou je nog verder willen?

Mijn wens is dat er op de ontwikkelde zorgresultaten wetenschappelijke onderbouwing volgt. Ze vormen een goed instrument en er zit nog zoveel meer in als wat er nu uitkomt. De methodiek is goed en dat geeft vertrouwen in de toekomst!

Rolinka Schim van der Loeff,
redacteur PLEXUS

Betsie van Gaal: 'We stellen zorgresultaten vast met behulp van indicatoren. Hiermee kunnen we ook de zorg meetbaar maken.'



RAPPORTEREN OP DE POLI: KAN DAT?

Verpleegkundige verslaglegging op een polikliniek; is dat haalbaar? En welke hulpmiddelen kunnen we daarvoor gebruiken of ontwerpen? Deze vragen werden de afgelopen jaren door menig poliverpleegkundige in het UMC gesteld. Zo ook op de poli dermatologie. Verslaglegging om de continuïteit van zorg te waarborgen was al jaren een wens. In 2002 werd de wens omgezet in een beleidsvoornemen en opgenomen in het zorgbeleidsplan. Iedereen was enthousiast over het idee en er werd een werkgroep geformeerd die een duidelijke opdracht meekreeg.

De projectopdracht werd als volgt geformuleerd: *'Ontwikkel een systeem en een vorm van verpleegkundige verslaglegging voor het flebologiesprekuur. Het systeem moet zodanig worden opgezet dat het, met kleine aanpassingen, ook geschikt kan worden gemaakt voor meerdere spreekuren en patiëntengroepen binnen de polikliniek dermatologie.'* In juni 2002 ging de werkgroep van start en een jaar later lag er een verpleegkundig dossier klaar voor gebruik. Vanaf oktober 2003 is hiermee gedurende vijf maanden proefgedraaid.

De aanpak

De werkgroep bestond uit een seniorverpleegkundige, een verpleegkundige met het aandachtsveld flebologie, een doktersassistente van de polikliniek dermatologie en een projectleider. De hoofdverpleegkundige was verantwoordelijk voor het scheppen van de voorwaarden waaronder de werkgroep aan haar opdracht kon werken. Tevens informeerde zij het werkplekmanagement over de voortgang van het project en zij was het aanspreekpunt voor vragen van de overige disciplines over het project.

De werkgroep koos voor de volgende werkwijze:

- Bespreken van de verschillende fasen van het verpleegkundig proces en deze vertalen naar het werken binnen een polikliniek-sprekuur. Daarbij werd gebruik gemaakt van diverse bronnen en publicaties op het gebied van methodiekontwikkeling en verpleegkundige diagnostiek 1,2.
- Een kritische beoordeling van de bestaande formulieren uit het verpleegkundig dossier UMC. Waar nodig en mogelijk aanpassen voor de patiëntengroep op de polikliniek en de aard van de zorgverlening.
- Uitproberen van dossier en formulieren tijdens een proefperiode.
- Evalueren van de proefperiode en het doen van aanbevelingen voor de verdere ontwikkeling en uitbreiding van verslaglegging op de polikliniek.

gingsformulieren waarvoor de poli dermatologie heeft gekozen. Tussen haakjes staat vermeld of het bestaande UMC-format werd gebruikt of dat het formulier werd aangepast of opnieuw ontworpen. Het bestaande UMC-format voor formulieren in het verpleegkundig dossier bleek prima te gebruiken voor de verslaglegging binnen de polikliniek. In ieder geval binnen de poli dermatologie. Een bemoedigende bevinding.

Overzicht 1

onderaan het blad staat op welk formulier de meest recente informatie over de patiënt is te vinden.

De invoering

Tijdens de ontwikkeling van het verpleegkundig dossier is het verpleegkundig team op de poli door de werkgroepleden voortdurend op de hoogte gehouden van de voortgang. De werkgroep schreef ook een plan voor de invoering, dat na bespreking met het team in gang werd gezet.

Fasen verpleegkundig proces	Formulieren dossier polikliniek dermatologie
Inleidende fase	• Algemene gegevens (UMC-format) • Basisgegevens (UMC-format vertaald naar patiëntengroep) • Informatieblad (UMC-format)
Diagnostische fase	• Probleemlijst verpleegkundige diagnosen (naar idee van poli Kinderen & Jeugdigen en specifiek gemaakt voor patiëntengroep) • Verpleegplan - standaard en individueel - (UMC-format)
Planningsfase	• Afsprakenblad (UMC-format) • Planning en realisatie van zorg (UMC-format bewerkt voor gebruik binnen de polikliniek)
Uitvoeringsfase	• Planning en realisatie van zorg (zie hierboven) • Wondblad (nieuw formulier specifiek voor patiëntengroep) • Voortgangsrapportage
Evaluatiefase	• Evaluatieblad Behaald Zorgresultaat (naar idee van poli Kinderen & Jeugdigen en specifiek gemaakt voor patiëntengroep)

Het resultaat

Zoals overzicht 1 laat zien zijn er enkele nieuwe en enkele aangepaste formulieren gemaakt. Het formulier Planning/realisatie is het meest ingrijpend aangepast. Gezien de beperkte tijd voor een patiëntenconsult op de polikliniek moet er het overzicht over handelingen, verrichtingen en stand van zaken bij de patiënt snel tot stand komen. Het is heel belangrijk dat de verpleegkundigen goed op de hoogte zijn wat tijdens eerdere polibezoeken is gedaan bij en gezegd tegen de patiënt. Het planning/realisatie-formulier biedt dit overzicht in een oogopslag doordat

De invoering van verpleegkundige verslaglegging in de zorgpraktijk van de polikliniek dermatologie werd gezien als een ingrijpende verandering van de werkwijze. Verslaglegging door verpleegkundigen gebeurde voordien slechts in beperkte mate in de medische status. Echter zonder duidelijke structuur, richtlijnen en afspraken over de inhoud. Om deze verandering te ondersteunen werd daarom gekozen voor een strategie van geleidelijkheid. Er werd een risicoanalyse uitgevoerd om het meest geschikte moment voor de proefperiode te bepalen. De voorbereiding van de invoering bestond uit vijf stappen:

- **Oriëntatie:** de medewerkers werden bewust gemaakt van de op handen zijnde verandering, er werd interesse en betrokkenheid gewekt. Aan dit onderwerp werden twee themabijeenkomsten gewijd.
- **Inzicht:** deze stap was gericht op het vergroten en verdiepen van kennis en begrip. In een themabijeenkomst werd ingegaan op de inhoud van 'verpleegkundige verslaglegging'. Daarnaast werd gewerkt aan inzicht in de eigen werkwijze krijgen. Dit is binnen de werkgroep gebeurd. De bestaande werkwijze werd geanalyseerd en vergeleken met de gewenste nieuwe werkwijze. Regelmatig overleg met de projectmedewerker van de

poli Kinderen & Jeugdigen zorgde voor de broodnodige klankbordwerking. Deze poli stelde ook genereus de al door hen ontwikkelde producten ter beschikking.

- **Acceptatie:** de hiervoor genoemde themabijeenkomsten hadden tot doel een positieve houding ten aanzien van de aanstaande innovatie te scheppen. Er werd toegewerkt naar een gezamenlijk uitgesproken intentie de gewenste verandering daadwerkelijk te realiseren.
- **Verandering:** door middel van een praktijkproef op beperkte schaal werd de invoering van de verandering gestimuleerd en kon de meerwaarde ervan worden aangetoond.

- **Behoud:** deze stap is essentieel, maar wordt in veranderingsprocessen vaak halfslachtig uitgevoerd. Nadat het nut van de verandering is aangetoond en ook als zodanig wordt ervaren, begint het grote werk van behoud en verankering.

De evaluatie en daarna

In de vijf maanden proefdraaien met de nieuwe werkwijze en het gebruik van het verpleegkundig dossier hielden de medewerkers een gezamenlijk logboek bij met opmerkingen over gebruik en knelpunten. Het logboek is na drie en na vijf maanden gelezen en geanalyseerd. Op basis daarvan werden enkele aanpassin-

Het nieuwe planning/realisatie-formulier van de poli Dermatologie.

	Datum	par	Datum	par	Datum	par
Algemene verpleegkundige zorg	ε Wondbehandeling Voorl./ info geven over: ☐ Werking, gebruik medicatie ☐ Gezonde voeding / dieet ☐ Activiteit en oefening ☐ Hygiëne ☐ Voet/beenverzorging ☐ Gebruik hulpmiddelen ☐ Aanschaf, financiering hulpmiddelen ☐ Passende schoenen ☐ Compressietherapie		ε Wondbehandeling		ε Wondbehandeling	
Controles	ε Pijnscore (zie wondblad) ε Jeukscore (zie wondblad) ☐ Lichaamsgewicht: Controle vitale functies: ☐ Bloeddruk: ☐ Polsslag: ☐ Temperatuur:		ε Pijnscore ε Jeukscore		ε Pijnscore ε Jeukscore	
Onderzoeken	☐ Venapunctie ☐ Vaatfunctieonderzoek ☐ doppler ☐ DPPG ☐ enkel / arm index ☐ echo					
Overige disciplines	☐ maatsch. werk ☐ fysiotherapie ☐ thuiszorg/wijkvbk					
Rapportage	☐ Alg.gegevens ☐ Basisanamn. afnemen ☐ Afsprakenblad ☐ Probleemlijst ☐ Vp.plan ingevoegd ☐ Wondblad ingevuld ☐ Planning/realisatie ☐ Voortgangsrapportage ☐ Nieuwe info infoblad ☐ Vp overdracht		☐ Alg.gegevens ☐ Basisanamn. ☐ Afsprakenblad ☐ Probleemlijst ☐ Vp.plan ingevoegd ☐ Wondblad ingevuld ☐ Planning/realisatie ☐ Voortgangsrapportage ☐ Nieuwe info infoblad ☐ Vp overdracht		☐ Alg.gegevens ☐ Basisanamn. afnemen ☐ Afsprakenblad ☐ Probleemlijst ☐ Vp.plan ingevoegd ☐ Wondblad ingevuld ☐ Planning/realisatie ☐ Voortgangsrapportage ☐ Nieuwe info infoblad ☐ Vp overdracht	

gen doorgevoerd. Na de proefperiode werden ter evaluatie bovendien drie verpleegkundigen van het flebologiespreekuur, het staflid met het aandachtsveld flebologie en de hoofdverpleegkundige geïnterviewd.

De ervaringen waren overwegend positief, al waren er nog enkele aandachtspunten die duidelijk werden benoemd. Maar het hoofdadvies was: doorgaan. De gegevens uit het logboek en de interviews werden gebruikt voor het formuleren van aanbevelingen voor de toekomst. Deze luiden:

- De aandacht voor de nieuwe werkwijze mag nog niet verslappen. Verankerend ervan moet nog gestalte krijgen.
- Maak plannen voor de verslaglegging bij andere patiëntengroep(en) op de polikliniek dermatologie liefst in samenwerking met verpleegafdeling huidziekten.

- Start een onderzoek naar de (on)mogelijkheden van de ontwikkeling van een multidisciplinair zorgpad voor een van de dermatologische patiëntengroepen.

We kunnen nog veel meer vertellen over ons interessante en zinvolle project. Het belangrijkste is echter dat we nu als verpleegkundigen een start hebben gemaakt met verslaglegging en het methodisch handelen op de polikliniek daardoor verder kunnen gaan ontwikkelen en uitbreiden naar de andere patiëntengroepen. Bent u ook iets dergelijks van plan op uw polikliniek, en wilt u eens van gedachten wisselen of ervaringen delen, dan houden wij ons van harte aanbevolen. Contactpersoon is Wilma van den Hoek, senior verpleegkundige, telefoon 13275 of e-mail: w.vandenhoek@derma.umcn.nl

Cindy Verstegen, Jolanda Zonnenberg en Wilma van den Hoek, Werkgroep Methodiekontwikkeling poli Dermatologie

Referenties

Albersnagel, E. et al. Methodiekontwikkeling voor verpleegkundigen. Wolters-Noordhoff BV, Groningen (1993).

Schoemaker, E., Albersnagel, E. & Aukes, L. Regie van het primaire proces. Wolters-Noordhoff BV, Groningen (1999).

Intranetpagina Staf Zorg UMC St Radboud; Methodiekontwikkeling; Verpleegkundig dossier; Formulieren.

De leden van de werkgroep druk in overleg, vlnr: Cindy Verstegen, Jolanda Zonnenberg, Wilma van den Hoek.



Fotograaf: Frank Muller

IN BEELD

In gesprek met verpleegassistent Twannie Spiekman

Twannie Spiekman is nu ruim een jaar verpleegassistent op de verpleegafdeling Algemene Interne Geneeskunde en Longziekten. Plexus legde haar vier hamvragen voor.

Wat maakt het beroep van verpleegassistent boeiend voor jou?

'Het zit is mijn aard om te zorgen en ik houd van aanpakken. Niet alleen thuis, maar ook op mijn werk. En ik heb gemerkt dat ik het heel fijn vind om van betekenis te zijn voor hulpbehoevende mensen. Dat geeft me voldoening.'

'In september 2003 heb ik mijn diploma verpleegassistent gehaald, en sindsdien heb ik met veel plezier gewerkt. Eerder werkte ik als zorghulp op dezelfde afdeling. Tijdens de avonddiensten kwam ik vaker met patiënten in contact en in gesprek, omdat ik als zorghulp bijvoorbeeld de drankrondes verzorgde. Ook haalde ik patiënten mee op van de Spoedeisende Hulp, zodat ik meer zicht kreeg op de gang van zaken rondom een opname. Al met al merkte ik dat ik het vooral leuk vond om dichterbij het bed van de patiënt te komen staan. Ons toenmalige afdelingshoofd wees me op de mogelijkheid om de opleiding tot verpleegassistent te volgen. Er waren zoveel aanmeldingen dat ik even geduld moest hebben voordat ik kon beginnen. Ik vond het interessant op verschillende afdelingen stage te lopen, maar uiteindelijk heb ik mijn plek gevonden op mijn oude vertrouwde afdeling. Het was wel wennen om me als verpleegassistent te onderscheiden, want ik zie natuurlijk het werk van de zorgverleners ook nog steeds liggen.'

Welke situatie met een patiënt zul je nooit vergeten?

'Een tijdje geleden hoorde ik op de gang dat een patiënt enorme ruzie had met zijn vrouw. De man was erg ziek en had daags daarvoor gehoord dat hij HIV-positief was. Nu was zijn vrouw dus op bezoek, samen met hun zoontje van ongeveer zes jaar. Ik ben naar binnengelopen en stelde in eerste instantie voor om het jongetje even mee te nemen naar het dagverblijf, zodat het echtpaar wat rustiger verder kon praten. De echtgenote liep vervolgens huilend en schreeuwend de kamer af en wilde meteen naar huis, een uur rijden met de auto van het ziekenhuis vandaan. Ik heb haar meegevraagd naar de koffiekamer

en haar daar even laten uitzazen. Het zoontje kreeg een glas limonade en mocht het whiteboard met stiften onderklieden. De vrouw vertelde welke invloed de ziekte van haar man op hun relatie had en welke gevolgen er voor de kinderen speelden. Nadat ze was uitgepraat zei ze: 'Nu kan ik naar huis'. Daarna heb ik de patiënt uitgelegd waarom zijn vrouw zo boos en verdrietig was. Ik heb de hoop uitgesproken dat ze later beter in staat zouden zijn om hierover met elkaar te praten. Na dit incident beseftte ik eens te meer hoe enorm de gevolgen van een ziekte kunnen zijn, voor de patiënt én ook voor het gezin.'

'Een heel andere situatie schiet me nog binnen. Een keer maakte ik een rare fout door een jonge vrouw te vertellen dat haar opa op haar wachtte. Bleek het haar partner te zijn! Ik kon wel door de grond zakken natuurlijk. Ach ja, zo leer je weer eens dat je geen voorbarige conclusies moet trekken.'

Als je wat mocht veranderen in je beroepsuitoefening, wat zou dat dan zijn?

'Soms zou ik wel meer verantwoordelijkheid willen dragen. Bijvoorbeeld het bijhouden van een pieper, zodat je direct op de zorgvraag van een patiënt kunt reageren. Als ik jonger was, zou ik waarschijnlijk ook verder hebben gestudeerd. Waarschijnlijk wel als verpleegkundige. Aan de andere kant bevalt me de directe basiszorg heel goed. Gelukkig ervaar ik voorlopig voldoende afwisseling in mijn werk.'

Wat zou je je collega's in het UMC via deze weg willen zeggen of toewensen?

'Plezier in je werk is onmisbaar. Ik vind het prettig dat op onze afdeling geen onderscheid is in de benadering van zorgverleners, verpleegassistenten en verpleegkundigen. We werken goed samen en voel ik me als verpleegassistent erg betrokken bij de afdeling. Als je je actief opstelt, kun je daar natuurlijk zelf een belangrijke bijdrage aan leveren.'

*Nanette Haze,
redacteur PLEXUS*



Fotograaf: Frank Muller



UITBREIDING EN VERSTERKING TRANSMURALE THUISZORGTECHNOLOGIE

Beter gebruik maken van de mogelijkheden van transmurale thuiszorgtechnologie, dat is een speerpunt van het transmurale beleid van het UMC St Radboud. In 2004 is Rob Krol van het Centrum voor Ontwikkeling van Palliatieve Zorg (COPZ) met dit onderwerp aan de slag geweest. Hij richtte zich vooral op de thuisbehandeling van de palliatieve patiëntengroep (zie Verpleegkundig Tijdschrift 11.1, januari 2004). In juni 2004 is Lucia Kregting gestart met een project waarmee de transmurale thuiszorgtechnologie ook voor andere geïndiceerde patiëntengroepen binnen hun bereik kan worden gebracht. In dit artikel doet ze verslag van de voortgang van het Project Uitbreiding en versterking transmurale thuiszorgtechnologie.

Door het gebruik van thuiszorgtechnologie kunnen (medische) behandelingen van een klinische omgeving naar de vertrouwde thuissituatie worden verplaatst. De kwaliteit van leven van de patiënt en zijn of haar naasten verbetert daardoor, terwijl de kwaliteit van zorg en behandeling gelijk blijft. De zorg wordt bovendien goedkoper omdat zorg en behandeling in plaats van door een medisch specialist en een intramurale verpleegkundige worden gegeven door de huisarts en een extramurale verpleegkundige. Voor het ziekenhuis kan het toepassen van meer thuiszorgtechnologie een betere doorstroming van patiënten betekenen.

Welke behandelingen?

De eerste stap in het project bestond uit het informeren van de deelnemende afdelingen uit de clusters inwendige specialismen en snijdende specialismen. Uit de inventariserende gesprekken die we vervolgens met de betrokken specialisten hebben gehouden, kwam naar voren dat een groot scala aan patiëntengroepen in het ziekenhuis voor transmurale thuiszorgtechnologie in aanmerking komt. Zeker als het gaat om de volgende behandelingen:

- antibioticabehandeling;
- toedienen van immunoglobulinen;
- toedienen van cytostatica;
- bloedtransfusies;
- intraveneuze vochttoediening en/of medicatietoediening;
- toedienen van pijnmedicatie.

NB: hiervoor is door het COPZ-project al een protocol ontwikkeld en geïmplementeerd.

Draagvlak bij professionals

In de inventarisatieronde viel op dat er heel verschillend over transmurale thuiszorgtechnologie wordt gedacht. Waar de een héél enthousiast is, ziet een ander grote bezwaren.

Eén van de positieve reacties: 'Het is een prima project, maar om dit echt van de grond te tillen voor de patiëntencategorieën die hier in huis worden behandeld, is het nodig dat het ziekenhuis een transmuraal werkend team in het leven roept dat kan samenwerken met het gespecialiseerde verpleegkundig team van de thuiszorg.'

Uit de oriëntatiefase bleek verder dat de toepassing van thuiszorgtechnologie niet toeneemt omdat medisch specialisten en verpleegkundigen onvoldoende bekend zijn met de mogelijkheden op dit gebied. Enkele specialisten die wel bekend zijn met de mogelijkheden thuiszorgtechnologie gaven aan dat de thuiszorg in het verleden niet aan de vraag kon voldoen. Daardoor hebben ze nu weinig vertrouwen in thuisbehandelingen.

Knelpunten

Verschillende afdelingen hebben zelf protocollen ontwikkeld, maar deze worden alleen voor de eigen afdeling gebruikt. Ze zijn niet ziekenhuisbreed geïmplementeerd en niet opgenomen in Kwint. De protocollen zijn ook niet voor de extramurale zorgverlener toegankelijk gemaakt. Daardoor is de continuïteit van zorg momenteel nog niet goed gewaarborgd.

Het is voor afdelingen moeilijk voldoende expertise te ontwikkelen, omdat er per afdeling maar een enkele patiëntengroep is die voor thuiszorgtechnologie in aanmerking komt.

Het organiseren van nazorg blijkt complex.

Niet alle behandelingen zijn aan de eerste lijnszorg over te dragen. Denk bijvoorbeeld aan de behandeling van patiënten in trials of aan patiënten met meerdere gezondheidsstoornissen, die complexe academische zorg nodig hebben.

Ontwikkelingen

Op dit moment wordt de haalbaarheid van thuisbehandeling onderzocht in nauwe samenwerking met de betrokken afdelingen en het gespecialiseerde verpleegkundig team. Er is bovendien een begin gemaakt met de ontwikkeling van transmurale behandelprotocollen voor:

- Patiënten van de reumatologie die met MTX worden behandeld.
- Patiënten die in de stabiele fase van een infectie met antibiotica worden behandeld.
- Patiënten van de algemene interne die met immunoglobuline worden behandeld.
- Een brede groep patiënten die bloedproducten ontvangen.

De ontwikkelde protocollen worden afgestemd met de andere betrokken disciplines, zoals apotheek, trombosedienst, laboratorium, transferpunt zorg en huisartsen.

Om de behandelprotocollen uit de tweede lijn goed te laten aansluiten op de eerste lijn, vindt structureel overleg plaats met het gespecialiseerde verpleegkundig team van de thuiszorg en is contact gelegd met de Regionale Huisartsenvereniging (RHV).

Om transmurale protocollen te onderscheiden van interne behandelprotocollen worden de transmurale protocollen volgens een eigen format vormgegeven. De transmurale protocollen die al eerder door afdelingen zijn ontwikkeld, zullen op termijn worden overgezet naar het nieuwe transmurale protocolformat.

De implementatie van de protocollen zal per afdeling plaatsvinden. Hoe dat gebeurt, hangt af van de werkwijze van de betreffende afdeling. Voorafgaand aan een implementatie vindt een nulmeting plaats. Een jaar na implementatie wordt vervolgens

gecheckt of patiënten daadwerkelijk eerder met ontslag zijn gegaan, en wat de inzet van thuiszorgtechnologie aan de vermindering van ligdagen en polikliniekbezoeken heeft bijgedragen.

Ten slotte zijn er plannen voor de ontwikkeling van een website met informatie over transmurale zorg. Uiteindelijk zullen ook de protocollen op deze site worden geplaatst.

Structurele financiering gevraagd

Het project Uitbreiding en versterking transmurale thuiszorgtechnologie wordt door het Radboud betaald met zorgvernieuwingsgeld. In het jaarplan 2005 is aan de Raad van Bestuur structurele financiering gevraagd voor het vervolg van de tweede fase van het project: het betrekken van alle afdelingen

van het ziekenhuis bij transmurale thuiszorgtechnologie. Ook hebben we structurele financiering gevraagd om de ontwikkelde protocollen te kunnen onderhouden en te kunnen blijven investeren in de afdelingen die aan het project deelnemen.

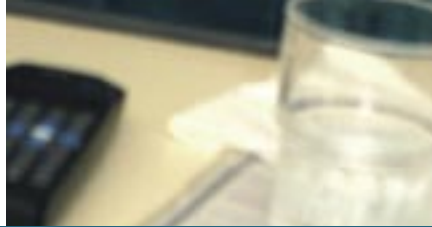
Ten slotte pleiten we voor de inzet van een transmuraal werkend team dat samen met het gespecialiseerd verpleegkundig team van de thuiszorg inhoud kan geven aan transmurale en ziekenhuisverplaatste zorg. Zo kunnen de huidige knelpunten worden opgelost en kunnen meer patiënten de zorg krijgen waar ze die het liefst ontvangen: thuis!

*Lucia Kregting,
Projectleider Uitbreiding en versterking
transmurale thuiszorgtechnologie*

Door het gebruik van thuiszorgtechnologie kunnen patiënten (medische) behandelingen in plaats van in een klinische omgeving in hun vertrouwde thuissituatie ontvangen.



Fotograaf: Frank Muller



PARASPRAAK

drinkvoeding voor kankerpatiënten verrijkt met epa

Ongewenst, progressief gewichtsverlies ofwel cachexie is een veel voorkomend probleem bij kanker. Verpleegkundigen krijgen hier regelmatig mee te maken. Naast verminderde eetlust, snelle verzadiging en smaakverandering, speelt de ontregeling van de lichaamshuishouding door de tumor een rol. Daardoor wordt voeding in het lichaam minder goed benut, of verbruikt het lichaam meer energie dan normaal. Met als gevolg: afbraak van vet- én spierweefsel. In het verleden is gebleken dat een verhoging van de inname van energierijke voedingsstoffen de gewichtsafname kan remmen, maar over het algemeen leidt dat niet tot een remming van de spieraafbraak en de cachexie.

Eicosapentaenzuur, oftewel EPA, is een meer-
voudig onverzadigd n-3 vetzuur dat vooral
voorkomt in visolie. De laatste jaren staat
EPA steeds meer in de belangstelling als een
voedingsstof met een mogelijk positief effect
op kankercachexie en daardoor indirect op de
gewichtsafname. Er is echter nog maar zeer
weinig wetenschappelijk onderzoek bij mensen
gedaan. Er bestaat slechts één gerandomiseerd
dubbelblind gecontroleerde studie bij patiën-
ten met onbehandelbaar pancreascarcinoom.
De resultaten van deze studie wijzen op een
geringe positieve werking van EPA op het
gewicht. Over het effect van EPA op *Quality of
life* (QOL) en overleving, is weinig bekend.

Meer onderzoek

Als het gesuggereerde werkingsmechanisme
klopt dan is EPA mogelijk ook toepasbaar bij
andere soorten carcinomen. De resultaten van
experimentele dierstudies lijken dit idee te
ondersteunen, maar, zoals gezegd, bij mensen
is het op dit moment nog onvoldoende aange-

toond. De wetenschappelijke bewijsvoering
is dus vooralsnog te zwak om kankerpatiën-
ten in het algemeen EPA voor te schrijven.
Er is daarom behoefte aan gerandomiseerde
gecontroleerde studies bij andere oncologische
patiëntengroepen waarin de toediening van
EPA, al dan niet in combinatie met chemo- of
radiotherapie, wordt onderzocht.

EPA wel of niet?

Intussen hebben al drie fabrikanten drink-
voeding met EPA ontwikkeld en op de markt
gebracht. Alledrie prijzen ze hun product in
veelbelovende campagnes aan voor (alle) kan-
kerpatiënten met gewichtsverlies! Vanwege
deze campagnes hebben verschillende ver-
pleegkundigen zich al met vragen over het
gebruik van EPA tot de afdeling Diëtetiek
gewend.

Binnen de afdeling Diëtetiek hebben wij een
voorlopig standpunt ingenomen over advi-
sering van EPA bij kankercachexie. Leidraad
daarbij was een rapport van de Landelijke
Werkgroep Diëtisten Oncologie. Op grond van
de beschikbare onderzoeksgegevens onder-
scheidt dit rapport zeven selectiecriteria die
een handvat kunnen vormen voor de beslissing
al dan niet drinkvoeding met EPA voor te schrij-
ven. Deze selectiecriteria vormen nadrukkelijk
een handvat voor de praktijk, géén richtlijn:

1. Is er sprake van een pancreascarcinoom?
2. Zijn er geen curatieve mogelijkheden meer?
3. Is er sprake van gewichtsverlies door
metabole ontregeling?
4. Is ondervoeding door verminderde inname
uitgesloten?
5. Is de levensverwachting minimaal 2 maanden?
6. Is de patiënt in staat minimaal 4 weken
een drinkvoeding met ten minste 2 gram
EPA te gebruiken? (komt in de praktijk neer
op 2 of 3 pakjes per dag).
7. Is de patiënt gemotiveerd tot voedingsin-
terventie met EPA?

Na afweging van onder andere de (zwakke)
wetenschappelijke bewijsvoering, de smaak-
acceptatie en het kostenaspect – 10 tot 12
euro per dag – heeft de afdeling Diëtetiek
uiteindelijk besloten drinkvoeding met EPA
vooralsnog niet in ons ziekenhuisassortiment
op te nemen.

Dit besluit kan in de toekomst worden her-
zien als nieuwe wetenschappelijke resultaten
daartoe aanleiding geven (evidence based).
Wat daarbij zeker ook een rol kan spelen, zijn
de praktische kennis en ervaringen van hulp-
verleners elders in de gezondheidszorg (best
practices) en de wensen van de patiënten.

*Riky Lamers,
Diëtiste en lid Landelijke Werkgroep
Diëtisten Oncologie*

Geraadpleegde literatuur:

- Fearon KC, von Meyenfeldt MF, Moses AG,
van Geenen R, Roy A, Gouma DJ et al. Effect
of a protein and energy dense n-3 fatty acid
enriched oral supplement on loss of weight
and lean tissue in cancer cachexia: a ran-
domised double blind trial GUT 2003; 52
(10): 1479-1486
- Barber MD, Ross JA, Voss AC, Tisdale MJ,
Fearon KC. The effect of an oral nutritional
supplement enriched with fish oil on weight-
loss in patients with pancreatic cancer. Br.
J. Cancer 1999; 81 (1):80-6
- Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten 2004
59 (4):70-83
- Rapport van de Landelijke Werkgroep
Diëtisten Oncologie: Relevantie van voeding
verrijkt met visolie (EPA) bij kanker



Fotograaf: Frank Muller

Diëtiste Riky Lamers in gesprek