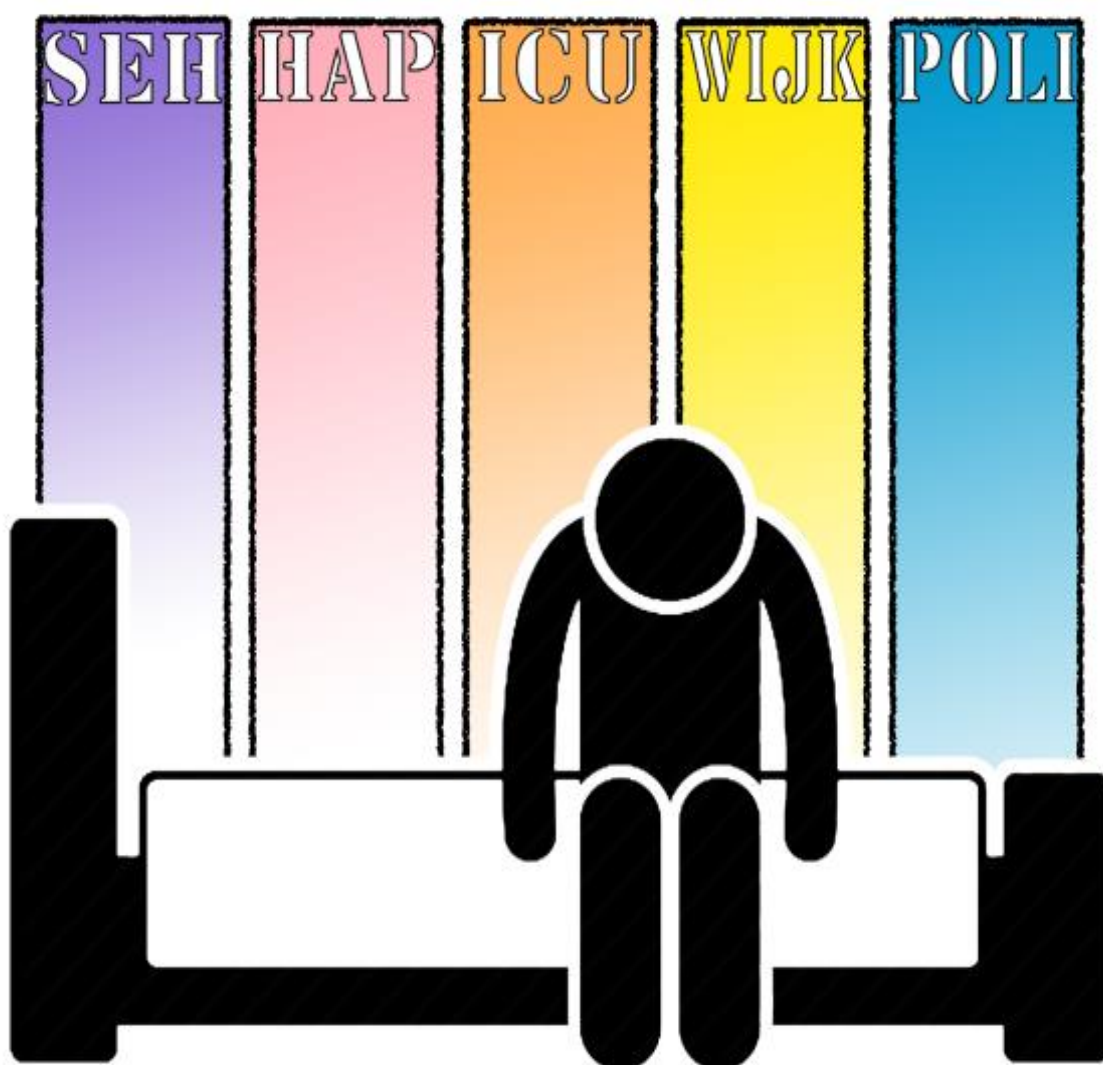


S_{upporting} E_{verlasting} H_{ealthcare}

Kwalitatief onderzoek naar de wijze waarop spoedeisende hulp verpleegkundigen invulling geven aan zelfmanagement- en gezondheidsbevordering bij chronisch zieke patiëntengroepen



Copyright © 2018 A. van de Velde, Kattendijke

“Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door print-outs, kopieën, of op welke manier dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur”.

Supporting Everlasting Healthcare

Kwalitatief onderzoek naar de wijze waarop spoedeisende hulp verpleegkundigen invulling geven aan zelfmanagement- en gezondheidsbevordering bij chronisch zieke patiëntengroepen

Alberdien van de Velde

00073748

HZ University of Applied Sciences

Academie voor Zorg & Welzijn

Bachelor Verpleegkunde

2018-2019

CU 09322 Het praktijkgericht onderzoek

Eerste beoordelaar : Adriënne Joosen- Schrauwen

Tweede beoordelaar : Thérèse Jansen

Peergroup : Kristel Mangelaars en Yanick Remorie, december 2018

VOORWOORD

Voor u ligt het onderzoek 'Supporting Everlasting Healthcare'. Het onderzoek vormt een belangrijk onderdeel van het onderwijsprogramma van de bacheloropleiding verpleegkunde van de Hogeschool Zeeland (HZ) University of Applied Sciences te Vlissingen.

Het is een bijzondere ervaring om als gespecialiseerd intensive care- en spoedeisende hulp verpleegkundige opnieuw te beginnen aan een verkorte voltijds verpleegkundige opleiding. Het volgen van onderwijs heeft mij een nieuwe kijk gegeven op mijn huidige beroepspraktijk.

Tijdens de afgelopen twee jaar heb ik vaardigheden geleerd over het opzetten van een (praktijkgericht) onderzoek. Onderzoek doen betekent voor mij met andere ogen naar problemen gaan kijken waar ik als verpleegkundige tegenaan loop. Het zijn problemen waar geen standaardoplossingen of antwoorden voorhanden zijn. Ik hoop als verpleegkundige bij te dragen aan kwaliteitsverbetering in de acute zorg. De focus ligt op het weten en verantwoorden of de zorg die ik lever wel het beste is voor de patiënt.

Dit onderzoek is een proeve van bekwaamheid die ik niet had kunnen uitvoeren als mijn werkgever, het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (ADRZ), mij niet had gefaciliteerd. Ik wil daarom het managementteam en mijn collega's van de acute zorg bedanken voor de medewerking die zij mij hebben verleend om mijn onderzoek vorm te geven. Ook een dank aan mijn 'peergroup meiden' Kristel Mangelaars en Yannick Remorie en de docenten Adriëne Joosen-Schrauwen en Thérèse Jansen.

Alberdien van de Velde

Vlissingen, 7 december 2018

SAMENVATTING

Aanleiding: In Nederland wordt een toename van chronisch zieken met multimorbiditeit verwacht. Deze patiënten en hun sociale netwerk zijn vaak niet voorbereid op de gevolgen van een chronische ziekte en hebben moeite om zich aan te passen. Chronisch zieken met multimorbiditeit bezoeken vaker de SEH en worden regelmatig ontslagen zonder dat er een verklaring is van hun symptomen. Door transitie in de zorg ligt de focus op gezondheid en niet meer op de ziekte. SEH-verpleegkundigen kunnen aan drie chronische patiëntengroepen: COPD, diabetes mellitus en hart- en vaatziekten zelfmanagement- en gezondheidsbevordering geven om hun gezondheidssituatie te optimaliseren. Met dit onderzoek wordt inzichtelijk gemaakt op welke wijze SEH-verpleegkundigen in het ADRZ invulling geven aan gezondheids- en zelfmanagementbevordering bij chronisch zieke patiënten groepen.

Methode: Het betreft een kwalitatief onderzoek uitgevoerd door middel van semigestructureerde interviews en verholde participerende observaties.

Resultaten: In totaal zijn zeven interviews afgenomen en twee observaties uitgevoerd. SEH-verpleegkundigen besteden minimale aandacht aan zelfmanagement- en gezondheidsbevordering bij patiënten die COPD, diabetes mellitus, hart- en vaatziekten hebben. De focus ligt op de acute klacht en de snelle behandeling. Dit wordt bevestigd door de observaties. Vanuit de organisatie van het ADRZ wordt nog geen ondersteuning geboden om in de dagelijkse praktijk zelfmanagement- en gezondheidsbevordering aan te bieden. De SEH-verpleegkundigen staan echter wel positief tegenover gezondheids- en zelfmanagementbevordering.

Conclusie: Het blijkt uit de onderzochte onderdelen van zelfmanagement- en gezondheidsbevordering dat SEH-verpleegkundigen op een onvolledige wijze invulling geven aan zelfmanagementbevordering/ gezondheidsbevordering bij patiënten die lijden aan COPD, diabetes mellitus en hart- en vaatziekten. De nadruk ligt op de behandeling van de acute klacht en niet op het aansporen tot regievoering en eigenaarschap van de chronische ziekte.

Aanbevelingen: Aan de hand van vijf thema's worden aanbevelingen gedaan: het verlagen van de tijdsdruk, het creëren van een cultuur die gericht is op de gezondheid, het verbeteren van de samenwerking met de arts en het vergroten van de kennis. Als laatste wordt aanbevolen een kwantitatief onderzoek te doen en hoe zelfmanagement- en gezondheidsbevordering geïmplementeerd kan worden in de beroepspraktijk.

ABSTRACT

Background: It has been estimated that there has been an increase of chronic diseases with multi-morbidity. These patients and their social network are often ill prepared for the consequences of a chronic illness and experience difficulties in adapting to their situations. The chronically diseased with multi-morbidity visit the Emergency Room more often and are frequently discharged from hospital without any explanation about their symptoms. This can be explicated by the fact that health care has shifted its focus from disease to health. Nurses from the Emergency Department can provide self-management and health improvement to optimize the health situation for three different kinds of groups of patients: COPD, diabetes mellitus and heart and vascular disease. This research will provide deeper insight in the way in which Emergency nurses in the ADRZ (Admiraal de Ruyter Hospital) apply health- and self-management improvement to groups of patients with a chronic disease.

Method: This study is a qualitative research conducted by means of semi structured interviews and covert participant observations.

Results: Seven interviews and two observations have been conducted. Emergency nurses pay minimal attention to improving self-management and health improvement for patients who suffer from COPD, diabetes or heart and vascular disease. In practice the emphasis lies on acute complaints and quick treatments thereof. This is confirmed by the observations in this study. Until now, no support from the organisation of the ADRZ has been initiated to offer self-management improvement and health improvement in the staff's daily routine. Emergency nurses take a positive stand towards self-management and health improvement.

Conclusion: Research on some features of self-management and health improvement shows that Emergency nurses insufficiently apply self-management- and health improvement to patients suffering from COPD, diabetes mellitus and heart and vascular disease. The emphasis lies on treatment of acute complaints and not on encouraging to manage and own the situations of the chronic patients themselves

Recommendation: Recommendations are provided on the basis of four themes. Reduction of time pressure, provision of a culture that is aimed at the chronic patient's health, improvement of collaboration with doctors and an increase of the knowledge base. Finally, further quantitative research and development of an implementation draft is recommended.

INHOUD

Inleiding.....	9
Aanleiding en achtergrond.....	9
Doelstelling van onderzoek.....	11
Centrale onderzoeksvraag	11
De relevantie voor het verpleegkundig beroep.....	11
Leeswijzer.....	12
1. Theoretisch kader	13
1.1 Zoekstrategie	13
1.1.1 Zoekvragen.....	13
1.1.2 Zoeksleutels en databanken	14
1.1.3 In- en exclusiecriteria.....	14
1.2 Theoretische begrippen	17
1.2.1 Chronisch zieken in Nederland	17
1.2.2 COPD, diabetes mellitus en hart- en vaatziekten	17
1.2.3 Gezondheidsachterstand	18
1.2.4 Gezondheidsbevordering.....	18
1.2.5 Zelfmanagement	19
1.2.6 Gedragsinterventies.....	19
1.2.7 De acute zorg	21
1.2.8 De spoedeisende hulp verpleegkundige.....	21
1.2.9 Impact van SEH bezoek	22
Samenvatting	22
2. Methoden	23
2.1 Onderzoekstype en onderzoeksontwerp.....	23
2.2 Onderzoekspopulatie.....	23
2.3 Tijd en plaats.....	24
2.4 Meetinstrument en operationalisatie.....	24
2.5 Dataverzameling	25
2.6 Dataverwerking.....	25
2.7 Data-analyse	26
2.8 Betrouwbaarheid	26
2.9 Validiteit.....	27

2.10 Juridische en ethische aspecten	27
3. Resultaten	28
3.1 Observaties en interviews.....	28
3.2 Persoonskenmerken respondenten.....	28
3.3 Onderdeel A	29
3.4 Onderdeel B	33
4. Discussie.....	36
4.1 Vergelijking met de literatuur	36
4.2 Zwakke en sterke kanten	37
5. Conclusie	38
5.1 Conclusie aandacht besteden in de praktijk	38
5.2 Conclusie ondersteuning in de praktijk.....	38
5.3 Conclusie centrale onderzoeksvraag	39
5.4 Aanbevelingen	39
Bibliografie	41
Bijlagen.....	44
Bijlage 1 Operationalisatie schema.....	44
Bijlage 2 Getranscribeerd interview	50
Bijlage 3 Observatie anamnese.....	66
Bijlage 4 Mindmap	69
Bijlage 5 Labelen en Coderen.....	70
Bijlage 6 Ruimtelijk overzicht.....	89

AANLEIDING EN ACHTERGROND

In toekomstverkenning van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu uit 2014 getiteld 'Een gezonder Nederland met meer chronisch zieken' wordt beschreven hoe de levensverwachting van de Nederlandse bevolking blijft stijgen. Ten gevolge van de vergrijzing is een toename van het aantal chronisch zieken te verwachten. Het aantal patiënten met een of meerdere chronische aandoeningen zal toenemen. Secundaire preventie en een betere behandeling heeft tot gevolg dat patiënten langer kunnen leven met de chronische ziekte. Dit is ook een verklaring voor de toename van het aantal chronisch zieken. Dankzij de hoogwaardige gezondheidszorg hebben patiënten minder last van hun ziekte. Ze leven niet meer aan de rand van de samenleving maar participeren mee in de maatschappij (RIVM, 2014).

Chronisch zieke patiënten voelen zich vaak overweldigd door de complexiteit van het gezondheidsprobleem. Chronisch zieken, ouderen en hun sociale netwerk, zijn vaak niet voorbereid op de complexiteit van het probleem waar zij dagelijks mee geconfronteerd worden. Ze missen het vermogen om zich aan te passen aan de wisselende, al dan niet tijdelijke, psychische, sociale en fysieke omstandigheden. Dit heeft tot gevolg dat ze worden (her)opgenomen in het ziekenhuis en het gewenste zorgresultaat wordt telkens niet gehaald. In de volksmond wordt deze categorie 'draaideurpatiënten' genoemd. Het draaien van de deur wordt gebruikt als synoniem om het ziekenhuis meerdere malen in en uit te gaan. Dit kunnen patiënten zijn die lijden aan chronische- en psychische problematiek en zij hebben doorgaans te maken met heropnames in het ziekenhuis (Sassen, 2017).

Lange tijd was het omgaan met gezondheid en ziekte een aangelegenheid van medici. Volgens de klassieke medische benadering is iedereen gezond indien geen ziekte of lichaamsgebrek aanwezig is. In de huidige tijd schiet deze benadering te kort. Immers zijn de factoren die invloed hebben op het ontstaan van een chronische ziekte multifactorieel. De nadruk in de gezondheidszorg en politiek komt steeds meer op het vermogen van chronisch zieken te liggen om hun leven zelf optimaal in te richten. Daarmee zal de zorgvraag van patiënten steeds meer leidend worden in plaats van het zorgaanbod (Sassen, 2017).

De verpleegkundige dynamische visie op gezondheid speelt hier verder op in. De focus komt op het aanpassingsvermogen en het vermogen tot zelfmanagement te liggen als de chronische zieke te maken krijgt met beperkingen op sociaal, lichamelijk en emotioneel gebied. Ondersteuning van zelfmanagement blijkt bij te dragen aan betere gezondheidsuitkomsten bij patiënten die lijden aan Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), diabetes mellitus en hart- en vaatziekten. Interventies die gericht zijn op gedragsveranderingen door het aanleren van vaardigheden en interventies die een actieve rol van patiënten stimuleren, laten positieve effecten zien bij bovengenoemde patiëntengroepen. Een positief effect van het ondersteunen van het zelfmanagement is het verminderen van de zorgconsumptie zoals het bezoeken van de spoedeisende hulp (Heijmans et al., 2015).

Het Nivel rapport 'visies en ervaringen van zorgprofessionals' (2013) over preventie en zelfmanagementbevordering beschrijft een onderzoek onder de leden van het landelijk panel verpleging & verzorging. De totale groep bestond uit respondenten van verschillende werkvelden namelijk thuiszorg, verpleeghuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuis, verzorgingstehuizen en gehandicaptenzorg. Ziekenhuisprofessionals (68%) geven aan dat het toepassen van geïndiceerde preventie minder hun taak is in vergelijking met de totale groep (82%). Over de toekomstige uitbreiding van zelfmanagementbevordering zijn zij met 57 procent minder gemotiveerd dan de gevraagde totale groep (63%) (De Veer & Francke, 2013).

In de marktscan acute zorg (Nederlandse zorgautoriteit, 2017) worden aanbevelingen gedaan om de druk op de spoedeisende hulp afdeling (SEH) in Nederland te verlagen. Een aanbeveling is om het herhaalbezoek van de SEH te verminderen. Dit kan door een gericht beleid te ontwikkelen voor de zo genoemde 'draaideurpatiënten'. Meer dan 25 procent van de SEH-patiënten komt meerdere keren per jaar op de SEH en is verantwoordelijk voor bijna de helft van de SEH bezoeken. "De rol van een SEH bestaat al lang niet meer uitsluitend uit het opvangen en behandelen van direct levensbedreigende aandoeningen" (Gaakeer, Van den Brand, Veugelers, & Patka, 2014). Huisartsen en tweedelijnspecialisten sturen in toenemende mate hun patiënten door voor snelle beoordeling, diagnostiek en eerste behandeling (Gaakeer et al., 2014).

Het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) heeft de acute zorg en SEH geconcentreerd op de locatie Goes. Het is de enige spoedeisende hulp afdeling boven de Westerschelde in de provincie Zeeland. In 2017 waren op deze SEH 27083 patiëntcontacten volgens de heer G. van Lieshout (persoonlijke communicatie, 26 februari, 2018). Het team van zorgprofessionals bestaat uit spoedeisende hulp verpleegkundigen, leerling-spoedeisende hulp verpleegkundigen, spoedeisende hulp-artsen en artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS). Spoedeisende hulp verpleegkundigen richten zich in hun dagelijkse praktijk vooral op curatie, dit is het herstellen van gezondheidsschade. De opvatting wat gezondheid is, gaat veranderen. Het doel van het verplegen wordt volgens het nieuwe beroepsprofiel 2020 (Merwijk, 2012) het bevorderen van gezondheid.

De aandacht voor het bevorderen van gezondheid en zelfmanagement is op de SEH beperkt aanwezig. Het stimuleren van een gezonde levensstijl levert de patiënt mogelijkheden om beperkingen, ten gevolge van de chronische ziekte en de comorbiditeit te verminderen (Van Merwijk, 2012). Zelfmanagement- en gezondheidsbevordering kunnen een symptoom reductie geven (Heijmans et al, 2015). Het gevolg van symptoom vermindering kan leiden tot meer zorgonafhankelijkheid. Het aanmoedigen tot een gezonde levensstijl en ondersteuning bieden bij zelfmanagement zou daarom in de beroepspraktijk van de SEH-verpleegkundigen een prominentere plaats moeten krijgen. Sassen (2017) zegt het volgende:

De huidige tijd vraagt aan verpleegkundigen om niet meer consequent preventief of strikt curatief en verzorgend te werken. Als de grondhouding van alle verpleegkundigen in hun professionele beroepsuitoefening het bieden van preventie en gezondheidsbevordering is, dan hoeft er geen onderscheid meer te worden gemaakt naar werkvelden die gezondheidsproblemen voorkómen, gezondheidsproblemen behandelen of gezondheidsproblemen verzorgen.

Op dit moment is nog geen inzicht in de manier waarop SEH-verpleegkundigen in hun professionele grondhouding bezig zijn met de toepassing van zelfmanagement- en gezondheidsbevordering. Het is mogelijk dat SEH-verpleegkundigen zelfmanagement- en gezondheidsbevordering impliciet toepassen in hun dagelijkse beroepspraktijk. In een verkennend onderzoek zal gevraagd en geobserveerd worden of SEH-verpleegkundigen zich bewust zijn of zij ondersteuning bieden bij zelfmanagement- en gezondheidsbevordering bij chronisch zieke patiëntengroepen.

DOELSTELLING VAN ONDERZOEK

Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen op welke wijze SEH-verpleegkundigen in het ADRZ invulling geven aan zelfmanagementbevordering/gezondheidsbevordering bij chronisch zieke patiëntengroepen.

CENTRALE ONDERZOEKSVRAAG

Op welke wijze geven SEH-verpleegkundigen in het ADRZ invulling aan zelfmanagementbevordering /gezondheidsbevordering bij chronisch zieke patiëntengroepen?

DE RELEVANTIE VOOR HET VERPLEEGKUNDIG BEROEP

Om de relevantie van dit onderzoek voor het beroep van de SEH-verpleegkundige te onderbouwen, worden de beroepsrollen van de Bachelor verpleegkunde verder uitgewerkt. Deze rollen zijn te onderscheiden in: zorgverlener, regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar (Pool, Pool-Tromp, Veltman-van Vugt & Vogel, 2001). Alle rollen zijn van toepassing voor dit onderzoek. De SEH-verpleegkundige kan in de rol van zorgverlener, door het klinisch redeneren, problemen rondom zelfmanagement- en gezondheidsbevordering signaleren en hierop anticiperen. De SEH-verpleegkundige komt tegemoet aan de vragen en de behoeften van de patiënt en stimuleert daarbij het zelfmanagementgedrag. Indien er sprake is van een hoog risico gezondheidsprobleem maakt de SEH-verpleegkundige de leefstijl en het daarbij behorende positieve gezondheidsgedrag bespreekbaar bij de drie genoemde chronische patiëntengroepen. Om de patiëntenstroom op de SEH te coördineren vervult de SEH verpleegkundige de regisseursrol. De SEH-verpleegkundige gebruikt triage om de patiëntenstroom te structureren. Door het aansturen van collega's wordt het aanbod van patiënten verdeeld, zodat iedereen de juiste zorg op het juiste moment krijgt.

De SEH-verpleegkundige bereidt zich voor op het nieuwe beroepsprofiel van 2020 (Van Merwijk, 2012) en ontwerpt nieuwe activiteiten om het primaire zorgproces te kunnen overstijgen. Als ontwerper is het belangrijk om gezondheidsvoorlichting te geven en gezondheids- zelfmanagementinterventies toe te passen, die gebaseerd zijn op resultaten van wetenschappelijk onderzoek. De coach moet collega's op de SEH motiveren om gezondheids- en zelfmanagementinterventies bij de drie genoemde chronisch zieke patiëntengroepen toe te passen. In de rol van coach spoort de SEH-verpleegkundige de gezondheidsvaardigheden en gezondheidsverschillen op en stemt de interventies af op het individuele denkniveau van de patiënt. Kenmerkend voor de rol van beroepsbeoefenaar werkt de SEH-verpleegkundige continu aan deskundigheidsbevordering van de beroepsgroep. Door de veranderde zorgvraag van de chronisch zieke patiënt zal de SEH-verpleegkundige kennis en vaardigheden moeten ontwikkelen ten aanzien van preventie, gezondheids- en zelfmanagementbevordering. De SEH-verpleegkundigen moeten zich blijven verdiepen in vakliteratuur, beleidszaken en protocollen/richtlijnen die worden ingezet met betrekking tot gezondheidsbevordering en zelfmanagement.

LEESWIJZER

De opbouw van het praktijkgericht onderzoeksverslag is als volgt. Hoofdstuk één behandelt de literatuur die bij dit onderzoek is opgezocht samen met de zoekstrategie, zoekvragen en de zoekboom. Vervolgens zijn de kernbegrippen uitgewerkt die inhoudelijk belangrijk zijn voor het verdere onderzoek. Het tweede hoofdstuk bevat de methode van het onderzoek. Het onderzoekstype, onderzoeksontwerp en de populatie, tijd en de plaats worden besproken. Daarna wordt het meetinstrument met de operationalisatie, de dataverzameling, dataverwerking en de analyse verder uitgelegd. Vervolgens wordt de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek besproken. Afsluitend worden de juridische- en ethische aspecten van het onderzoek benoemd. In hoofdstuk drie worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. Hoofdstuk vier bestaat uit de discussie van het onderzoek en worden de zwakke- en sterke kanten besproken. In het laatste hoofdstuk wordt de conclusie getrokken, gevolgd door aanbevelingen die per thema geordend zijn. Tenslotte volgt de bibliografie die volgens de American Psychological Association (APA) regels is opgesteld. In de bijlagen zit het operationalisatie schema, één getranscribeerd interview en de uitwerking van de kwalitatieve stappen.

1. THEORETISCH KADER

In het theoretisch kader wordt weergegeven op welke wijze de zoekstrategie in de relevante literatuur heeft plaats gevonden. De zoekstrategie bestaat uit zoekvragen, zoektermen, in- en exclusiecriteria en de zoekboom. In de zoekboom worden de databanken en de zoekwoorden gepresenteerd. Uit de verkregen literatuur worden kernbegrippen geanalyseerd waarna een theoretisch kader gevormd wordt.

1.1 ZOEKSTRATEGIE

De zoekstrategie is tot stand gekomen aan de hand van de BIG-6 methode (Verhoeven, 2016). Aan de hand van zes stappen is de zoekopdracht omschreven. Vervolgens zijn de stappen gebruikt om op zoek te gaan naar wetenschappelijke bronnen of informatie van diverse websites. Verschillende databanken zijn bezocht en de BIG-6 methode is gebruikt om de relevante informatie af te bakenen. De volgende criteria zijn opgesteld waar de gevonden literatuur aan moet voldoen (Munten, Verhoef & Kuiper, 2016):

- Het artikel is Nederlands- of Engelstalig;
- Het artikel mag niet ouder zijn dan 10 jaar (afgezien van theoretische modellen), aangezien er ontwikkelingen zijn op het gebied van zelfmanagement (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, 2014);
- Het artikel moet full-tekst beschikbaar zijn;
- Het artikel moet in databanken (van website HZ-mediatheek Academie voor Zorg & Welzijn) of op websites van onderzoeksinstituten gepubliceerd zijn;
- Bij voorkeur artikels van het hoogst beschikbare niveau van bewijs volgens de hiërarchie van levels van evidence:
 - Systematic review/meta-analyse;
 - Randomized controlled trial;
 - (Gecontroleerde) cohortstudie;
 - Mening van een expert
- Zoektermen zijn opgesteld en op juiste wijze gecombineerd met de Booleaanse operatoren: AND (verkleint zoekactie) en OR (vergroot zoekactie). De gevonden literatuur is weergegeven in een zoekboom (figuur 1).

1.1.1 ZOEKVRAGEN

Met de opgestelde zoekvragen is er analyse gedaan waardoor meer kennis en informatie is gevonden rondom het relevante onderwerp. Het theoretisch kader is aan de hand van de volgende zoekvragen opgebouwd:

- Wat zijn chronisch zieke patiëntengroepen?
- Wat is gezondheidsbevordering?
- Wat is zelfmanagement?
- Wat is een SEH in Nederland?
- Wie is een frequente gebruiker van de SEH?
- Op welke manieren kan er gezondheids- en zelfmanagementbevordering worden gegeven?
- Waarom bezoeken chronisch zieken herhaaldelijk de SEH?
- Welke gedragsinterventies worden ingezet op de SEH bij chronisch zieken?

1.1.2 ZOEKSLEUTELS EN DATABANKEN

In tabel 1 worden de zoekwoorden omgezet naar trefwoorden, de zogenaamde MeSH-termen. Om de zoekactie zo effectief mogelijk te maken zijn diverse MeSH-termen met elkaar gecombineerd. De term *chronic diseases* is opgesplitst in drie chronische patiëntengroepen namelijk: COPD, hart -en vaatziekten en diabetes mellitus. Verder zijn sets gemaakt van termen die daarna gecombineerd zijn met andere onderdelen van de zoekvragen. In figuur 1 worden de databanken en zoek sleutels gepresenteerd.

Tabel 1

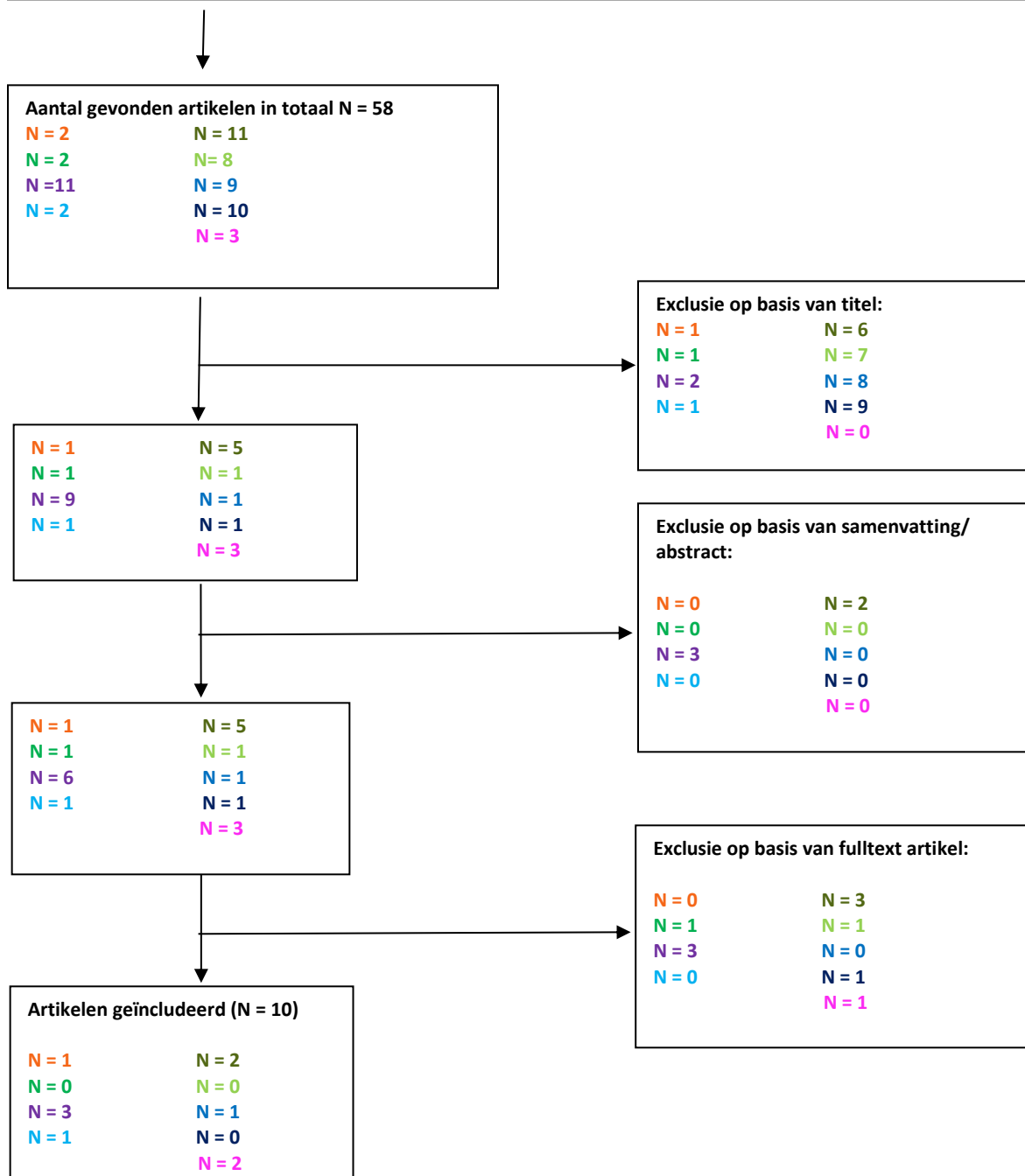
Terminologie

Nederlandse termen en synoniemen	Engelse termen	MeSH termen
Leefstijl en gedrag, zorggerelateerde preventie, profylactisch, voorkomen	Disease prevention, protection, prevent	Tertiary healthcare
Zelfmanagement, zelfregulatie, maximaliseren van gezondheid/welzijn	Selfmanagement, selfregulation, most often health, well-being, weal, welfare	Self-care, autonomie, indepenence
Chronisch zieken, aanhoudend, langdurig, onomkeerbaar	Chronic illness, chronic disease, chronic conditions	Chronic disease, chronic disease hospitals
Acute zorg, spoedeisende hulp, eerste hulp	Emergency care, emergency department	Emergency medical services, emergency treatment

1.1.3 IN- EN EXCLUSIECRITERIA

Bij het zoeken naar relevante literatuur zijn in- en exclusiecriteria opgesteld zie verder bij 1.1 zoekstrategie. Er is gezocht naar gezondheids- en zelfmanagementbevordering toegepast op de spoedeisende hulp afdeling bij chronisch zieke patiëntengroepen. Transitie in de zorg zorgt voor een gedeeltelijke verschuiving van verpleegkundige taken namelijk: meer coaching en het stimuleren van eigen regie. Daarom is literatuur geïnccludeerd die niet direct gerelateerd is aan de spoedeisende hulp maar aan de ontwikkelingen in het onderwijs over zelfmanagement zowel voor de verpleegkundige als de patiënt zelf.

Databank:	Zoeksleutels:	Aantal:
EMBASE	Self-Care OR disease management AND tertiary prevention AND chronic disease	N = 2
Psych INFO	Self-Care AND tertiary prevention OR advise AND Emergency Department	N = 2
Pub Med	Self-Care or disease management AND tertiary prevention AND Emergency Care	N = 2
	Tertiary prevention AND chronic disease OR disease management	N = 9
BNI	Self -Care AND tertiary prevention AND treatment AND Emergency treatment AND nursing	N = 2
Medline	Self- Care AND tertiary prevention AND chronic disease OR chronic disease hospitals	N = 8
	COPD AND Self-Care AND Emergency treatment OR Emergency Medical Services	N = 3
INVERT	Self-Care OR disease management AND tertiary prevention AND chronic disease	N = 8
NAZ	Selfmanagement AND Nursing Education	N = 9
NARCIS	Chronic disease AND Self-care OR Selfmanagement	N = 10
TRIP	Chronic disease management AND Emergency Nursing OR Emergency Department	N = 3



1. Labrunée, M., Pathak, A., Loscos, M., Coudeyre, E., Cassilas, J. M., & Gremeaux, V. (2012). Therapeutic education in cardiovascular diseases: State of the art and perspectives. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55, 322-341. doi:10.1016/j.rehab.2012.04.003
2. Olthuis, G., Prins, C., Smits, M. J., Van de Pas, H., Biersens, J., & Baart, A. (2014). Matters of Concern: A Qualitative Study of Emergency Care From the Perspective of Patients. *Annals of Emergency Medicine*, 63(3), 311-319. doi:10.1016/j.annemergmed.2013.08.018
3. Rising, K. L., Hudgins, A., Reigle, M., Hollander, J. E., & Carr, B. G. (2016). "I'm Just a Patient": Fear and Uncertainty as Drivers of Emergency Department Use in Patients With Chronic Disease. *Annals of Emergency Medicine*, 68(5), 536-543. doi:10.1016/j.annemergmed.2016.03.053
4. Soril, L. J. J., Leggett, L. E., Lorenzetti, D. L., Noseworthy, T. W., & Clement, F. M. (2015). Reducing Frequent Visits to the Emergency Department: A Systematic Review of Interventions. *PLoS ONE*, 10(4), 2-18. doi:10.1371/journal.pone.0123660
5. Van den Berg, B., Breuer, J., Van der Boon, D., & Van de Lint, L. (2014). Going Dutch: Emergency Nursing in The Netherlands. *Emergency Nurses Association*, 40(5), 500-504. doi.org/10.1016/j.jen.2014.05.0146
6. Albert, N. M., Levy, P., Langlois, E., Nutter, B., Yang, D., Kumar, V. A., Nykun, E. (2012). Heart failure beliefs and self-care adherence while being treated in an emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 46(1), 122-129. doi:10.1016/j.jemermed.2013.04.060
7. Haslbeck, J., Zanoni, S., Klein, M., Gabriel, E., Eicher, M., & Schulz, P. J. (2015). Introducing the chronic disease self-management program in Switzerland and other German -speaking countries: findings of a cross-border adaption using a multiple -methods approach. *BMC Health Services Research*, 15(576), 2-19. doi:10.1186/s12913-015-1251-z
8. Van Hoof, S., Dwarswaard, J., & Van Staa, A. (2015). Ondersteunen van zelfmanagement Wat vraagt dit van verpleegkundigen. *BijZijn-XL*, 3, 8-10. Geraadpleegd van <https://izw-naz.nl/>
9. Birmingham, L. E., Cochran, T., Frey, J. A., Stiffer, K. A., & Wilber, S. T. (2017). Emergency department use and barriers to wellness: a survey of emergency department frequent users. *BMC Emergency Medicine*, 17(16), 1-8. doi:10.1186/s12873-017-0126-5
10. Raven, M. C., Kushel, M., Ko, M. J., Penko, J., & Bindman, A. B. (2016). The Effectiveness of Emergency Department Visit Reduction

Literatuur uit Nederlandse onderzoeksinstituten

De Veer, A. J. E., & Francke, A. L. (2013). *Preventie en het bevorderen van zelfmanagement Visies en ervaringen van zorgprofessionals* (ISBN 978-94-6122-225-1). Geraadpleegd van <http://www.nivel.nl>

Heijmans, M., Spreeuwenberg, P., & Rijken, M. (2010). *Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken* (ISBN 97-894-61220-394). Geraadpleegd van <http://www.nivel.nl>

Hendriks, M., Plass, A. M., Heijmans, M., & Rademakers, J. (2013). *Minder zelfmanagementvaardigheden, dus meer zorggebruik? De relatie tussen patiënt activatie van mensen met diabetes en hun zorggebruik, zorgkosten, ervaringen met de zorg en diabetes-gerelateerde klachten* (ISBN 978-94-6122-230-5). Geraadpleegd van <http://www.nivel.nl>

Rademakers, J. (2016, 13 mei). De actieve patiënt als utopie. Geraadpleegd op 17 april 2018, van www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/actieve_patient_utopie.pdf

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), VTV Themaverkenning De zorgvraag van de toekomst VTV-2018: achtergronden en methodologie. (2018). Geraadpleegd op 30 maart 2018, van https://www.rivm.nl/Onderwerpen/V/Volksgezondheid_Toekomst_Verkenning_VTV

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu en het Sociaal en Cultureel Planbureau, Hoeymans, N., & Kooiker, S. (2014, 31 maart). Geraadpleegd op 30 maart 2018, van https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2014/maart/Burgers_en_gezondheid_Themarapport_Volksgezondheid_Toekomst_Verkenning_2014

Literatuur uit boeken

Baart, A., Grypdonck, M., & Prins, C. (Eds.). (2015). *Het denk- en kijkraam van opgaven en responsen: aansluiten bij en afstemmen op de patiënt*. Amsterdam, Nederland: SWP.

Munten, G., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2016). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen Gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming* (4e ed.). Amsterdam, Nederland: Boom

Sassen, B. (2017). *Gezondheidsbevordering en zelfmanagement door verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten* (7e ed.). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Verhoeven, N. (2016). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken* (5e ed.). Amsterdam, Nederland: Boom.

Literatuur verkregen via de sneeuwbal methode

Hendriks, M., & Rademakers, J. (2014). Relationships between patient activation, disease-specific knowledge and health outcomes among people with diabetes; a survey study. *BMC Health Services Research*, 14(393), 2-9. doi:10.1186/1472-6963-14-393

Newham, J., Presseau, J., Heslop-Marshall, K., Russell, S., Ogunbayo, O. J., Netts, P., Kaner, E. (2017). Features of self-management interventions for people with COPD associated with improved health-related quality of life and reduced emergency department visits: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of COPD*, 2017:12, 1705-1720. Geraadpleegd van <http://www.cochrane.org/>

Figuur 1. Zoekboom

1.2 THEORETISCHE BEGRIPPEN

Om inzicht te krijgen waarop gezondheids- en zelfmanagementbevordering wordt vormgegeven bij de drie chronische patiëntengroepen worden begrippen uit de centrale vraagstelling in subparagrafen vanuit de literatuur toegelicht.

1.2.1 CHRONISCH ZIEKEN IN NEDERLAND

Kenmerkend voor een chronische ziekte is dat het bij de huidige gezondheidszorg in Nederland niet (helemaal) te genezen is. Veel chronische ziekten zijn gerelateerd aan een verminderde kwaliteit van leven, maar dat hoeft niet. In hoeverre last van de ziekte wordt ervaren in het dagelijkse leven is afhankelijk van verschillende factoren zoals de aard van de aandoening, leeftijd, woonsituatie en of er sprake is van multimorbiditeit. Multimorbiditeit betekent dat sprake is van een combinatie van chronische ziekten, bijvoorbeeld diabetes mellitus en coronaire hartziekten (Sassen, 2017).

Een chronische ziekte impliceert een grotere zorgconsumptie. Patiënten hebben, in de meeste gevallen, behoefte aan meer bijstand in hun thuissituatie, maar ook in de samenleving. Professionele hulp voor chronisch zieken wordt geleverd door de eerstelijnsgezondheidszorg. De huisarts en de praktijkondersteuner zijn hierbij de belangrijkste sleutelfiguren. Chronisch zieken met matige tot ernstige beperkingen hebben vaker contact met de huisartsenpost. De aard van de aandoening heeft hier geen invloed op. Patiënten met een chronische ziekte en multimorbiditeit zien vaker een specialist in de tweedelijns zorg. In 2008 werden chronisch zieken met multimorbiditeit significant meer opgenomen in het ziekenhuis dan chronisch zieken zonder- of met lichte beperkingen (Heijmans, Spreeuwenberg, & Rijken, 2010)

1.2.2 COPD, DIABETES MELLITUS EN HART- EN VAATZIEKTEN

COPD is een verzamelnaam die chronische longziekten weergeeft zoals: bronchitis, emfyseem en chronische luchtwegobstructie. Het wordt gekenmerkt door dyspnoe, purulent sputum en aanhoudend hoesten als gevolg van een luchtwegontsteking. Het verloop van de ziekte kenmerkt zich in een progressieve achteruitgang. Omdat de ziekte irreversibel is, heeft het een enorme invloed op de kwaliteit van leven. Patiënten met COPD hebben gemiddeld drie acute exacerbaties per jaar. Deze patiënten veroorzaken ongeplande opnames in het ziekenhuis en komen daardoor op de spoedeisende hulp (Newham et al., 2017).

Hoe het lichaam in staat is om te gaan met wisselende concentraties glucose in het bloed is afhankelijk van de glucosetolerantie. Bij een verminderde glucosetolerantie is er sprake van een onbehandelde diabetes mellitus en bij een glucoseintolerantie is er sprake van een behandelende diabetes mellitus. Bij een verminderde glucosetolerantie is een grotere kans aanwezig om diabetes mellitus te krijgen. Het is een chronische stofwisselingsziekte en het risico om het te krijgen neemt toe bij het ouder worden. Overgewicht, specifiek teveel abdominaal vet in combinatie met ongezonde voeding en onvoldoende lichaamsbeweging, hebben een negatieve invloed op de glucosetolerantie. Diabetespatiënten ervaren een lagere kwaliteit van leven naarmate het ziektebeeld ernstiger wordt (Sassen, 2017). Diabetes mellitus is een van de meest voorkomende chronische aandoeningen en een belangrijke oorzaak van morbiditeit, invaliditeit en mortaliteit (Hendriks & Rademakers, 2014).

Hart- en vaatziekten bevatten verschillende aandoeningen zoals hartziekten, beroerte, vaatziekten, hartafwijkingen en hartritmestoornissen. De twee geïncludeerde onderzoeken het systematic review van Labrunée et al. (2012) en het cross sectioneel onderzoek van Albert et al. (2013), richten zich op chronisch hartfalen, coronaire slagaderziekte (CAD) en coronaire hartziekten, myocardinfarct en het acuut coronair syndroom (ACS). Deze chronische patiëntengroep bezoekt frequent de spoedeisende hulp voor decompensatio cordis, ademhalingsmoeilijkheden en pijn op de borst. Het causale verband met deze symptomen zijn discomfort en vermoeidheid. Patiënten melden ook andere klachten zoals geheugenverlies, gebrek aan kennis, het juiste gebruik van medicijnen en het moeilijk vinden om therapietrouw te zijn (Albert et al., 2013).

1.2.3 GEZONDHEIDSACHTERSTAND

Niet iedereen heeft dezelfde gezondheidsvaardigheden om mee te participeren in de maatschappij. De sociaaleconomische status (SES) van mensen is van invloed op de gezondheid. Een lager opleidings-, beroeps- of inkomensniveau heeft een negatieve invloed op de gezondheidstoestand (Sassen, 2017). Mensen met een lage SES score hebben niet alleen lichamelijke aandoeningen maar ook psychische- en sociale problematiek. Regelmatig is bij laagopgeleiden sprake van een combinatie van ongunstige omstandigheden die elkaar versterken. Het is de combinatie van leefstijl en gedrag die zorgen voor gezondheidsverschillen. Roken en alcoholgebruik, een te lage fruit- en groenteconsumptie en het nuttigen van verzadigde vetten gecombineerd met weinig lichamelijke inspanningen resulteren in overgewicht. Daarnaast leiden fysieke omgevingsfactoren zoals arbeids- en woonomstandigheden tot gezondheidsverschillen. Bijkomend zijn er psychosociale factoren die leiden tot stress en het ontbreken van sociale steun. Deze omstandigheden zijn slecht voor de gezondheid en veroorzaken chronische stress. Stress kan leiden tot COPD, hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en depressie. Deze groep chronisch zieken gebruiken de toegang tot de gezondheidszorg minder goed, omdat ze niet weten bij welke gezondheidsproblemen de huisarts ingeschakeld moet worden. De resultaten van geleverde zorg, zoals het geven van preventie en het bevorderen van zelfmanagement, zijn bij chronisch zieken met een lage SES score minder goed in vergelijking met de hoge SES-groep (Sassen, 2017).

1.2.4 GEZONDHEIDSBEVORDERING

In eerste instantie zijn patiënten ziekte-eigenaars van het chronische probleem en daarmee zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid. In de huidige tijd worden chronische ziekten, zoals COPD, diabetes mellitus en hart- en vaatziekte gerelateerd aan leefstijl en gedrag. Dit worden ook wel welvaartsziekten genoemd (Sassen, 2017).

Patiënten weten vaak wel dat een gezondere leefstijl bijdraagt aan een langer en gezond leven. De SES-score van mensen kan van invloed zijn op het weten en het daadwerkelijk uitvoeren van gezonder gedrag. De oorzaak van het chronische probleem is echter multifactorieel. In de meeste gevallen is de oorzaak niet te herleiden naar het individuele gedrag van de patiënt (Sassen, 2017). Het is hierbij van belang dat de verpleegkundige een onbevooroordeelde en empathische beroepshouding heeft die de patiënt aanspoort tot regievoering en eigenaarschap van de chronische ziekte (Van Hooft, Dwarswaard, Van Staa, 2015).

Voor het aansporen tot regievoering en eigenaarschap komt de nadruk te liggen op gezondheidsbevordering. Het doel van gezondheidsbevordering is het bevorderen van gezondheid en het voorkomen van gezondheidsschade door de inzet van verschillende preventieve interventies. Deze interventies zijn gericht op de leefstijl en het gezondheidsgedrag van de patiënt. De centrale vraag die verpleegkundigen moeten stellen is: welke veranderingen zijn nodig om de patiënt te motiveren tot gezonder gedrag? Om ondersteuning te bieden om gezonder gedrag uit te voeren geeft de verpleegkundige gezondheidsvoorlichting. De patiënt leert door de voorlichting de gevolgen van de chronische ziekte te minimaliseren. De patiënt kan door leefstijl- en gedragsaanpassingen vaardigheden ontwikkelen om met de ontstane beperkingen om te gaan en verdere verslechtering hiermee te voorkomen. Het uiteindelijke doel is gericht op het bevorderen van zorgonafhankelijkheid en zelfmanagement (Sassen, 2017).

1.2.5 ZELFMANAGEMENT

Het meebeslissen over de afstemming en de behandeling van zorg is vooral een taak van de patiënt zelf (Heijmans, Spreeuwenberg, & Rijken, 2010). Dit vraagt om een actieve rol die patiënten, met een chronische aandoening, moeten en willen spelen om de ziekte goed in te passen in het dagelijks leven en in medisch opzicht onder controle te houden (RIVM, 2018). Dit noemt men zelfmanagement, wat betekent:

Zodanig omgaan met de chronische aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke, psychische en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven. Zelfmanagement betekent dat de chronisch zieken zelf kunnen kiezen in hoeverre men de regie over het leven in eigen hand wil houden en mede richting wil geven aan hoe de beschikbare zorg wordt ingezet, om een zo optimaal mogelijke kwaliteit van leven te bereiken of te behouden (Van Hooft, Dwarswaard, & Van Staa, 2015).

1.2.6 GEDRAGSINTERVENTIES

Om meer regie over de chronische ziekte te krijgen moet de patiënt zijn gedrag veranderen om met symptomen om te gaan zoals pijn, vermoeidheid en ademnood. De patiënt moet hierbij de voorgeschreven en de vrij verkrijgbare geneesmiddelen innemen. De patiënt moet bijwerkingen rapporteren en de neveneffecten herkennen en melden als het geneesmiddel niet het gewenste effect heeft. Daarnaast wordt van de chronisch zieken verwacht dat ze de gezondheid monitoren zoals het bijhouden van het gewicht, bloedsuikerspiegels meten en hierop gerichte acties inzetten. De patiënt moet omgaan met de negatieve gevoelens die de chronische ziekte met zich meebrengt en moet mee participeren om op sociaal en maatschappelijk vlak er nog bij te horen. Als laatste vraagt de gezondheidszorg aan de patiënt om het zorgbehandelproces zelf te managen (Sassen, 2017).

Interventies om het gedrag te veranderen zijn complex en worden beïnvloed door componenten die elkaar in de hand werken (Newham et al.,2017). Het algemene Chronic Disease Self Management Programm (CDSMP) richt zich op personen met meerdere chronische ziekten en hun naasten. Het is een peergeleid hulpprogramma waarbij een ervaringsdeskundige functioneert als rolmodel. De eigen effectiviteit van de patiënt wordt behaald door middel van doelen. Er wordt gebruik gemaakt van gevalideerde zelfrapportage, vragenlijsten, kwalitatieve focusgroepen en interviews (Haslbeck et al.,2015).

Voor de genoemde chronische patiëntengroepen bestaat voor iedere aandoening een afzonderlijk meetinstrument. Bij het systematic review naar zelfmanagement en COPD (Newham et al., 2017) worden uitkomsten van zelfmanagement interventies gemeten die geassocieerd zijn met verbeterde ervaren kwaliteit van leven (HRQOL) en het verminderen van SEH bezoeken. Er werd gebruik gemaakt van gevalideerde meetinstrumenten zoals de SGRA in combinatie met CRQ, CCQ en SIP-vragenlijsten. SGRA is een meetinstrument dat ontworpen is om de impact van de gehele gezondheid te beoordelen. De zelfmanagement interventies, die mede gericht waren op de geestelijke gezondheid, verbeterden de ervaren kwaliteit van leven en resulteerden in minder SEH bezoeken omdat er aandacht was voor het angst component bij een exacerbatie (Newham et al., 2017).

Bij hart- en vaatziekten werd het therapeutische patiënten educatie programma (TPE) bij coronary artery disease (CAD) en chronic heart failure (CHF) ingezet ter verbetering van het zelfmanagement. De inhoud van TPE gaat over kennis van voeding, fysieke activiteit, stoppen met roken, medicamenten en ziekte-inzicht, het bespreken van seksualiteit en de sociale aanpassing. Een uur voor het ontslag uit het ziekenhuis werd een interventie interview afgenomen met als doel het zelfmanagement te verbeteren. Factoren die tot verbeterd zelfmanagement hebben geleid, waren: communicatie over persoonlijke levensstijl, het overwinnen van belemmeringen en beperkingen en het onderhandelen over het zorgplan. Verder werd het overbruggen van de overgang en de problemen van het ziekenhuis naar de thuissituatie besproken. Er zijn verschillende interventies bestudeerd, maar er zijn geen aanbevelingen voor richtlijnen en methoden om informatie en educatie te standaardiseren (Labrunée et al., 2012).

In de Nederlandse setting is in 2012 een instrument ontwikkeld waarmee kan worden bepaald in welke mate mensen over de juiste 'tools' beschikken voor zelfmanagement in de zorg, zoals zelf gerapporteerde kennis, vaardigheden en het kunnen omgaan met de eigen gezondheid of ziekte. Dit heet de Patiënt Activation Measure (PAM) (Rademakers et al., 2012).

Op basis van de PAM-score kunnen mensen worden ingedeeld in één van vier oplopende niveaus: van meer passieve patiënten die nauwelijks eigen regie ervaren (PAM 1) tot en met actieve patiënten die naar eigen zeggen hun ziekte en zorg goed kunnen en willen managen (PAM 4) (Hendriks, Plass, Heijmans, & Rademakers, 2012).

In het Nederlandse onderzoek is de PAM gekoppeld aan demografische gegevens en declaratie gegevens van patiënten met diabetes mellitus en verzekerd waren bij zorgverzekeraar Achmea. Bij de ervaren kwaliteit van zorg en diabetes gerelateerde klachten had de PAM een significant direct effect op de ervaringen om te communiceren met verschillende hulpverleners (Hendriks et al., 2012).

1.2.7 DE ACUTE ZORG

Door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ, 2013) is een visie opgesteld over de organisatie van acute zorg genaamd 'Acute Zorg, er zit meer aan vast dan u denkt'. Tegenwoordig betreft het merendeel van de acute zorg niet levensbedreigende problemen, bijvoorbeeld een gebroken heup. Deze worden opgevangen en behandeld op de SEH-afdeling. Slechts een klein deel van de acute zorg is levensbedreigend. De overige acute zorg bestaat uit spoedeisende medisch-specialistische basiszorg. Dit vraagt een andere benadering van organiseren, kennis, vaardigheden en attitude maar ook andere manieren om met het ontstane risico om te gaan (NVZ, 2013).

In Nederland heeft de acute zorg in de afgelopen jaren een enorme ontwikkeling doorgemaakt. Voor 1980 bestond de 'eerstehulpafdeling' uit laagcomplexere zorg en kleine ongelukken. Het ging om de eerste beoordeling en de overdracht naar de afdeling waar men dacht dat de patiënt de beste zorg zou ontvangen (Van den Berg, Breuer, Van der Boon, & Van de Lint, 2014). In de marktscan acute zorg (NZA, 2017) worden knelpunten beschreven waar de huidige acute zorg mee te maken heeft. Een knelpunt is overcrowding, wat synoniem is voor overbevolking. "De groeiende druk op de acute zorg heeft vele oorzaken, waarvan er niet één dominant is" (NZA, 2017). Volgens de beroepsvereniging voor de acute zorg (NVSHV, z.d.) zijn de oorzaken van de toename SEH bezoeken divers.

Een toename van de complexiteit van zorgvragen wordt door de website van de beroepsvereniging voor de acute zorg genoemd, met als resultaat meer per ambulance vervoerde patiënten. Vergrijzing van de Nederlandse bevolking en de steeds complexere medische behandelingen, het meer thuis verzorgen van patiënten en het sluiten van de verpleeghuizen leidt tot een hoger aantal bezoeken aan de spoedeisende hulp (NVSHV, z.d.)

1.2.8 DE SPOEDEISENDE HULP VERPLEEGKUNDIGE

Tot 1990 bestond nog geen specialisatie van verpleegkundigen in de spoedeisende zorg. De introductie van het Advanced Trauma Life Support (ATLS) was de trigger om in 1992, door de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp verpleegkundigen (NVSHV), het beroep van SEH-verpleegkundigen verder te gaan professionaliseren. In 2009 heeft de Nederlandse overheid de Breedveld commissie opdracht gegeven om een kwaliteitskwalificatie in te voeren voor de SEH-afdelingen. Deze commissie bepaalde hoe de training en scholing van artsen, werkzaam op de SEH-afdelingen in Nederland, verbeterd konden worden. Dit in tegenstelling tot de SEH-verpleegkundigen die wel goed opgeleid waren om te op een SEH-afdeling te werken (Van den Berg, Breuer, Van der Boon, & Van de Lint, 2014).

In Nederland kan basis verpleegkundig onderwijs worden afgerond in drie niveaus volgens het Nederlands kwalificatieraamwerk (NLQF): niveau vier, vijf en vanaf 2019 een derde niveau: zes. Niveau vier betekent een standaardkwalificatie en niveau vijf en zes hebben een bachelor graad in de verpleegkunde. Een van bovengenoemde niveaus is een toelatingseis voor het volgen van de opleiding tot SEH-verpleegkundige.

De SEH-verpleegkundigen werken samen met SEH-artsen en artsen niet in opleiding tot specialist (ANIOS), in een hecht team. Er is een duidelijke taak- en verantwoordelijkhedenverdeling. De SEH-arts diagnosticeert en schrijft de therapie voor. De SEH-verpleegkundige neemt de anamnese af en is verantwoordelijk voor de praktische uitvoer van het protocol, zoals het afnemen van veneus en arterieel bloed en het inbrengen van intraveneuze infusen. Aanvullende onderzoeken en behandelingen volgens richtlijnen en protocollen vinden tevens plaats op de spoedeisende hulp (Van den Berg et al., 2014).

1.2.9 IMPACT VAN SEH BEZOEK

Er is nog weinig bekend over de reden waarom patiënten met een chronische ziekte de SEH bezoeken. Uit een kwalitatieve studie met semigestructureerde interviews (Rising, Hudgins, Reigle, Hollander & Carr, 2016) onder patiënten (N=40) die lijden aan diabetes mellitus en hart- en vaatziekten kwam naar voren dat patiënten zorg zoeken op het moment dat zij dit nodig vinden. De meest voorkomende reden om de SEH te bezoeken was angst (N=14) gerelateerd aan onzekerheid over de betekenis van hun symptomen. Patiënten zijn op zoek naar een definitieve diagnose en regelmatig worden de negatieve testresultaten eerder teleurstellend dan geruststellend ervaren. Juist de hoeveelheid aan scans, echo's en bloedtesten gaf een verergering van angst en onzekerheid omdat na zoveel onderzoeken nog steeds geen diagnose gesteld kon worden die een verklaring gaf voor hun symptomen. Patiënten hebben daardoor meer behoefte aan follow-up en vragen om meer therapeutische interventies (Rising et al., 2016).

In een Nederlandse studie is een kwalitatief veldonderzoek naar patiënten op de SEH gerealiseerd (Olthuis et al., 2014). Er werd met behulp van een kwalitatieve taxonomie vijf items onderzocht, namelijk: angst, verwachtingen, zorgverlening, uithoudingsvermogen en erkenning. Het doel van de studie was om op de langere termijn bij te dragen aan de interpersoonlijke vaardigheden van SEH-personeel. Patiënten (N=55) gaven aan zorgen te hebben over de behandeling op de SEH en over de eventuele ziekenhuisopname. Een bezoek aan de SEH betekent voor de patiënt een cultuur die niet als vanzelfsprekend wordt ervaren. De manier van werken, het wachten, de vele SEH-zorgprofessionals en hun hiërarchie, de ongebruikelijke vragen en omgeving kunnen snel tot bezorgdheid leiden. Ook het herhaaldelijk vertellen van wat er gebeurd is wordt als een grote opgave door de patiënt en diens naaste ervaren. "Het laat zien dat een SEH-bezoek veel meer met zich mee brengt dan goed gestructureerde diagnostiek en therapie aangevuld met een overdracht van informatie naar patiënten" (Olthuis et al., 2014).

SAMENVATTING

In Nederland wordt een toename van chronisch zieken met multimorbiditeit verwacht. Deze categorie patiënten en hun sociale netwerk zijn vaak niet voorbereid op de impact die de ziekte op hun dagelijks leven uitoefent. Dit impliceert dat chronisch zieken vaker gebruik maken van de gezondheidszorg omdat zij moeite hebben om zich aan te passen aan de wisselende omstandigheden. Bij chronisch zieken is er sprake van heropnames in het ziekenhuis. Door transitie in de zorg wordt de focus op gezondheid gelegd in plaats van de ziekte. Het zorglandschap van de chronisch zieke patiëntengroepen in Nederland is versnipperd over de eerste- en tweedelijnszorg. Chronisch zieken met multimorbiditeit bezoeken vaker de SEH en worden regelmatig ontslagen vanaf de SEH zonder een verklaring van hun symptomen. Zij ervaren angst en onzekerheid. In de huidige SEH-praktijk is het zorgaanbod leidend en niet de zorgvraag van de patiënt. SEH-verpleegkundigen kunnen aan drie chronisch patiëntengroepen: COPD, hart- en vaatziekten en diabetes mellitus, gezondheids- en zelfmanagementbevordering geven om hun gezondheidssituatie te optimaliseren. Dit leidt tot betere gezondheidssuitkomsten zoals het reduceren van angst en meer regie over de ziekte met als gevolg een reductie in de SEH bezoeken. Het positieve effect voor de chronisch zieken is meer zorgonafhankelijkheid. Het vraagt een actieve rol van de patiënt en niet iedereen heeft dezelfde gezondheidsvaardigheden. In de functie van SEH-verpleegkundigen worden geen competenties beschreven die nodig zijn om gezondheids- en zelfmanagementbevordering aan chronisch zieke patiëntengroepen te geven. Het eist een andere benadering van organiseren, maar wat deze manier moet zijn en wat gevraagd wordt van SEH-professionals wordt in de huidige literatuur niet omschreven.

2. METHODEN

In dit hoofdstuk methoden is beschreven op welke manier het onderzoek uitgevoerd werd. Het gaat over de aard van het onderzoekstype, het onderzoeksontwerp en de onderzoekspopulatie. Vervolgens is beschreven op welke wijze de gegevensverzameling en –analyse tot stand is gekomen. De kwaliteit van het onderzoek is inzichtelijk gemaakt door de betrouwbaarheid en de validiteit te beschrijven. Tenslotte zijn de juridische en ethische aspecten toegelicht.

2.1 ONDERZOEKSTYPE EN ONDERZOEKSONTWERP

Dit onderzoek had als beoogd doel om inzicht te krijgen in de wijze waarop SEH-verpleegkundigen invulling geven aan gezondheids- en zelfmanagementbevordering. De hoofdvraag is beantwoord met behulp van de casestudie methode. Bij een casestudie is sprake van een onderzoeksdesign, omdat het gebruik maakt van meerdere methodes die met elkaar gecombineerd worden (Verhoeven, 2016). Een casestudie is een goede manier om de complexe en sociale werkelijkheid te beschrijven, omdat het een gedetailleerde bestudering van slechts één case is (Verhoeven, 2016).

De onderzoeker was geïnteresseerd in de complexe samenhang van verschillende factoren die op elkaar van invloed waren, daarom werd gekozen voor een praktijkgerichte kwalitatieve methode (Doorewaard et al., 2016). De manier waarop gezondheids- en zelfmanagementbevordering wordt gegeven aan chronisch zieke wordt gevormd door interactie; elke situatie is daarmee anders. Het voordeel van een kwalitatief onderzoek is dat het open en flexibel is en het de mogelijkheid geeft om nuances op het spoor te komen.

Kwalitatief onderzoek is een geschikte methode om onderzoek te doen naar het uiteenrafelen van het ‘wat, hoe en waarom.’ Om een zo goed mogelijk antwoord te krijgen op het ‘wat en hoe’ is binnen deze casestudie een observatie door de onderzoeker in het veld gedaan. De onderzoeker heeft zelf deelgenomen aan de beroepspraktijk van de SEH-verpleegkundigen en heeft tegelijkertijd gegevens geobserveerd. Vervolgens werden interviews afgenomen om hetgeen wat waargenomen was te verklaren en antwoord te kunnen geven op het ‘waarom’ (Verhoeven, 2016). In deze casestudiemethode is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. Er was sprake van triangulatie omdat de centrale vraagstelling vanuit diverse invalshoeken beantwoord werd. De volgende methoden zijn hierbij ingezet:

- Participerende- en een zintuigenobservatie
- Semigestructureerde interviews, verklarend onderzoek.

2.2 ONDERZOEKSPOPULATIE

Voorafgaand is een vooronderzoek gedaan door middel van een literatuuronderzoek: het theoretisch kader. Het veld is hiermee onderzocht en het onderwerp of SEH-verpleegkundigen bekend zijn met het geven van gezondheids- en zelfmanagementbevordering bij chronisch zieke patiëntengroepen is daarmee afgebakend. Om antwoord te krijgen op de praktijkvragen werd gebruik gemaakt van een kleine groep experts. Dit waren SEH-verpleegkundigen die aan de inclusiecriteria voldeden. De SEH-verpleegkundigen zijn ‘at random’ gekozen. Er zijn zeven interviews afgenomen, waarvan vier gediplomeerd SEH-verpleegkundigen en drie leerling SEH-verpleegkundigen. Na het afnemen van de zeven interviews werd een saturatie (verzadiging) in de antwoorden bereikt (Verhoeven, 2016).

2.3 TIJD EN PLAATS

Dit onderzoek vond plaats op de spoedeisende hulp afdeling (SEH) van het ADRZ in Goes in de periode augustus 2018 tot en met november 2018. De genoemde chronisch zieke patiëntengroepen waren dagelijks onderdeel van de bezoekerspopulatie van de SEH en participeerden mee in de interactie die plaatsvond tussen hen zelf en de SEH-verpleegkundige. Aan de hand van de opgestelde inclusiecriteria zijn de gediplomeerd SEH- en leerling-verpleegkundigen geselecteerd die deelgenomen hebben aan deze casestudie.

- De gediplomeerd SEH-verpleegkundige waren in vaste dienst van het ADRZ en werkzaam op de SEH;
- De leerling-verpleegkundigen waren in de tweede leerperiode van de SEH-opleiding en mochten zelfstandig de genoemde niet levensbedreigende chronisch zieke patiëntengroepen opvangen;
- Zowel de gediplomeerd SEH-verpleegkundige als de leerling-SEH-verpleegkundige hadden een afgeronde mbo-niveau vier of hbo-niveau vijf achtergrond.

2.4 MEETINSTRUMENT EN OPERATIONALISATIE

Uit de literatuur is gebleken dat het geven van gezondheids- en zelfmanagementbevordering leidt tot angstreductie en meer regie over de chronische ziekte (Heijmans et al., 2015). Het positieve effect wat uiteindelijk hiermee bereikt wordt, is meer zorgonafhankelijkheid voor de drie genoemde chronische patiëntengroepen. Om een systematiek aan te brengen in de observaties en de interviews is gewerkt met items uit een gevalideerde vragenlijst, de zogenaamde Z-scan-Zelfdiagnose Zelfmanagement-ondersteuning Zorgprofessional (Zwier, 2012). Het oorspronkelijke doel van dit zelfdiagnose instrument (Z-scan) was het geven van handvatten om zelfmanagementondersteuning in de eigen praktijksituatie te verbeteren (Zwier, 2012).

De Z-scan is een gestandaardiseerde vragenlijst en werd ingezet als kwantitatief onderzoek (Mw. A. Joosen, persoonlijke communicatie, 25 juni 2018). Om in een kwalitatief onderzoek systeemanalyse aan te brengen werden de vragen van de Z-scan omgezet naar waarnemingsvragen, zodat elk onderdeel van het begrip uitgelegd werd (Verhoeven, 2016). De Z-scan bestond uit zeven thema's en werd opgebouwd uit twee delen. De eerste vier thema's gingen over de mening of visie op zelfmanagement van de SEH-verpleegkundige zelf. Er werd gevraagd naar visie en attitude, kennisoverdracht, coaching, wegwijzen en voorzieningen. Het tweede gedeelte ging over onderwerpen die iets te zeggen hebben over de ondersteuning in het uitvoeren van zelfmanagement in de eigen beroepspraktijk. Onderwerpen die aan bod kwamen waren: beleid en organisatie, zelfmanagement in consult, omgevingsfactoren en randvoorwaarden om zelfmanagement uit te voeren (Zwier, 2012).

Vanuit de bovengenoemde hoofdonderwerpen zijn dimensies afgeleid uit de zeven thema's uit de Z-scan. De dimensies gaven een afbakening aan het onderzoek. Deze zijn verder uiteengehaald, ook wel *operationaliseren* genoemd, in steeds concretere topics (onderwerpen) en indicatoren. Het aantal topics per dimensie was afhankelijk van twee criteria: focus en haalbaarheid (Doorewaard, Kil, & Van de Ven, 2016). Een indicator is een concrete omschrijving uit het *theoretisch kader* die een aanwijzing heeft gegeven aan de betreffende topic. Als laatste werden interviewvragen geformuleerd zodat de onderzoeker zich beter op het interview heeft kunnen voorbereiden. De schematische uitwerking van de onderwerpen, dimensies, indicatoren, topics, literatuurverwijzingen en interviewvragen zijn te vinden in bijlage 1.

2.5 DATAVERZAMELING

In de kwalitatieve tradities wordt gebruik gemaakt van observaties. Observeren betekent het systematisch en doelgericht waarnemen, door middel van de zintuigen van de onderzoeker, registreren van gedragingen, gebeurtenissen en interacties (Dr. K. Manley, persoonlijke communicatie, 11 april 2018). De onderzoeker heeft de wijze waarop gezondheids- en zelfmanagementbevordering werd gegeven geobserveerd. Het was een verholde, participerende observatie. Twee observaties zijn uitgevoerd. De observatie-eisen werden als volgt geformuleerd (Munten et al., 2016):

- Er was een duidelijk verband tussen SEH-en leerling-verpleegkundigen en de drie genoemde patiëntengroepen op de spoedeisendehulp;
- De focus van de observatie lag op de interactie tussen SEH- en/of de leerling-verpleegkundige en de drie genoemde patiëntengroepen;
- De informatie is traceerbaar door de observaties uitgebreid te beschrijven;
- Er is toestemming om de observaties te gebruiken en ernaar te verwijzen.

Omdat weinig literatuur was te vinden over de centrale vraagstelling werd ook informatie verkregen door middel van diepte-interviews. Een diepte-interview is geen mondeling enquête maar het is een goed gesprek tussen twee geïnteresseerde personen (Doorewaard, Kil, & Van de Ven, 2016). De persoonlijke interviews zijn semigestructureerd verlopen aan de hand van een opgestelde topicslijst. Voordat de interviews werden afgenomen werd gestart met een grondige voorbereiding.

De topicslijst werd gebruikt als leidraad bij het interview. In het diepte-interview werden de woorden van de geïnterviewde gebruikt om de mening over een topic aan te geven. Het interview werd opgebouwd met een begin, een midden (de kern) en een einde. Voordat het interview begon werden de vragen ingeleid door de onderzoeker zelf. Op deze manier werd nagegaan of de topics bekend en relevant waren voor de geïnterviewde (Verhoeven, 2016).

De topics zijn bewust afgeleid uit de theorie 'gezondheidsbevordering en zelfmanagement' van Dr. B. Sassen (2017). Zij beoogt in haar theorie dat preventie en curatie steeds meer vanuit de zorg moet worden aangeboden (Sassen, 2017). De theorie van Dr. Sassen is ontwikkeld vanuit de Nederlandse situatie en sluit nauw aan bij de huidige praktijk van de onderzoeker. De indicatoren bestonden uit fragmenten die overgenomen zijn uit de bestudeerde literatuur over 'gezondheidsbevordering en zelfmanagement' beschreven door Dr. B. Sassen (2017).

2.6 DATAVERWERKING

De informatie uit de observaties werd op systematische wijze vergeleken met de informatie die uit de interviews kwam. Er werden passages geordend, bewerkt en samengevat. De interviews zijn weergegeven met de naam van de geïnterviewde samen met de functie, taak en plaats waar het is afgenomen. De geïnterviewden hebben een informed consent getekend voor het gebruiken van de informatie en het openbaar maken van de naam en de functie. De interviews zijn met toestemming van de geïnterviewden, opgenomen en daarna getranscribeerd. Na het afronden van de scriptie heeft de onderzoeker de audiobestanden van de interviews gewist.

2.7 DATA-ANALYSE

Na het verzamelen van data kwam de fase van analyseren. De observaties werden met behulp van trefwoorden genoteerd. Vervolgens werd aangegeven om welke topic het ging. Deze korte notities werden later uitgeschreven, vervolgens geordend en bewerkt.

De interviews werden opgenomen en getranscribeerd. Naderhand werden de interviews uitgewerkt volgens het kwalitatief stappenplan van Verhoeven (2016). Per stap werd een analyse gemaakt. In stap één werden de interviewverslagen nogmaals goed doorgelezen. De gegevens werden verdeeld in kleine fragmenten, die vervolgens weer in één woord zijn samengevat. Dit werd het uiteenrafelen genoemd. In stap twee werden de gebruikte termen geëvalueerd. De onderzoeker interpreteerde welke waarde de geïnterviewden aan de gebruikte termen hadden gegeven. De waarden hadden een positieve- of een negatieve toonzetting. Stap drie ging verder met de geselecteerde fragmenten. Deze werden gecodeerd. Met andere woorden: met welke term uit de Z-scan kon het fragment het beste weergegeven worden. Vervolgens werden de termen in stap vier gegroepeerd, dit was de eerste ordening van het geheel. Naderhand bracht de onderzoeker in stap vijf een hiërarchie aan: wat was de belangrijkste code en welke volgde erna. In stap zes werd gezocht naar verbanden tussen de begrippen, naar associaties en combinaties. Laatstgenoemden bestonden uit codes die bij elkaar horen en de onderzoeker heeft gekeken op welke manier de codes geordend konden worden in hoofd- en subgroepen. Vervolgens werd in stap zeven structuur gebracht in de begrippen. Er werd gezocht naar relaties tussen de begrippen. De relaties beantwoorden de vraag waarom volgordes van begrippen waren aangetroffen. Het werd samengebracht in een model. Als laatste is in stap acht het model in verband gebracht met de centrale vraagstelling: kon antwoord worden gegeven op de centrale vraag of waren nog aanvullende vragen nodig? Toen bleek dat nog informatie gemist werd, is de onderzoeker gestart met opnieuw gegevens te verzamelen

2.8 BETROUWBAARHEID

Betrouwbaarheid blijft bij het kwalitatief onderzoek een zwak punt. Om het effect van multi-interpreteerbaarheid zo klein mogelijk te houden, werd gebruik gemaakt van het 'vier ogen'-principe. Belangrijke beslissingen werden bij de voorbereiding van het onderzoek, tijdens de gegevensverzameling en –analyse, steeds overlegd met een expert van de SEH-afdeling van het ADRZ. Ook medestudenten hebben door middel van peerfeedback waardevolle op- en aanmerkingen gegeven.

Na afloop van het afnemen van een interview heeft de onderzoeker het gesprek samengevat. De geïnterviewden hadden de mogelijkheid het interview ter plekke nog aan te vullen of te verbeteren. Nadat de interviews waren uitgewerkt, werd het getranscribeerde interview nogmaals voorgelegd aan de geïnterviewde. Dit wordt ook wel een membercheck genoemd. Bij de interviews is gebruik gemaakt van opnameapparatuur. Tijdens dit onderzoek zijn deze bestanden bewaard gebleven voor een eventuele heranalyse (Verhoeven, 2016). Na het afronden van het onderzoek zijn de bestanden gewist.

De betrouwbaarheid werd verhoogd door gebruik te maken van triangulatie van bronnen. Door gebruik te maken van verschillende theoretische bronnen kreeg de onderzoeker toegang tot goede informatie (Doorewaard, Kil, & Van de Ven, 2016). Zowel in de methode als in de analyse werd gebruik gemaakt van een getrianguleerde opzet (Verhoeven, 2016). Voor dit onderzoek werden twee onderzoeksmethoden gebruikt: het observatieonderzoek en het afnemen van interviews. Om een zekere afstand tot het onderwerp te bewaren is gewerkt, zowel bij het observatieonderzoek als bij het afnemen van de interviews, met een topiclijst die afgeleid was uit het theoretisch kader (Verhoeven, 2016).

2.9 VALIDITEIT

Onder validiteit van het onderzoek werd verstaan in hoeverre de gevolgde werkwijze en technieken van de gegevensverzameling en de gegevensanalyse de onderzoeker in staat stelde om juiste uitspraken te doen. Er werd onderscheid gemaakt tussen de interne en externe validiteit van het onderzoek. Als laatste is de begripsvaliditeit toegelicht.

2.9.1 INTERNE VALIDITEIT

Tijdens het schrijven van het onderzoek zijn er drie momenten geweest om de interne validiteit te verhogen (Verhoeven, 2016). Het eerste moment was het kiezen van verscheidene bronnen. De bepaling van de dimensies en de indicatoren, waarop de topics geïndiceerd zijn, werden afgeleid uit een gevalideerde vragenlijst van het Centraal BegeleidingsOrgaan (CBO). Dit is een Nederlands kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg. Het tweede moment waarop het oordeel van de onderzoeker is gespiegeld, was het feedback van een andere expert. Als laatste zijn de registratie van de methodologische stappen verwerkt in een logboek. Er heeft een proefinterview plaats gevonden om vertrouwd te raken met de gesprekstechniek en vervolgens werd gecontroleerd of de volgorde van de onderwerpen juist waren. Na afname en het transcriberen van het proefinterview is geen verandering aangebracht in de volgorde van de interviewvragen. Verder bevatte het proefinterview nuttige informatie die antwoord gaven op de centrale onderzoeksvraag (Verhoeven, 2016).

2.9.2 EXTERNE VALIDITEIT

De vraag bij externe validiteit gaat over in welke mate de uitkomsten die worden gevonden in het ADRZ ook geldig zijn voor andere spoedeisende hulp afdelingen. Ondanks dat de onderzoeker haar uiterste best heeft gedaan om de complexiteit van het geven van gezondheids- en zelfmanagement bevordering helder in beeld te brengen, bleef de externe validiteit klein.

2.9.3 BEGRIPSVALIDITEIT

De vraag bij begripsvaliditeit gaat over of gemeten is wat de onderzoeker meten wilde (Verhoeven, 2016). In dit onderzoek stond de belevingswereld van de SEH-verpleegkundigen centraal en niet het te meten instrument. De geïnterviewde kon in een gesprek een bepaald antwoord geven wat maatschappelijk aanvaard is, maar niet past bij het motief van de geïnterviewde. De onderzoeker heeft door moeten vragen om achter de motieven van het antwoord te komen (Verhoeven, 2016).

2.10 JURIDISCHE EN ETHISCHE ASPECTEN

Bij het indienen van het onderwerp is door de docent van de opleiding toestemming gevraagd aan het opleidingsteam van het ADRZ. Zij hebben het onderwerp goedgekeurd. Er zijn geen patiëntengegevens voor dit onderzoek gebruikt. Het managementteam van de acute zorg in het ADRZ was gecontracteerd over het voornemen om een kwalitatief onderzoek te gaan doen onder SEH-verpleegkundigen. De geïnterviewden hebben na de membercheck een informed consent getekend.

3. RESULTATEN

De resultaten van de observaties en interviews zullen hieronder worden beschreven. Dit wordt weergegeven aan de hand van de opbouw van de Z-scan (Zwier, 2012). Dit is een zelfdiagnose instrument dat gebruikt kan worden om zelfmanagementondersteuning in de eigen praktijk te verbeteren. Allereerst wordt beschreven hoe de resultaten zijn verkregen. Daarna volgt een beschrijving van de persoonskenmerken van de respondenten. Vervolgens worden de resultaten beschreven. Deze zijn onderverdeeld in twee delen, namelijk onderdeel A en B.

3.1 OBSERVATIES EN INTERVIEWS

Voor dit onderzoek zijn twee observaties uitgevoerd en zeven semigestructureerde interviews afgenomen. De onverhulde observaties zijn in het veld van de SEH uitgevoerd. In de eerste observatie participeerde de onderzoeker mee met de activiteiten van de SEH-verpleegkundigen (bijlage 3). De tweede observatie betreft een zintuigelijke observatie. In totaal zijn zeven semigestructureerde interviews afgenomen. Het proefinterview is genummerd als p.1. De resultaten van de andere zes interviews zijn weergegeven in de nummering van afname en worden weergegeven met i.1 tot en met i.6. De telling van deze interviews beginnen na het proefinterview. De lengte van de interviews varieerden van 45 minuten tot 74 minuten. Alle interviews zijn, met schriftelijke toestemming van de respondenten, opgenomen op audio en volledig getranscribeerd. Vervolgens hebben de respondenten hun eigen interview gecontroleerd op waarheid.

3.2 PERSOONSKENMERKEN RESPONDENTEN

In tabel 2 worden de persoonskenmerken weergegeven. Eén van deze respondenten heeft een leidinggevende functie op de SEH.

Tabel 2

Persoonskenmerken respondenten

Persoonskenmerken		Totaal
Leeftijd in jaren	20-30	1
	31-41	3
	42-52	3
Behaald diploma	MBO	2
	HBO	5
In bezit van SEH-diploma		4
In opleiding tot SEH-verpleegkundige		3
Aantal dienstjaren	0-10	1
	11-21	1
	22-32	5

3.3 ONDERDEEL A

In onderdeel A worden de resultaten weergegeven over hoeveel aandacht de SEH- en de leerling-verpleegkundigen op dit moment besteden aan het stimuleren of verbeteren van zelfmanagement- en gezondheidsbevordering aan COPD'ers, diabeten en patiënten die lijden aan hart- en vaatziekten.

VISIE EN ATTITUDE

In visie en attitude is gevraagd hoe de geïnterviewden zorg bieden die past bij de chronische patiënt. Alle geïnterviewden geven aan gericht te zijn op de acute klacht van de patiënt. Alle geïnterviewden zeggen snelle zorg te willen leveren en zoomen daarbij in wat op dat moment het urgente probleem van de patiënt op de SEH is. Op de vraag hoe de SEH-verpleegkundige zorg biedt, die de patiënt verder kan helpen te leven met zijn chronische ziekte, antwoordt geïnterviewde twee het volgende: "Iemand komt met kortademigheid en dan focussen we op de kortademigheid" (i.2). Eén geïnterviewde (i.5) vindt het wel haar taak om in gesprek te gaan met de patiënt en vragen te stellen. Zij vraagt aan de patiënt: "Wat is nu de klacht en waar komt het uit voort?" Geïnterviewde zes vraagt de patiënt heel gericht waar die last van heeft zodat ze meer te weten kan komen voor verder onderzoek. Allen geven aan dat ze de onderliggende chronische ziekte, die gerelateerd is aan de klacht, minder urgent vinden.

Voor de zeven geïnterviewden staat de klacht centraal. Het verdiepen hoe de patiënt omgaat met zijn of haar zorgprobleem kost te veel tijd, die op de SEH schaars aanwezig is. "Het is inherent aan de SEH dat het allemaal snelle zorg is en vaak heb je ook al een vooroordeel bij de chronisch zieke patiënten" (i.4.). Bij het afnemen van de anamnese en het centraal stellen van de zorgvraag blijven de geïnterviewden aangeven dat het acute probleem, de hoofdklacht en het daaropvolgend protocollair handelen centraal staat. Een vaak gehoorde klacht van de chronisch zieke is 'het gaat niet meer' wat een geïnterviewde interpreteert "als de druppel die de emmer doet overlopen" (i.4). Door geïnterviewde drie wordt weleens getwijfeld aan de klacht. Zij verwoordt het op deze manier:

Nou ja, wat mij opvalt is dat mensen dan komen met: 'Het gaat echt niet meer'. Dat je dan denkt wat gaat er dan precies niet meer? Want ze kunnen nog best, ze lopen nog mee met je vanuit de wachtkamer. Gaat het dan echt niet meer thuis?

Een geïnterviewde (i.5) heeft de wens om te weten hoe de huidige klacht ontstaan is en wil daar de tijd voor nemen om door te vragen. Ze vraagt door over de voorgeschiedenis, noteert angstgevoelens en signaleert weleens therapieontrouw. Alle geïnterviewden voelen zich belemmert om een degelijke anamnese af te nemen. De oorzaken zijn divers. De leerling SEH-verpleegkundigen (p.1, i.1, i.5) geven aan dat het de 'cultuur' van de SEH is om geen uitgebreide anamnese af te mogen nemen. De geïnterviewden (i.1, i.5) zijn door gediplomeerde collega's tijdens hun opleidingsperiode aangesproken dat een anamnese op de SEH niet te lang mag duren.

Cultuur, dat je zeker in het begin dat ik weleens van collega's heb gehoord van: 'Nou wat doe je daar dan nog steeds bij de patiënt'. Dat ik wel eens een praatje aan het maken was, niet per se omdat dan uit te vragen. Maar wel dat het een begin zou kunnen zijn voor zo'n gesprek dat dat toch niet altijd gewaardeerd wordt. In het begin ben je daar gevoelig voor als leerling (i.5).

Een andere belemmering om een degelijke anamnese af te nemen is de samenwerking met de arts. De SEH-verpleegkundige (i.4) geeft aan dat in haar anamnese wordt gevraagd hoe het gegaan is in de afgelopen week, maar geeft ze aan:

Ik ben wel altijd dat ik verder wil gaan, maar wat ik lastig vind op de SEH is dat je een patiënt komt binnen met een zorgvraag. Wij als verpleegkundigen zijn daar vaak toch als eerste bij. En je wil eigenlijk een beetje tot de kern komen maar er moet ook nog allerlei andere dingen gebeuren (i.4).

Verder zegt ze: “En dan weet je straks komt de ANIOS, de SEH- arts die gaat precies hetzelfde vragen” (i.4). Geïnterviewde drie wil juist voorkomen dat de verpleegkundigen uitgebreid aan bed zitten. “Als de arts daarna een anamnese doet dat de patiënt niet drie keer verhaal moet doen.” Volgens geïnterviewde drie heeft dit wel een gevolg: “dit zorgt ervoor dat je je niet erg verdiept in je patiënt”. In het proefinterview wordt de ervaring beschreven hetgeen dat door de verpleegkundige gevraagd wordt ook door de dokter gevraagd wordt. “We doen vaak hetzelfde” (p.1). De gediplomeerde SEH-verpleegkundige willen de patiënt niet belasten met het meerder keren moeten vertellen van hun verhaal. De artsen nemen ook een anamnese af, maar op een ander tijdstip dan de SEH-verpleegkundige. Dit wordt bevestigd in de eerste observatie.

Geïnterviewde één geeft aan dat de medische behandeling altijd voor gaat. Daarmee worden de handelingen bedoeld zoals bloedprikken, thoraxfoto laten maken en een elektrocardiogram (ecg) draaien. Hierover zegt geïnterviewde vier: “en je wil eigenlijk tot de kern komen maar er moet ook nog allerlei andere dingen gebeuren”. “Hierdoor wordt niet verder in gegaan op het gezondheidsprobleem”, zegt een van de geïnterviewden. Soms moeten zij gesprekken daardoor “afkappen” (i.4) en wordt het “een vluchtig geheel” (i.6). Het gevolg hiervan is dat belangrijke informatie gemist wordt (i.6).

Tijdsdruk is een component dat steeds door de geïnterviewden wordt herhaald. De tijdsdruk is uitgedrukt in twee uur behandeltime die volgens een geïnterviewde voor een SEH-consult staat (i.6). Tijdsdruk wordt door geïnterviewde vijf omschreven als “dat ze niet denkt: o, nu is die twee al voorbij maar de tijd kan wel een druk geven. Het is heel druk, heel druk de wachtkamer zit vol, dan kun je niet rustig en een diepgaand gesprek voeren”. In de eerste observatie worden snelopende SEH-verpleegkundigen geobserveerd. In de tweede observatie wordt een lange aanmeldlijst gezien van verwachte patiënten en wordt gezien dat de wachtkamer op de SEH vol zit.

Om een vertrouwensrelatie op te bouwen is meer tijd nodig. “Daar zijn wel mogelijkheden voor maar ik betrap mijzelf erop dat daar helemaal niet de focus op ligt” (i.2). Als oorzaak wordt de crowding en de hoge turnover van patiënten aangegeven (i.2). Een verpleegkundig consult op de SEH begint met het geven van een hand (i.2). De SEH-verpleegkundigen geven aan haast te hebben en erkennen dat de patiënt dit aanvoelt (i.6). Tijdens het handelen, het uitvoeren van de geprotocolleerde taken, wordt gepraat met de patiënt (i.3). De patiënt geeft zich als het ware “over” aan de SEH-verpleegkundige (i.4). Geïnterviewde zes geeft aan dat ze op rustige momenten wel probeert om tijd te nemen voor de patiënt door “even te gaan zitten” en “rust uit te stralen”. “Nu ben ik hier” denkt deze SEH-verpleegkundige dan (i.6).

Bij zelfmanagement hoort de patiënt te kunnen kiezen uit de beschikbare zorg. Op de SEH is volgens alle geïnterviewden weinig te kiezen. De SEH-verpleegkundigen bieden de beschikbare zorg op basis van triage en differentiëren niet in één van de chronische ziekten (P.1, i.4, i.6). “Het is dezelfde mal voor iedere patiënt” (i.4) en vervolgens staat opnieuw de medische klacht centraal (i.2). De geïnterviewden staan open voor ideeën van de patiënt en geven aan dat de patiënt recht heeft om te kiezen uit de beschikbare zorg. Het is immers “het lijf en de ziekte van de patiënt zelf” geeft geïnterviewde vier aan. Toch is het niet mogelijk om te kiezen uit de beschikbare zorg, omdat de klacht van de patiënt medisch geduid wordt (p.1, i.1).

Opnieuw komt de samenwerking met de arts op de SEH ter sprake. Het zorgaanbod wordt bepaald door de arts. Op de vraag of de zorgvraag van de patiënt centraal staat, antwoordt geïnterviewde p.1 het volgende: “Dat probeer ik wel maar dat is heel afhankelijk van de dokter ik te maken heb. Als ik een dokter heb die erg protocollair handelt en aan de hele veilige kant gaat zitten, dan moet ik toch doen wat die dokter mij vraagt”. Geïnterviewde één geeft aan dat de zorgvraag het belangrijkste is. “Als je niet weet wat een patiënt graag zou willen wat het hier brengt en wat eigenlijk het probleem ontwikkeld, kan je het medische op dit moment oplossen maar komt het binnen week bij wijze van terug”.

Twee SEH-verpleegkundige leggen af en toe aan de arts uit waarom geen bloed geprikt of geen thoraxfoto gemaakt moet worden (p.1, i.1). De meeste zorg wordt gegeven op basis waarop de arts zijn beslissing kan maken. Geïnterviewde zes denkt dat “we eigenlijk al heel snel naar praktische handelingen gaan en zeggen: “Ja, maar we moeten bloed afnemen want dan weten we welke getalletjes eraan zitten”. In de eerste observatie wordt dit beeld bevestigd: de SEH-verpleegkundige gaat snel praktisch handelen.

Op de vraag of de patiënt bij de SEH-verpleegkundigen zelf kan kiezen uit beschikbare zorg geven de geïnterviewden aan dat zij, net als de arts, bepalen wat goed voor de patiënt is. Vaak wordt voorbijgegaan aan de wens van de patiënt. “De patiënt raakt zijn autonomie kwijt”(i.4). Het wordt “raar” gevonden wanneer een patiënt zorg weigert (i.6). Als de patiënt zelf iets wil dan werkt dat volgens de geïnterviewde vaak “averechts” (i.6). Op de vraag of de SEH-verpleegkundigen zorg bieden die past bij de cultuur, waarden en opvattingen van de patiënt antwoorden zij dat de zorg gegeven wordt die past bij de SEH. Geïnterviewde vijf geeft aan dat het afhankelijk is van wie er aan het bed van de patiënt staat. Geïnterviewde zes denkt dat zorg bieden die past bij de patiënt dat daar vaak aan voorbij wordt gegaan, tenzij een patiënte specifiek zegt dat ze niet door een man geholpen wil worden.

KENNISOVERDRACHT

Bij kennisoverdracht is gevraagd naar de wijze waarop de SEH-verpleegkundigen kennis van de chronische ziekte overdragen aan de patiënt. Het monitoren van symptomen wordt door de SEH-verpleegkundigen niet structureel aangeleerd. Zij geven aan gericht te zijn op de acute klacht van de patiënt en door tijdsdruk hier geen aandacht aan te geven. Geïnterviewde p.1 gaat hierover het gesprek aan “Als ik de tijd heb en het rustig is”. Dan wordt gevraagd: “Hoe doet u dat dan?” en “Waar gaat het bij uw ziekte om en hoe heeft u daar zelfcontrole over?” Geïnterviewde vijf en zes geven aan dat ze het zo nu en dan navragen, maar niet bij alle chronisch zieken.

De genoemde voorbeelden van de geïnterviewden hebben een relatie met de cardiologische patiënt. Men doet navraag of de patiënt die lijdt aan een ritmestoornis extra voorgeschreven ad hoc medicatie heeft ingenomen. Sommigen delen kennis omtrent de ritmestoornis. en geven daarbij uitleg over de bijwerkingen van cardiale medicatie (i.2). De patiënt wordt gestimuleerd om, vooral bij pijn op de borst,

de ad hoc medicatie in te nemen. De helft van de geïnterviewden denken dat de cardiologische patiënten te weinig informatie krijgen door de cardioloog, bijvoorbeeld over het gebruik van de ad hoc medicatie.

Patiënten met een chronische ziekte hebben vaak leefregels die zij in acht moet nemen om beter te kunnen leven met hun ziekte. Op de SEH wordt alleen gevraagd welke leefregels de patiënt heeft zoals bijvoorbeeld het wegen bij hartfalen (i.4). De SEH-verpleegkundigen doen geen navraag of de leefregels nagekomen worden. “Je gaat er snel vanuit: iemand heeft een ziekte die zal wel geïnformeerd zijn en die zal wel zijn leefregels weten en die weet hoeveel liter hij mag drinken” (i.2).

Een leerling-verpleegkundige (i.1) geeft aan dat niet te veel informatie met de patiënt gedeeld mag worden. Uitleg geven aan patiënten die lijden aan COPD is volgens de meeste gediplomeerd SEH-verpleegkundigen niet meer nodig. Zij vinden dat deze patiëntencategorie alles al weten en het wordt bijna normaal gevonden dat zij regelmatig terugkomen op de SEH.

Ik moet eerlijk bekennen dat ik bij COPD'ers iets minder uitleg geef en ja misschien toch ook door de leefstijl die toch wel is, ik weet het niet zo goed. COPD'ers hebben al wat langer hun ziekte en nou is het al honderden keren gezegd, je moet niet roken . . . tuurlijk kun je dat nog eens herhalen en misschien beklijft het als je duidelijk uitlegt waarom, maar daar steek ik wel iets minder energie in (i.6).

Over het algemeen wordt niet bij alle chronisch zieken voorlichting gegeven. De voorlichting op de SEH is fragmentarisch. “De arts, de verpleegkundige en de apothekersassistente voorzien de patiënt van een stukje voorlichting en komen “ergens” samen” legt geïnterviewde vier uit. Uitleg van de medicatie geeft geïnterviewde twee wel, maar een andere geïnterviewde laat het over aan de arts (i.5). De voorlichting door de arts wordt niet in samenwerking met de verpleegkundigen gegeven. Geïnterviewde zes benoemt dat de arts uitleg geeft aan de patiënt, maar vervolgens zegt tegen de SEH-verpleegkundige: “t is dit en dat en hij gaat naar huis hoor”. Geïnterviewde zes vervolgt: “en dat ik dan weinig hebt meegekregen van wat is er nou eigenlijk uitgelegd dus dan check je dat bij de patiënt, maar dan zit je wel. Dan heb je minder die samenwerking”.

Chronisch zieken kennen angsten en onzekerheden over hun ziekte, die ook weer verschillen per patiënt. Geïnterviewden geven aan deze niet op te sporen, maar bij navraag blijkt dat zij op een verschillende wijze oog hebben voor angst en dit herkennen bij de patiënt. Geïnterviewde twee stelt de patiënt “op z'n gemak”, en maakt angst “bespreekbaar en relativeert”. Patiënten zijn vaak angstig omdat ze niet goed weten wat er aan de hand is (i.5). In de voorbeelden over het herkennen van angst worden de patiënten die lijden aan cardiale klachten vier keer genoemd.

Ja, ik vraag weleens aan mensen bent u bang? Het is vaak een stukje onzekerheid het is de motor vooral bij cardiale klachten. Dan denk ik ook vaak dat ze een stukje kennis missen, bijvoorbeeld patiënten met een onregelmatig hartritme die net over zijn op de sotacor of wat dan ook en die heel lang daar bekend zijn. En die dan toch niet weten wat ze moeten doen en hoe ze er mee om moeten gaan. En daar angst een rol speelt. En daar is vaak geen aandacht voor geweest (p.1).

Twee geïnterviewden geven aan dat patiënten in eerste instantie veel van hun ziektebeeld weten (i.2, i.3). “Sommige mensen weten het prima, want dat is misschien wel de moeilijkste groep... juist want die denken dat ze het goed weten, maar waar ik dan mijn twijfels over heb” (i.2). Geïnterviewde vijf geeft aan om samenhang tussen symptomen en de ziekte aan te leren bij de patiënt een “klein onderdeel is”. De meeste geïnterviewden zoomen in waarom iets belangrijk is qua kennis en leggen het uit op een “houtje-touwtje” methode (i.2). Andere geïnterviewde bedenkt “welke patiënt heb ik voor mij en hoe kan ik het zeggen” (i.5) en geïnterviewde zes legt het dan uit in “jip-en-janneketaal” (i.6).

Aan de patiënt wordt niet standaard gevraagd of hij of zij therapietrouw is. “Daar is geen tijd voor” (p.1) en geïnterviewde één zegt dat patiënten zichzelf onderschatten; patiënten zijn “onbewust therapieontrouw maar zo zien patiënten het niet”. Therapietrouw wordt door vier geïnterviewden gelinkt met medicatiegebruik. De andere relateren therapietrouwheid aan het acute probleem waarvoor de patiënt naar de SEH komt. Zes van de zeven geïnterviewden bespreken niet de behandelresultaten van de vorige SEH-bezoeken met de patiënt. Zij geven aan niet altijd te weten hoe vaak de patiënt een SEH-consult heeft gehad. Verder wordt door alle geïnterviewden geen nazorg gegeven aan patiënten die op de SEH geweest zijn, want dat is niet standaard geregeld geven zij aan.

COACHING

Wat patiënten willen bereiken met hun behandeling op de SEH wordt niet letterlijk door de geïnterviewden gevraagd. Het gaat subtieler met de vraag “Wat kan ik voor u doen?” (p.1, i.2) Of geïnterviewde twee doet navraag naar “Wat werkt voor die patiënt?”. Geïnterviewde drie en zes richten zich op de huidige klacht waarmee de patiënt zich presenteert en willen deze helder krijgen. Geïnterviewde vijf en zes vragen niet naar doelen die de patiënt wil bereiken met het SEH-bezoek.

Volgens geïnterviewde twee is het niet de taak van SEH-verpleegkundigen om psychosociale doelen en niet medische doelen te bespreken. De anderen besteden niet bij iedereen aandacht aan deze specifieke doelen. Geïnterviewde drie komt pas bij het ontslag erachter dat de patiënt een klein sociaal netwerk heeft, doordat geen vervoer geregeld kon worden.

3.4 ONDERDEEL B

In onderdeel B zullen de resultaten worden gepresenteerd die iets zeggen over de ondersteuning van zelfmanagement- en gezondheidsbevordering in de dagelijkse praktijk van de SEH- en de leerling-verpleegkundigen

LEREN SAMENWERKEN MET ZORGVERLENERS

Om de patiënt verder te helpen met de chronische ziekte kan deze terugverwezen worden naar andere disciplines, zoals de huisarts, diëtiste of praktijkondersteuner. Het verwijzen naar wordt bij gelegenheid tegen de arts gezegd en geïnterviewde vijf wil een weg er in zoeken ook al is het druk. Geïnterviewden weten wel dat veel chronische ziekten bekend zijn bij de long- of diabetesverpleegkundigen, maar verwijzen hier niet naar terug. Geïnterviewde vier zegt het wel te willen maar in het vaarwater van de dokter te komen. Op de vraag of de geïnterviewden informeren naar een zorgplan van de patiënt geven zij allen een ontkennend antwoord. Onder multidisciplinair samenwerken wordt driemaal de samenwerking met de SEH-artsen, specialisten, radiologie en röntgen genoemd. Geen van de geïnterviewden verwijst patiënten naar betrouwbare websites of folders die in de omloop zijn over hun chronische ziekte. Het is “onwetendheid” zegt geïnterviewde vier. Twee geïnterviewden geven geen tips

voor een betere gespreksvoering met de behandeld arts. Geïnterviewde p.1 moedigt de patiënt aan om vragen op te schrijven en geïnterviewde twee stimuleert om “het straks tegen de dokter te zeggen”. Geïnterviewde vijf vindt dat de SEH-verpleegkundige ervoor moet willen zorgen dat de patiënt eerder met de arts spreekt. Geen van de geïnterviewden draagt mondeling of schriftelijk over aan andere afdelingen of de instelling/wijkzorg waar de patiënt verder in zorg komt. De medische overdracht is wel gezeurd, maar de arts heeft geen aandacht voor zelfmanagement- en gezondheidsbevordering in de overdracht (p1, i.1, i.2, i.3, i.4, i.5, i.6.). Items over deze onderwerpen die de SEH-verpleegkundigen opmerkt komen niet bij de thuiszorg terecht, benoemt geïnterviewde zes.

Het afsluiten van het consult wordt voor het gevoel van vier geïnterviewden in 50 tot 80 procent (i.1, i.4, i.5, i.6) van de gevallen door de SEH verpleegkundige zelf gedaan. Over op welke manier het wordt afgesloten zegt geïnterviewde zes lachend het volgende: “Ja tot de volgende keer zeg ik vaak, toch? Of je zegt het niet maar je denkt het”. Praktisch wordt het consult beëindigd met “patiënt loskoppelen en naald eruit halen, hand geven en een goed herstel wensen” (i.3). Twee geïnterviewden geven aan dat de patiënt soms al weg is voordat zij het weten. Het laatste stukje wat de arts besproken heeft, is onbekend en waarom ze een recept hebben meegekregen is niet altijd duidelijk. Niemand van de geïnterviewden houdt een officieel ontslaggesprek om bijvoorbeeld een SEH-bezoek te voorkomen. Vier van de zeven geïnterviewden geven aan dat bij het ontslag nagevraagd wordt of alles duidelijk is en of er nog vragen zijn over de gegeven behandeling.

ZORGONAFHANKELIJKHEID STIMULEREN OP DE SEH

Hoe SEH-verpleegkundigen zelf richting willen geven aan zelfmanagement in het consult is vooral afhankelijk van de beschikbare tijd. Volgens twee geïnterviewden is het organisatorisch “lastig in te richten” want “de SEH is een andere afdeling” van het ziekenhuis (i.6). Geïnterviewde vijf oppert een andere werkwijze op de SEH of de SEH op een andere wijze inrichten (i.5). “Het kost tijd” is het meest gehoorde argument. Maar ook het woord cultuur (i.2) komt bij dit item terug. In de flow zitten van “snel ons ding doen” en “je eerder terugtrekken dan bij de patiënt gaan zitten” (i.3).

Geïnterviewde drie zegt dat “de zorg op de SEH nu te protocollair” is en geeft dit als reden op waarom de patiënt niet zelf mag meebeslissen in de zorg. Zes van de zeven geïnterviewden staan positief tegen zelfmanagement in het consult. Ze zeggen: “Samen kijken hoe we het probleem proberen aan te vliegen” (i.4), “het is een eyeopener” (p.1). Geïnterviewde vijf vindt zelfmanagement meer voor de jongere generatie dan voor de oudere generatie. Geïnterviewde één geeft aan dat zij een adviserende rol zou willen hebben. Ze zegt: “Mensen overzien hun probleem niet en ik denk als je daar als verpleegkundige ook in kan springen op voorlichting, het inschakelen van de diabetesverpleegkundige” (i.1). Andere geïnterviewden noemen zelfmanagement- en gezondheidsbevordering in het verpleegkundig SEH-consult: “een aanrader” (i.5), “een ideale situatie als patiënt zelf gaat beslissen” (i.3) en “geeft de patiënt meer eigen verantwoording als hij meebeslist” (i.6).

Vijf van de geïnterviewden proberen af te stemmen op het niveau van de patiënt. Soms wordt de familie erbij betrokken (p.1). Anderen proberen op diverse manieren af te stemmen (i.5) en vragen zich af de patiënt het echt snapt (i.3, i.5). Geïnterviewde één zegt niet altijd een voldaan gevoel te hebben over de geleverde verpleegkundige zorg. “Het probleem wordt verholpen maar dat betekent niet altijd voor de patiënt de juiste en goede zorg” (i.1)

Om zelfmanagement- en gezondheidsbevordering een prominenter plek te geven is gevraagd wat op de SEH moet gaan veranderen. Twee geïnterviewden geven aan dat geklaagd wordt over “wéér die patiënten” (i.1), . . . “en al die chronische patiënten een beetje draaideurpatiënten worden die steeds terugkomen” (i.3), “maar dat de SEH-verpleegkundigen er niks mee doen” (i.1, i.3). Geïnterviewden willen meer tijd en échte aandacht voor de patiënt hebben (p.1). Geïnterviewde p.1 noemt als oplossing: “niet meer achter een ecg-karretje aanrennen, vitale functies die vanzelf worden overgenomen”.

Tijdens de interviews geven alle geïnterviewden aan te weinig kennis te hebben van zelfmanagement-bevordering. Daarnaast wordt bewustwording genoemd (i.2). Alle geïnterviewden hebben de intentie om te helpen te voorkomen dat de patiënt met de chronische ziekte blijft terugkomen op de SEH. Drie geïnterviewden opperen een “andere opzet van de SEH” (i.1, i.5, i.6) of patiënt meer op de polikliniek laten terugkomen (i.2). Geïnterviewde vier suggereert een “apart traject” voor chronisch zieken maar dit moet niet “tussen neus en lippen gaan”. Het moet een onderdeel van de zorg worden.

OMGEVINGSFACTOREN/RANDVOORWAARDEN

Geen van de geïnterviewden deelt informatie over betrouwbare websites met chronisch zieke patiënten groepen. Het ADRZ stimuleert of attendeert de medewerkers niet om betrouwbare websites in te zetten als informatiebron. Geïnterviewde p.1 stelt voor om dit item toe te laten voegen aan het curriculum van de SEH-opleiding. Voor de huidige oudere generatie denkt geïnterviewde één dat het beter is om “face to face” contact te hebben of telefonisch met elkaar in contact te komen.

Alle geïnterviewden geven aan dat het ADRZ van zelfmanagement- en gezondheidsbevordering een speerpunt van kwaliteitszorg mag maken. “Zeker voor de draaideurpatiënten” vindt geïnterviewde p.1. Het is belangrijk, geeft geïnterviewde vijf aan, om meer inzicht in de adviserende rol te krijgen. Geïnterviewde vier zegt: “Maar het is ook wel, bekijk het eens op een andere manier van een andere kant en ga daar eens mee aan de slag”. Geïnterviewde twee vindt zelfmanagement- en gezondheidsbevordering “heel actueel”. Het onderwerp zou opgenomen kunnen worden in het meerjarenbeleid van het ADRZ (i.2). Geïnterviewde twee geeft verder aan:

Ik denk ook niet dat het zoveel tijd gaat kosten. Ik denk dat je heel vaak hoort van ‘oh het gaat tijd kosten’. Ik denk niet dat het veel tijd gaat kosten. Want stiekem doen we de helft al maar het is niet gestructureerd. Het is niet vastgelegd. De volgende keer krijgt hij iemand anders en kan het dan weer anders zijn. De patiënt is afhankelijk wie ervoor hem staat (i.2).

Op de vraag of zelfmanagement en gezondheidsbevordering een vast onderdeel moet worden in de zorgprotocollen bij chronisch zieken laten alle geïnterviewden een positieve mening horen. Drie geïnterviewden willen dat het een richtlijn gaat worden. Geïnterviewde p.1 geeft aan dat we ons bewust moeten worden van onze eigen rol en dat het op die manier een plek moet krijgen op de SEH.

4. DISCUSSIE

In dit hoofdstuk worden de resultaten van dit onderzoek vergeleken met de gevonden literatuur. De overeenkomsten en verschillen zullen worden besproken. Daarnaast zullen de zwakke- en sterke punten van het onderzoek worden benoemd.

4.1 VERGELIJKING MET DE LITERATUUR

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen op welke wijze SEH-verpleegkundigen in het ADRZ- invulling geven aan zelfmanagementbevordering/gezondheidsbevordering bij chronisch zieke patiënten groepen. Uit dit onderzoek is gebleken dat de SEH-verpleegkundigen in hun professionele grondhouding minimale aandacht besteden aan zelfmanagement- en gezondheidsbevordering bij patiënten die lijden aan COPD, diabetes mellitus en hart- en vaatziekten. Als oorzaken worden genoemd; tijdsdruk, cultuur, samenwerking met de arts en gebrek aan kennis. In de deelparagrafen zal verder worden ingegaan op de opvallende uitkomsten.

CHRONISCH VERSUS ACUUT

Alle geïnterviewden geven aan dat ze onder tijdsdruk staan om zelfmanagement- en gezondheidsbevordering te stimuleren. Zij voelen tijdsdruk vanwege het hoge aantal patiënten die de SEH bezoeken en een SEH- behandelduur van maximaal twee uur. De groeiende druk op de acute zorg wordt herkend in de literatuur (NZA, 2017). Oorzaken die genoemd worden zijn de complexiteit van de zorgvragen, vergrijzing, de steeds medisch complexe behandelingen en het meer thuis verzorgen van patiënten (NVSHV, z.d.). Bovendien sturen huisartsen en tweedelijns specialisten in toenemende mate hun patiënten door voor snelle beoordeling, diagnostiek en eerste behandeling (Gaakeer, Van den Brand, Veugelers, & Patka, 2014). Het ontbreekt aan gericht beleid voor de zogenoemde 'draaideurpatiënten', die verantwoordelijk zijn voor bijna de helft van de SEH bezoeken (NZA, 2017). Hier wordt, op de SEH in het ADRZ, nog niet in geïnnoveerd of geïnvesteerd omdat het acute aspect van zorg te veel op de voorgrond staat.

De onderliggende chronische ziekte en hoe de patiënt daarmee omgaat passen niet in de cultuur van de SEH. Alle geïnterviewden voelen zich belemmert om een degelijke anamnese af te nemen. Juist in de anamnese kan gevraagd worden op welk vlak het de patiënt niet lukt om zijn chronische ziekte optimaal in te passen in zijn dagelijks leven. Alle geïnterviewden vragen in de anamnese naar de acute klacht die mogelijk al veel langer bestaat. Daarmee ligt de focus op het medische aspect en wordt het psychische- en sociale aspect niet verder uitgediept. Chronisch zieken en ouderen missen het vermogen om zich aan te passen aan de wisselende, al dan niet tijdelijke, psychische, sociale en fysieke omstandigheden (Sassen, 2017). Een mogelijke oorzaak hiervan kan zijn dat kennis ontbreekt bij de SEH-verpleegkundigen om zelfmanagement- en gezondheidsbevordering een plaats te geven in de anamnese.

De SEH-verpleegkundigen steken veel tijd in het medisch protocollaire handelen. Dit zijn de handelingen die nodig zijn voor het stellen van de medische diagnose. De SEH-verpleegkundige heeft deze onderzoeken niet direct nodig voor de verpleegkundige diagnose. De SEH-arts heeft het ecg, laboratorium-uitslagen, vitale functies en overige onderzoeken nodig bij het stellen van de medische diagnose. Juist de hoeveelheid aan onderzoeken geeft chronisch zieken een verergering van angst, omdat na zoveel onderzoeken nog steeds geen diagnose gesteld kan worden die een verklaring kan geven voor hun symptomen (Rising, Hudgins, Reigle, Hollander & Carr, 2016). De nadruk van het verpleegkundig consult

moet liggen op het aansporen tot regievoering en het eigenaarschap van de chronische ziekte (Van Hooft, Dwarswaard, Van Staa, 2015). Wellicht werken SEH-verpleegkundigen nog meer vanuit de klassieke medische benadering en heeft men nog geen kennis van de verpleegkundige dynamische visie.

Alle geïnterviewden geven aan dat het aansporen tot regievoering en het eigenaarschap van de chronische ziekte een speerpunt van kwaliteit van zorg moet worden. Ze benadrukken hiermee het belang van zelfmanagement- en gezondheidsbevordering. Dit in tegenstelling tot de literatuur waar naar voren komt dat juist ziekenhuisprofessionals minder gemotiveerd zijn over de toekomstige uitbreiding van zelfmanagementbevordering ten opzichte van andere werkvelden (De Veer & Francke, 2013). Een mogelijke verklaring voor deze positieve motivatie kan zijn dat de SEH-verpleegkundigen in hun dagelijkse praktijk gefrustreerd raken van 'draaideurpatiënten'. Deze patiënten verlangen meer follow-up en vragen om steeds meer onderzoeken (Rising et al., 2016), die volgens de SEH-verpleegkundigen niet de echte zorgvraag van de patiënt beantwoorden.

OVERBRUGGEN VAN DE KLOOF

Geen van de geïnterviewden dragen schriftelijk of mondeling over naar de verpleegafdeling, wijkzorg of andere betrokkenen. Items die betrekking hebben op zelfmanagement- en gezondheidsbevordering worden op de SEH zo nu en dan opgemerkt. Vervolgens komt het niet bij een andere zorgverlener of discipline terecht die het, samen met de patiënt, verder kan oppakken. Een positief effect van het ondersteunen van het zelfmanagement is het verminderen van de zorgconsumptie zoals het bezoeken van de spoedeisende hulp (Heijmans et al., 2015). Mogelijkerwijs bezoeken deze 'draaideurpatiënten' frequent de SEH omdat geen multidisciplinaire follow-up is geregeld. Een multidisciplinair team kan hen verder helpen te leren omgaan met de ziekte. Het consult op de SEH wordt voor het gevoel van de geïnterviewden in 50 tot 80 procent van de gevallen afgesloten door een SEH-verpleegkundige. Maar zij houden geen officieel ontslaggesprek met de patiënt en diens naaste. Dit gebeurt enkel door de arts en is meestal gericht op de medische klacht van de patiënt. De SEH-arts draagt de chronisch zieke medisch via een digitale overdracht over aan de huisarts. Deze medische benadering schiet bij chronisch zieken te kort, want de oorzaken van een chronische ziekte zijn multifactorieel (Sassen, 2017).

4.2 ZWAKKE EN STERKE KANTEN

Als maat bij een observatieonderzoek wordt de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gebruikt (Verhoeven, 2016). In dit onderzoek is sprake van één onderzoeker en de observaties zijn niet met anderen vergeleken. De herhaalbaarheid van de observaties, waarbij het gaat om een momentopname, zijn niet te bewerkstelligen. De interviews zijn eigen subjectieve tijd- en plaatsgebonden werkzaamheden van de onderzoeker. Daarnaast heeft de onderzoeker voorkennis en ervaring met het werkveld van de zeven geïnterviewden wat de objectiviteit van het onderzoek kan beïnvloeden (Verhoeven, 2016).

Om het onderzoek sterker te maken is gebruik gemaakt van een gevalideerde vragenlijst (Zwier, 2012). Bij de methodische stappen is telkens overleg geweest met een deskundige uit de beroepspraktijk. Tijdens de operationalisatie is een proefinterview gehouden. Alle interviews zijn met toestemming opgenomen en getranscribeerd. Hierna is een membercheck uitgevoerd en een informed consent getekend. De geïnterviewden wilden hun gegevens niet anonimiseren maar bekendheid geven aan de naam en functie. Daardoor zijn zij herleidbaar wat de betrouwbaarheid verhoogd (Verhoeven, 2016). Tenslotte heeft de onderzoeker tijdens de verslaglegging gebruik gemaakt van de zogenaamde peerfeedback met medestudenten van de hogeschool.

5. CONCLUSIE

In dit hoofdstuk zullen de conclusies van onderdeel A en B van de resultaten worden besproken, waarna een conclusie van de centrale onderzoeksvraag volgt. Vervolgens worden aanbevelingen gegeven aan de praktijk, de opleiding en voor eventueel verder onderzoek.

5.1 CONCLUSIE AANDACHT BESTEDEN IN DE PRAKTIJK

Op dit moment besteden de zeven geïnterviewde SEH- en leerling SEH-verpleegkundigen minimale aandacht aan elementen die zelfmanagement- en gezondheidsbevordering stimuleren of verbeteren bij patiënten die COPD, diabetes mellitus en hart- en vaatziekten hebben. De visie is gericht op de medische acute klacht en daaropvolgend het protocollaire handelen. De attitude is vaak gehaast door de tijdsdruk. De tijdsdruk heeft een grote invloed op het welzijn, de betrokkenheid en prestaties van de SEH-verpleegkundigen. De organisatie van de SEH is ingericht op snelle beoordeling, diagnostiek en eerste behandeling die in twee uur tijd georganiseerd moet worden. Het 'snel je ding doen' is de cultuur van de SEH.

De patiënt kan in het verpleegkundig- en het medisch consult niet kiezen uit de beschikbare zorg die nodig is om hem verder te helpen. De samenwerking met de SEH-arts wordt nog niet optimaal ervaren om de zorgvraag van de chronisch zieke centraal te stellen en hiermee te kunnen beantwoorden. De SEH-verpleegkundigen besteden meer aandacht aan kennisoverdracht, medicatiegebruik en leefregels bij patiënten die lijden aan hart- en vaatziekten. Aan deze elementen wordt bij COPD'ers weinig tot geen aandacht besteedt omdat men denkt dat deze chronische groep al regelmatig geïnformeerd is. De patiënten die lijden aan diabetes mellitus worden hierbij niet benoemd. De SEH-verpleegkundigen hebben op verschillende wijze oog voor angst. Maar dit wordt opnieuw benoemd bij de cardiologische patiënt. Het coachende karakter en een voorlichtende taak passen nog niet in het verpleegkundig SEH-consult. Dit zijn nieuwe items voor de SEH-verpleegkundigen en het ontbreekt hen aan kennis om deze goed toe te passen in het SEH-consult.

5.2 CONCLUSIE ONDERSTEUNING IN DE PRAKTIJK

Er wordt weinig tot geen ondersteuning vanuit het ADRZ ervaren bij de uitvoer van zelfmanagement- en gezondheidsbevordering in de dagelijkse praktijk van de SEH- en de leerling-verpleegkundigen. Het is een nieuw onderwerp waar nog kennis over opgebouwd moet worden. Het geven van nazorg of het houden van een ontslaggesprek en overdrachten naar andere afdelingen/wijkzorg worden niet door de SEH-verpleegkundigen gedaan. De SEH-verpleegkundigen focussen zich meer op de acute medische behandeling en de medische diagnose dan de patiënt te vragen wat deze nodig heeft om vanaf de SEH zijn leven optimaal aan te passen aan zijn ziekte.

Zorgonafhankelijkheid en het aangaan van een multidisciplinaire samenwerking met andere zorgverleners die de patiënt verder leren om te gaan met de ziekte worden niet gestimuleerd. De zeven geïnterviewden zijn geïnteresseerd in zelfmanagement- en gezondheidsbevordering en willen het een speerpunt van kwaliteit van zorg maken. Zij staan positief tegenover het feit dat het opgenomen wordt in de zorgprotocollen om op deze manier uniformiteit te waarborgen. De meningen zijn verdeeld of zelfmanagement- en gezondheidsbevordering past in de huidige setting van de SEH. Alle geïnterviewden spreken de intentie uit dat ze mee willen helpen om te voorkomen dat chronisch zieken blijven terugkomen naar de SEH.

5.3 CONCLUSIE CENTRALE ONDERZOEKSVRAAG

Op welke wijze geven SEH-verpleegkundigen in het ADRZ invulling aan zelfmanagementbevordering/gezondheidsbevordering bij chronisch zieke patiëntengroepen.

Het blijkt uit de onderzochte onderdelen van zelfmanagement- en gezondheidsbevordering dat SEH-verpleegkundigen op een onvolledige wijze invulling geven aan zelfmanagementbevordering/gezondheidsbevordering bij chronische patiëntengroepen. De nadruk ligt op de behandeling van de acute klacht en niet op het aansporen tot regievoering en eigenaarschap van de chronische ziekte.

5.4 AANBEVELINGEN

De aanbevelingen die gegeven worden naar aanleiding van dit onderzoek zullen worden onderverdeeld in verschillende thema's. De vijf thema's verwijzen gedeeltelijk terug naar de oorzaken die de SEH-verpleegkundigen hebben aangegeven waarom zij op een onvolledige wijze invulling geven aan zelfmanagement- en gezondheidsbevordering bij chronische patiëntengroepen.

Tijdsdruk

- De eerste prioriteit van het SEH-managementteam is het investeren in interventies die de tijdsdruk van de SEH-verpleegkundigen helpen te verlagen.
- Het inzetten van doktersassistenten, die de medisch protocollaire handelingen kunnen uitvoeren voor het stellen van de medische diagnose, is een interventie die bijdraagt aan het verlagen van de tijdsdruk.
- Alle SEH-verpleegkundigen krijgen door bovenstaande interventie meer tijd voor het afnemen van een degelijke gestandaardiseerde anamnese en het stellen van een verpleegkundige diagnose.
- Alle SEH-verpleegkundigen sluiten zelf het SEH-consult af met een gestandaardiseerd ontslaggesprek en/of een verpleegkundige schriftelijke- of mondelinge overdracht.

Cultuur

- De SEH-cultuur is traditioneel gericht op curatie. Echter een chronische ziekte of verergering daarvan voorkomen is beter dan (gedeeltelijk) genezen. De SEH-verpleegkundigen moeten zich in hun professionele grondhouding gaan richten op de preventieve kant van gezondheid. Het curriculum van de gespecialiseerde SEH-opleiding in Nederland is gericht op de acute setting en het genezen van de acute klacht. De SEH-opleiding zou moeten aansluiten bij het huidige curriculum van de hbo-v en zal zich meer moeten richten op het bevorderen van zelfmanagement- en gezondheidsbevordering bij chronisch zieken.
- De SEH-verpleegkundige bekwaamt zich in het coachen van een gezonde levensstijl en het houden van leefregels. Deze onderwerpen liggen vast in de anamnese en het ontslaggesprek.
- Gezondheidsbevordering moet worden opgenomen in een gezondheidsbevorderingsprogramma dat verankert ligt in het meerjarenbeleid van de SEH en het ADRZ.
- De toekomst van de chronisch zieken ligt in zijn eigen woonomgeving met continue zorgverlening van het wijkzorgteam. De overheid moet SEH bezoeken ontmoedigen voor chronisch zieken door het ontwikkelen van randvoorwaarden en financiële prikkels waardoor zij behandeld kunnen worden door een multidisciplinair thuisteam. Dit is nodig om in de toekomst onnodige, diagnostische onderzoeken te voorkomen en het levert de overheid een beheersing van de gezondheidszorgkosten op.

Samenwerking arts

- Om de gezondheidszorg voor te bereiden op de toename van de chronisch zieken zal de verpleegkundige dynamische visie op gezondheid leidend zijn in plaats van de klassieke medische benadering.
- SEH-verpleegkundigen zoeken een multidisciplinaire samenwerking en maken, samen met de patiënt, zelf een beleid die past bij de cultuur, waarden en opvattingen van de patiënt.
- De SEH-arts wordt hoofdbehandelaar van de chronisch zieke patiënt op de SEH en diagnostische onderzoeken worden alleen ingezet op medische indicatie en niet meer protocollair.
- De SEH-arts en SEH-verpleegkundigen nemen een gezamenlijke anamnese af op hetzelfde tijdstip.
- De SEH start een pilot met een aparte cohort behandelkamer voor de opvang van chronisch zieken. Deze kamer heeft geen brancards maar behandelstoelen.
- Anno 2018 zorgen doorgaande ontwikkelingen ervoor dat de medische technologie compacter en goedkoper wordt. Patiënten moeten gestimuleerd worden, om via de smartphone, de vitale functies zoals bloeddruk en hartritme, saturatie en glucose bepalingen te gaan meten en hierop te gaan anticiperen. Dit item moet terugkomen in het ontslaggesprek.
- Patiënten moeten vanaf de SEH gestimuleerd worden om een (digitaal) logboek aan te leggen waar de symptomen in bij gehouden worden.

Kennis te kort

- De SEH-verpleegkundigen hebben op de jaarlijkse bijscholing van 2018 kennis gemaakt met het onderwerp 'Supporting Everlasting Healthcare'. Door het volgen van een verplichte E-learning verdiepen de SEH-verpleegkundigen zich in zelfmanagement- en gezondheidsbevordering.
- De Vereniging Hogescholen en het College Zorg Opleidingen (CZO) toetsen of de gespecialiseerde verpleegkundige vervolgoopleidingen nog voldoen aan het huidige Nederlands kwalificatieraamwerk (NLQF) niveau zes. Samen maken zij het mogelijk dat er een hbo-v curriculum komt die aansluit bij de huidige praktijk van de niveau vier of vijf gespecialiseerde verpleegkundigen en is gericht op zelfmanagement- en gezondheidsbevordering.

Verder onderzoek

- De onderzoeker zou het onderzoek breder kunnen trekken en de Z-scan (Zwier, 2012) in het ADRZ kunnen gaan kwantificeren. Door het kwalitatieve- en kwantitatieve onderzoek met elkaar te combineren kunnen relevantere conclusies worden getrokken.
- De onderzoeker zou de adoptiebereidheid van SEH-verpleegkundigen over zelfmanagement- en gezondheidsbevordering binnen het ADRZ kunnen onderzoeken.
- Verder kan onderzocht worden hoe zelfmanagement- en gezondheidsbevordering bij chronisch zieken het best geïmplementeerd kan worden op de SEH in het ADRZ.

- Albert, N. M., Levy, P., Langlois, E., Nutter, B., Yang, D., Kumar, V. A., Nykun, E. (2012). Heart failure beliefs and self-care adherence while being treated in an emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 46(1), 122-129. doi:10.1016/j.jemermed.2013.04.060
- Baart, A., Grypdonck, M., & Prins, C. (Reds.). (2015). *Het denk-en kijkraam van opgaven en responsen: aansluiten bij en afstemmen op de patiënt*. Amsterdam, Nederland: SWP.
- Birmingham, L. E., Cochran, T., Frey, J. A., Stiffer, K. A., & Wilber, S. T. (2017). Emergency department use and barriers to wellness: a survey of emergency department frequent users. *BMC Emergency Medicine*, 17(16), 1-8. doi:10.1186/s12873-017-0126-5
- De Veer, A. J. E., & Francke, A. L. (2013). *Preventie en het bevorderen van zelfmanagement Visies en ervaringen van zorgprofessionals* (ISBN 978-94-6122-225-1). Geraadpleegd van <http://www.nivel.nl>
- Doolaar, A., Mollema, J., Kuijten, A., Schouwenaar, E., Tijmstra, R., Tummers, M., Wicherson, R., & Willems, P. (2017). *De APA-richtlijnen uitgelegd* (Een praktische handleiding voor bronvermelding in het hoger onderwijs). Geraadpleegd van https://www.auteursrechten.nl/binaries/content/assets/subsites-diensten/auteursrechten/surf_de-apa-richtlijnen-uitgelegd.pdf
- Doorewaard, H., Kil, A., & Van de Ven, A. (2016). *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- Gaakeer, M.I., Van den Brand, C.L., Veugelers, R., & Patka, P. (2014) *Inventarisatie van SEH bezoeken. Ned tijdschr Geneeskd.2014.;158: A7128*. Geraadpleegd op 1 februari 2018 van <https://www.ntvg.nl/artikelen/inventarisatie-van-seh-bezoeken-en-zelfverwijzers>
- Haslbeck, J., Zaroni, S., Klein, M., Gabriel, E., Eicher, M., & Schulz, P. J. (2015). Introducing the chronic disease self-management program in Switzerland and other German -speaking countries: findings of a cross- border adaption using a multiple -methods approach. *BMC Health Services Research*, 15(576), 2-19. doi:10.1186/s12913-015-1251-z
- Heijmans, M., Spreeuwenberg, P., & Rijken, M. (2010). *Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken* (ISBN 97-894-61220-394). Geraadpleegd van <http://www.nivel.nl>
- Hendriks, M., Plass, A. M., Heijmans, M., & Rademakers, J. (2013). *Minder zelfmanagementvaardigheden, dus meer zorggebruik? De relatie tussen patiënt activatie van mensen met diabetes en hun zorggebruik, zorgkosten, ervaringen met de zorg en diabetes-gerelateerde klachten* (ISBN 978-94-6122-230-5). Geraadpleegd van <http://www.nivel.nl>
- Hendriks, M., & Rademakers, J. (2014). Relationships between patient activation, disease-specific knowledge and health outcomes among people with diabetes; a survey study. *BMC Health Services Research*, 14(393), 2-9. doi:10.1186/1472-6963-14-393

- Labrunée, M., Pathak, A., Loscos, M., Coudeyre, E., Cassilas, J. M., & Gremeaux, V. (2012). Therapeutic education in cardiovascular diseases: State of the art and perspectives. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55, 322-341. doi:10.1016/j.rehab.2012.04.003
- Munten, G., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2016). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen Gezamenlijke geïnformeerde besluitvorming* (4e ed.). Amsterdam, Nederland: Boom.
- Nederhoed, P. (2010). *Helder rapporteren* (10e ed.). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nederlandse vereniging van ziekenhuizen. (2013). Acute zorg Er zit meer aan vast dan u denkt. Geraadpleegd op 16 april 2018, van <https://www.saz-ziekenhuizen.nl/wp-content/uploads/2013/09/NVZ-visie-Acute-zorg-Er-zit-meer-aan-vast-dan-u-denkt.pdf>
- Nederlandse vereniging voor spoedeisende hulp verpleegkundigen. (z.d.). Geraadpleegd op 30 maart 2018, van <https://www.nvshv.nl/2017/02/overcrowding-op-de-afdelingen-en-tekort-aan-seh-verpleegkundigen-lopen-op/>
- Nederlandse Zorgautoriteit. *Marktscan acute zorg* (2017) Geraadpleegd op 8 december 2017 van https://puc.overheid.nl/doc/PUC_3650_22
- Newham, J., Presseau, J., Heslop-Marshall, K., Russell, S., Ogunbayo, O. J., Netts, P., Kaner, E. (2017). Features of self-management interventions for people with COPD associated with improved health-related quality of life and reduced emergency department visits: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of COPD*, 2017:12, 1705-1720. Geraadpleegd van <http://www.cochrane.org/>
- Olthuis, G., Prins, C., Smits, M. J., Van de Pas, H., Bierens, J., & Baart, A. (2014). Matters of Concern: A Qualitative Study of Emergency Care From the Perspective of Patiënten. *Annals of Emergency Medicine*, 63(3), 311-319. doi: 10.1016/j.annemergmed.2013.08.018
- Pool, A., Pool-Tromp, C., Veltman-van Vugt, F., & Vogel, S. (2001). *Met het oog op de toekomst*. Utrecht: Vilans
- Rademakers, J. (2016, 13 mei). De actieve patiënt als utopie. Geraadpleegd op 17 april 2018, van www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/actieve_patient_utopie.pdf
- Raven, M. C., Kushel, M., Ko, M. J., Penko, J., & Bindman, A. B. (2016). The Effectiveness of Emergency Department Visit Reduction Programs: A Systematic Review. *Annals of Emergency Medicine*, 68(4), 467-481. doi: 10.1016/j.annemergmed.2016.04.015

- Rijksinstituut voor Volksgezondheidzorg en milieu (2014). *Een gezonder Nederland Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. Geraadpleegd op 1 februari 2018, van http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Uitgaven/Preventie_Zieke_Zorg/VTV/Een_gezonder_Nederland_Volksgezondheid_Toekomst_Verkenning_2014
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2018), VTV *Themaverkenning De zorgvraag van de toekomst VTV-2018: achtergronden en methodologie*. Geraadpleegd op 30 maart 2018, van https://www.rivm.nl/Onderwerpen/V/Volksgezondheid_Toekomst_Verkenning_VTV
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu en het Sociaal en Cultureel Planbureau, Hoeymans, N., & Kooiker, S. (2014, 31 maart). *Zelf*. Geraadpleegd op 30 maart 2018, van https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2014/maart/burgers_en_gezondheid_Themarapport_Volksgezondheid_Toekomst_Verkenning_2014
- Rising, K. L., Hudgins, A., Reigle, M., Hollander, J. E., & Carr, B. G. (2016). " I'm Just a Patient ": Fear and Uncertainty as Drivers of Emergency Department Use in Patients With Chronic Disease. *Annals of Emergency Medicine*, 68(5), 536-543. doi: 10.1016/j.annemergmed.2016.03.053
- Sassen, B. (2017). *Gezondheidsbevordering en zelfmanagement door verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten (7e ed.)*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Soril, L. J. J., Leggett, L. E., Lorenzetti, D. L., Noseworthy, T. W., & Clement, F. M. (2015). Reducing Frequent Visits to the Emergency Department: A Systematic Review of Interventions. *PLoS ONE*, 10(4), 2-18. doi: 10.1371/journal.pone.0123660
- Van den Berg, B., Breuer, J., Van der Boon, D., & Van de Lint, L. (2014). Going Durch: Emergency Nursing in The Netherlands. *Emergency Nurses Associaton*, 40(5), 500-504. doi:org/10.1016/j.jen.2014.05.014
- Van Etten-Jamaludin, F., & Deurenberg, R. (2010). *Praktische handleiding PubMed (3e ed.)*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Hooft, S., Dwarswaard, J., & Van Staa, A. (2015). Ondersteunen van zelfmanagement Wat vraagt dit van verpleegkundigen. *BijZijn-XL*, 3, 8-10. Geraadpleegd van <https://izw-naz.nl/login>
- Van Houtum, L. (2015). *Self-management and support needs of chronically ill people* (ISBN 978-94-6122-354-8). Geraadpleegd van <http://www.nivel.nl>
- Verhoeven, N. (2016). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken (5e ed.)*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- Van Merwijk, C., (eindred.), Schuurmans, M., Lambregts, J., & Grotendorst, A. *Beroepsprofiel Verpleegkundige. Deel 3*. 2012.
- Zwier, M. (2012). Z-scan: een zelfdiagnose instrument Zelfmanagementondersteuning voor Zorgprofessionals (Z-scan CBO). Geraadpleegd van <https://cbo.nl> (z.d.)

BIJLAGEN

BIJLAGE 1 OPERATIONALISATIE SCHEMA

Onderwerp	Dimensie	Indicator	Topic	Literatuur	Interviewvraag
Visie op zelfmanagement					
1 Visie en attitude	SEH-verpleegkundigen hebben oog voor: <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten zelf kiezen hoe de beschikbare zorg wordt ingezet; • Inzicht te hebben in wat patiënten willen en kunnen; • Een vertrouwensrelatie met de patiënt op te bouwen; • Zorg aan te bieden die past bij de cultuur, waarden en opvattingen van de patiënt; • Patiënten goed kunnen leven met hun ziekte 	<ul style="list-style-type: none"> • Verpleegkundige kennis over gezondheids- en zelfmanagement bevordering • De zorgvraag van de patiënt centraal stellen in plaats van het SEH zorgaanbod • Stimuleren van gezond gedrag • Zelfcorrigerend gedrag 	<p>Omgaan met gezondheids-probleem & zorgvraag van de chronisch zieke</p> <p>Gezondheidsvoorlichting & zorgvraag van de chronisch zieke</p> <p>Bevorderen van gezondheidsgedrag & zorgvraag van de chronisch zieke</p>	<p>(Sassen, 2017)</p> <p>(Zwier, 2012)</p>	<p>Wat versta je onder beschikbare verpleegkundige SEH zorg, zorg bieden die past bij de patiënt, zorg bieden die de patiënt verder helpt in zijn dagelijks leven met de chronische ziekte</p>

	Onderwerp	Dimensie	Indicator	Topic	Literatuur	Interviewvraag
2	Kennisoverdracht	<p>SEH-verpleegkundigen geven informatie over/ en het leren van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Waar patiënten op moeten letten ten aanzien klachten en symptomen; • Samenhang te leren zien tussen hun ziekte en symptomen; • Dat patiënten met veel ziektekennis beter met hun ziekte leven dan patiënten met minder kennis; • Ingewikkelde of moeilijke informatie op een eenvoudige manier uitleggen; • Inzicht te krijgen in het ziekte kennisniveau van de patiënt • Bij wie kunnen patiënten terecht met hun vragen 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoren van symptomen • Angst reduceren • Behandelresultaten bespreken • Kennis over de ziekte • Acceptatieproces van de ziekte • Therapietrouw • Uitleg over medicatie gebruik • Leefregels • Leren omgaan met beperkingen • Nazorg geven 	<p>Individuele gezondheidsvaardigheden afstemmen</p> <p>Individuele gezondheidsverschillen opsporen</p> <p>Geven van gezondheidsvoorlichting</p>	<p>(Sassen, 2017)</p> <p>(Zwier, 2012)</p>	<p>Kun je iets vertellen over de manier waarop je kennis deelt en navraag doet naar het ziektekennis niveau van de patiënt?</p>

	Onderwerp	Dimensie	Indicator	Topic	Literatuur	Interview vraag
3	Coaching	<p>SEH-verpleegkundige biedt ondersteuning bij:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat wil de patiënt bereiken met zijn behandeling; • Doelen die de patiënt belangrijk vindt, ook als deze niet direct medisch zijn; • Het helpen om de patiënt haalbare doelen te stellen • Het verkennen van verschillende mogelijkheden om de patiënt zijn doelen te bereiken; • Het helpen activiteiten te kiezen die de patiënt goed aan kan 	<ul style="list-style-type: none"> • Doelen bespreken • Negatieve- en positieve kanten van adviezen bespreken • Eigen effectiviteit bespreken • Het gewenste gedrag volhouden • Voorkomen van verergering • Wat heeft de patiënt nodig aan verpleegkundige zorg bij het uitvoeren van gezond gedrag? • Psychosociale problematiek 	Leren gezondheidsprobleem gerelateerd aan de chronische ziekte op te lossen	(Sassen, 2017) (Zwier, 2012)	Kun je een beschrijving geven hoe je ondersteuning biedt bij de behandeling/ doelen die de patiënt wilt behalen

	Onderwerp	Dimensie	Indicator	Topic	Literatuur	Interview vraag
4	Wegwijzen voorzieningen	<p>SEH-verpleegkundigen wijzen de weg naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personen en organisaties die kunnen helpen /ondersteunen in het leven met de ziekte; • voorzieningen die passen bij de voorkeur, affiniteit en de leefwereld van de patiënt; • Betrouwbare informatie over voorzieningen en delen dit met de patiënt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Communicatie • Steun bieden • Vertrouwen • Zorgplan • Multidisciplinair samenwerken • Ontslaggesprek houden 	Leren samenwerken met zorgverleners	<p>(Sassen, 2017)</p> <p>(Zwier, 2012)</p>	<p>Hoe sluit je een bezoek/ consult/ behandeling aan de SEH af?</p> <p>Welke verwijzing/informatie geef je mee zodat de patiënt een SEH bezoek kan voorkomen?</p>

	Onderwerp	Dimensie	Indicator	Topic	Literatuur	Interview vraag
Zelfmanagement in de praktijk						
5	Zelfmanagement in het consult	<p>Als ik als SEH -verpleegkundige voor de patiënt zorg dan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kan de patiënt een voor hem /haar passende manier een eigen aandeel in de zorg nemen; • kan de patiënt beslissen over het instellen en aanpassen van de behandeling na overleg of advies; • hou ik bij het geven van informatie rekening met wat de patiënt wil weten over de ziekte en/of behandeling; • iedere keer als de patiënt terug komt op de SEH vraag ik wat hen goed afgaat in het leven met de ziekte en welke problemen zij ervaren 	<ul style="list-style-type: none"> • Geïnformeerde patiënt • Actie plannen • Kennis overdracht • Is er contact geweest met andere zorgverleners, huisarts, praktijkondersteuners, tweedelijns specialist 	Zorg-onafhankelijkheid stimuleren	(Sassen, 2017) (Zwier, 2012)	Kun je eens vertellen wat het zorgen voor jou als SEH verpleegkundige inhoud bij patiënten uit de chronische zieke patiëntengroepen die regelmatig terug komt op de SEH (3x per jaar)

Onderwerp	Dimensie	Indicator	Topic	Literatuur	Interview vraag	
Zelfmanagement in de praktijk						
6	Omgevingsfactoren/ randvoorwaarden	Als SEH-verpleegkundige word ik voldoende gefaciliteerd in <ul style="list-style-type: none"> • ICT mogelijkheden om zelfmanagement van patiënten te ondersteunen; • een speerpunt van kwaliteitszorg te maken om zelfmanagement te stimuleren; • zelfmanagement ondersteuning aan te bieden als vast onderdeel van de zorgprotocollen 	<ul style="list-style-type: none"> • Het inzetten van het internet als bron van informatievoorziening • Patiënten aanmoedigen om hun vragen en zorgen over informatie van het internet te delen met arts of SEH-verpleegkundige • Verwijzen naar betrouwbare internetsite waar gezondheidsinformatie is te vinden 	Eigen regie vergroten Toekomst van de chronisch zieken en de SEH bezoeken	(Sassen, 2017) (Zwier, 2012)	Wat verwacht je van het ADRZ bij het in ondersteunen van gezondheids- en zelfmanagement bevordering?

Interview 29-08-2018

Dit is een interview met Alette Raatjes, zij wordt weergegeven met de letter AL. Dit is het vijfde interview na het proefinterview. Ik zal de fragmenten coderen met een 5. Dit bepaalt de fragment nummering. Dit is een transcriptie van een semi gestructureerd interview.

Algemene deel

A: Goedemiddag Alette, ik ga jou interviewen voor mijn eindonderzoek voor de HBO-V. We gaan het hebben over mijn centrale vraagstelling. Mijn centrale vraagstelling is dat ik wil weten van jou: op welke wijze geef jij op de SEH als SEH verpleegkundige, je bent aan het eind van de opleiding, maar voor mij ben je al SEH verpleegkundige, hoe geef jij in het ADRZ zelfmanagement bevordering en gezondheidsbevordering bij de drie genoemde chronische patiëntengroepen. Ik herhaal ze nog even, de COPD'ers, de diabeten, zo wie zo type een en twee, ook al komen die niet direct met hun diabetes gerelateerde klacht maar ze hebben het als co-morbiditeit en de hart- en vaatziekten. Hoe geef jij invulling aan die twee items? En als eerste zou ik van jou willen weten, wie ben je en hoe ben je eigenlijk op de SEH terecht gekomen?

AL: Ja, oké Ik ben Alette Raatjes, ik ben 44 jaar. Ik heb havo gedaan daarna heb ik een de pabo gedaan, daarna op de hbo-V beland korte tijd in de wijk gewerkt, echt een blauwe maandag. Toen ben ik het ziekenhuis beland eerst een hele korte tijd op de interne afdeling 4 maanden daarna heel snel op de kinderafdeling terecht gekomen en de kinderaantekening gehaald. Achttien jaar gewerkt en ook nog in de tussentijd pabo gehaald maar tussendoor wel altijd op de kinderafdeling blijven werken dus is eigenlijk wel het grootste deel van m'n carrière is de zorg geweest. En toen na die 18 jaar was ik wel toe aan een nieuwe uitdaging. Nou die heb ik gekregen, op de SEH beland! En daar zit ik nu ruim twee jaar bijna klaar met de opleiding.

A: Eigenlijk klaar toch?

AL: Ja zo voelt het wel. En daar ga ik nu verder

Fragment 5.1 Visie en attitude

A: Dus eigenlijk in educatie ben je best wel heel goed in. Daar ben ik wel benieuwd naar.

AL: Ja want op de kinderafdeling was ook training in de NLS. Dat vond ik ook erg leuk om te doen scholing geven vond ik ook een leuk stukje. Educatie

A: Hartstikke leuk! Nou ik ben benieuwd nou ik wil van jou is gewoon weten van hoe en wat versta jij zoals nu als verpleegkundige werkt op de spoedeisende hulp onder zorg bieden die pas echt bij een patiënt met een chronische ziekte om die verder te helpen met zijn chronische ziekte. Dus hij komt met een klacht spoedeisende hulp hoe gaat dat dan. Dus je wil eigenlijk van jou wil ik weten van die patiënten die komt op spoedeisende en hoe geef jij nou zorg past om die patiënten helpen te leven met zijn chronische ziekte.

AL: Nou ik denk ik versta daaronder sowieso eerst in gesprek gaan met de patiënt er op door vragen of vragen stellen aan ten eerste wat is er aan de hand. Wat is nu de klacht en waar komt dat uit voort. Dus ik denk dat een groot onderdeel is in gesprek gaan met de patiënt. Vragen stellen: wat is er aan de hand, wat ligt eraan ten grondslag, wat kan de oorzaak zijn bijvoorbeeld inderdaad bijvoorbeeld medicatie trouw. Dus ik denk dat dat een groot deel is en dan in het gesprek kun je adviezen geven. Dus in gesprek gaan en adviezen geven is er een onderdeel van.

A: Dat vind jij een belangrijke taak voor jou.

AL: Het is niet dat ik er altijd veel tijd voor heb maar eens een ander verhaal denk ik maar dat vind ik wel een taak voor mij.

A: Kan die patiënt dan zelf ook kiezen als jij dan zeg maar in gesprek gaat met die patiënt en je hoort zijn klacht aan en die arts komt met een behandeling op de spoedeisende hulp kan je zelf kiezen welke behandeling er ingezet wordt. Heeft die ook daar invloed op?

AL: Dat heb ik nog niet vaak gezien, soms. Soms hoor je wel als een arts bepaalde opties geeft om patiënt mee te laten kiezen maar heel vaak vind ik kan dat niet zo is.

A: Want jij zegt van ik vind het belangrijk om een anamnese af te nemen. En is er dan voor jou verschil of jij dan een COPD'er voor je hebt of een patiënt die lijdt aan diabetes of een patiënt die lijdt aan hart- en vaatziekten? Zit daar verschil in voor jou?

AL: OM de anamnese af te nemen in je benadering of in je vraagstelling?

AL: Misschien niet per se het ziektebeeld maar wel de patiënt die je voor.

A: Daar differentieer je wel in? Want krijg jij daardoor inzicht in wat de individuele patiënt wil en nog kan?

AL: Ik denk dat je daar zeker inzicht in kan krijgen door, zo leer je je patiënt wel te kennen door in gesprek te gaan met de patiënt. Kun je opmaken van hoeveel kennis heeft de patiënt, wat wil de patiënt, of wat heeft die patiënt eigenlijk een nou niet per se een keus maar heeft de patiënt heeft hij heeft hij ideeën over bepaalde dingen of heeft de patiënt klakkeloos wat de dokter zegt of wat ze familie zegt. Of heeft hij zelf inderdaad ideeën en wil die meer dan wat erin. Dat kun je wel in een gesprek eruit halen

A: Haal jij dat eruit in dat korte tijdsbestek op de SEH?

AL: Nee, ik denk vaak niet.

A: Heel vaak niet Oké. Vind jij dat jij een vertrouwensrelatie met de patiënt hebt op dat moment?

AL: Ja en die zal ik de ene keer makkelijker op kunnen bouwen dan de andere keer maar relatie met de patiënt is sowieso denk ik een vertrouwensrelatie

A: Want hij vertelt jou veel neem ik aan

AL: Maar die zal de ene keer makkelijker op te bouwen zijn dan de andere keer

A: En waar is dat afhankelijk van?

AL: ik denk van mijn persoon en van de patiënt de persoon van de patiënt en ook van de tijd die ik heb, de tijdsdruk.

A: Want heeft is dat iedere dag van invloed tijd?

AL: Ja zekers

A: Is het je vijand?

AL: Soms wel

A: Want ik hoorde dat ook weer terug in interviews zeg maar dat mensen zeggen tijd. Ze moeten binnen 2 uur van spoedeisende hulp.

AL: Die tijd heb ik niet zo in m'n achterhoofd zitten want dat nou ja, dat vind ik zelf niet per se, tuurlijk is het fijn dat iemand er kort is. Maar als iemand tweeënhalf uur of drie uur ligt een betere zorg gehad oké.

A: Dan vind ik je dat een meerwaarde hebben

AL: Dan vind ik de meerwaarde dus het is niet zodat ik in m'n achterhoofd houdt elke keer dat ik elke keer denk o is die twee uur al voorbij maar de tijd kan wel een druk geven van 'het is heel druk heel druk

de wachtkamer zit vol dan kun je niet op je gemak of op je gemak. Dan kun je niet rustig en een diepgaand gesprek voeren. Het is moeilijker dan in ieder geval

A: En op rustige momenten kun je het dan wel?

AL: Dan heb je er in ieder geval meer rust en tijd voor en ik er neem dan ook meer tijd voor.

A: Dan neem je er meer tijd voor En heb je dan zeg maar aandacht voor de specifieke zorgvraag van de patiënt?

AL: Nou nu jij dit zo oppert in dit interview dit denk ik dat dat dat veel meer kan hebben en dat dat zeker veel meer kan uitdiepen. En... als ik moet het niet vergelijken met het werk op de kinderafdeling maar ik denk dat ik daar heel veel mee bezig was. En daar goed in was zeg maar en dat ik het nu veel meer uit zou kunnen halen dan dat ik tot nu toe gedaan heb.

A: En heb je daar een idee van hoe dat komt? We hebben tijd al genoemd.

AL: Tijd en dan denk ik ook wel de manier van werken zoals ie misschien een beetje is op de spoedeisende hulp. Beetje cultuur. Cultuur, dat je zeker in het begin dat het wel eens collega's hebt gehoord van 'nou wat doe je daar dan nog steeds bij de patiënt'. Dat ik wel eens een praatje aan het maken niet per se omdat dan uit te vragen. Maar wel dat het een begin zou kunnen zijn voor zo'n gesprek dat dat toch niet altijd gewaardeerd wordt. In het begin ben je daar gevoelig als leerling. En nu zou dat eerder denken van 'nou ik doe dit' of ik ga het gesprek aan

A: Dat vind jij waardevol?

AL: Ja maar het is wel de cultuur denk ik ook. Het is niet alleen tijd maar ook cultuur.

A: Mooi dat je dat zegt inderdaad. Want vind je dat het zorgaanbod centraler staat op de SEH? We hebben net gezegd: jij kijkt wel echt of je andere patiënten met COPD of hart- en vaatziekten of met diabetes maar het zorgaanbod van spoedeisende hulp is dat voor iedereen eigenlijk hetzelfde?

AL: Ik snap je vraag eigenlijk niet zo goed

A: Dus zorgaanbod bedoel ik meer van: nou oké ook al kom je met COPD of kom je met een diabetes die uit de bocht is gevlogen of met pijn op de borst wat over is. Je krijgt gewoon het zorgaanbod van de spoedeisende hulp dat is eigenlijk technisch noemen en sommigen het medisch. Maar het is lab onderzoek, je krijgt een ecg en je krijgt een thorax. En kom je over 3 weken weer terug want deze categorie komt terug dan doen we het weer. Vind jij dat of zeg jij van: 'nou als die patiënt na 3 weken terugkomt dan gaan we toch wel eens kijken weer op een andere manier naar die patiënt kijken.

AL: Ik denk dat er altijd heel afhankelijk is van wie je voor je hebt. Van welke dokter en welke verpleegkundige. Dat is nu een beetje mijn ervaring. Want nu heb ik neem die meneer in mijn hoofd die ik terug zag op de spoed.

A: En wat voor meneer was dat?

AL: Dat was een meneer met pijn op de borst kwam. Ik herkende hem niet aan de naam maar wel aan het al gezicht dat ik denk: he ik heb jou eerder gezien. En dat ik in mijn herinnering zoiets had van he vorige keer zat er volgens mij heel veel angst bij en ik terug ben gaan zoeken. Dat ik in m'n eigen aantekeningen o, ja dat was ook zo. Toen was er niks uitgekomen en nu ook aan zijn verhaal weer antwoorden; ja je maakte je druk ergens om dat was vorige keer ook kon ik me herinneren. Ja dat was ook zo. Maar er is nu wel weer alles ingezet. De zorg is wel weer hetzelfde in gegaan.

A: En de uitkomst was ook hetzelfde?

AL: Ja.

A: Er kwam geen infarct uit.

AL: Nee de uitkomst was hetzelfde. Dus ik denk dat het uitmaakt als je natuurlijk misschien dezelfde arts weer had gehad had hij het misschien ook herkent. En gedacht: o, misschien kunnen we het op een andere manier inzetten? Hoe kunnen we een goed gesprek met die meneer aangaan? Ik geloof wel maar dat weet ik niet, dat die meneer

De eerste keer, maar dat zou ik na moeten gaan, is geadviseerd om in zijn eigen ziekenhuis in Breda ... een afspraak te gaan maken om daar goed. Hij is daar niet goed geïnformeerd denken wij En dat hij daardoor angstig is want hij had wel een endocarditis meen ik, dus de angst kwam wel ergens vandaan.

A: Maar hoe die verder daar mee om moest gaan dat was verder niet besproken?

AL: Nee maar nu het is een vakantieganger die hier lang verblijft dus misschien volgende week ook weer terug staat dat gaf hij zelf al aan; 'ik denk dat ik hier binnenkort weer sta.' Dus dat hebben we ook al tegen elkaar gezegd, dus als ik hem de volgende keer weer zie en als ik het op tijd weer herkennen want nu. Nu ging ik eigenlijk pas meer dacht van: hé angstig dat was de vorige keer ook. Dus misschien denk je nu bij de volgende keer wel binnenkomst dat o, ja bent u weer. Dat is lastig als je altijd andere artsen hebt en andere verpleegkundigen tenzij je tijd hebt om van tevoren in te lezen.

A: Dus dan zou het al en dan zou al zelf beter geïnformeerd zijn.

AL: En dan zou je kunnen denken: 'o, ja dat is deze meneer vorige keer was er niks uitgekomen. Je leest het terug had ie toen ergens angstig voor was maar goed dat is moeilijk, en daar is ook tijd voor nodig.

A: Dus als ik het samenvat dus als ik het niet goed samenvat moet je mij corrigeren. Dan zeg jij van nou voor mijn is beschikbare verpleegkundige SEH zorg eigenlijk zorg die past pas om die patiënt moet leren leven met chronische ziekten is een goede anamnese af, het is luisteren naar zijn klacht, ook kijken naar zijn voorgeschiedenis heb ik jou horen noemen en ik hoorde ook, wat mij opviel, is dat jij ook al het om angstcomponent noemt. Dat je daar ook oog voor hebt. Dat de tijd toch ook vaak beperkt is maar wel dat het je wel dat je een belangrijk vindt en als je tijd hebt dan ga je daar ook daadwerkelijker dieper op in.

A: En je noteert het ook? Want je zag het ook van je vorige keer

AL: Ik had de vorige keer genoteerd dat ie angstig was vanwege zijn hoge bloeddruk

A: Ja ik kon het terug lezen

AL: Ja ik kon het terug lezen en in mijn gedachten kon ik nog.... hij was ergens toen angstig ook dat kon ik gelukkig teruglezen. En nu heb ik ook genoteerd dat hij zich druk maakte om de ruzie met de buurman. Ik heb nu ook eigenlijk benoemd was de vorige keer ook, heb ik naar hem genoemd, ook angstig vanwege uw hoge bloeddruk Dat heb ik benoemd met hem. Ja dat klopt zei ie z'n bloeddruk apparaat had die jammer genoeg thuis laten staan maar misschien is dat wel goed had ik nog benoemd. Ik had er natuurlijk als je het goed doet, als je dat veel dieper op in kunnen gaan. En hij is de vorige keer extra aandacht, dat is hem aangeraden om naar Breda te gaan. En inderdaad daar goede uitleg te krijgen van zijn eigen arts maar ik denk niet dat hij dat krijgt. Dus daar is ook een haat, ook van ons, maar ook van hem mogelijk ook. Dat weet ik niet maar de zorg kan wel beter.

Fragment 5.2 Kennisoverdracht

A: Dus als we het over kennisoverdracht hebben dan ...kun je mij daar iets over vertellen van ja doe jij zeg maar bij patiënt informeer je naar de kennis overigens een ziekte die de chronische ziekten?

AL: Nee

A: Want snap je als een patiënt beter geïnformeerd is over z'n ziekte dat ie dan beter met z'n ziekte om kan gaan dan dat dan hij er niet over geïnformeerd is.

AL: Ik denk dat ik dat, nee, dit is echt kennis die ik op doe van patiënt over zijn ziekte is wat ik tussen de regels doorlees over wat hij zegt maar het is niet zo dat ik daar bewust naar vraag

A: Want patiënten geven aan waarom komt u naar de SEH: want het gaat nu niet meer hè? En dat je patiënten kan leren hoe ze eigenlijk op hun symptomen moeten gaan letten en wat ze daar, hoe ze daarop kunnen inspelen dat is een belangrijk instrument bij zelfmanagement bevordering. En leer jij je patiënten te monitoren van symptomen he, want ze had het net al over dat die meneer de bloeddrukmeter had. Kun je daar iets over vertellen?

AL: Nou ik vraag wel door als een patiënt komt en zegt het gaat niet meer. Dan zal ik wel door vragen wat gaat er niet meer? Ik wil wel specifiek weten wat er aan de hand? Maar het is nog niet een patiënt leren omgaan met zijn symptomen natuurlijk. Ik ga even denken; doe ik dat?

A: Maar misschien dat er dan op andere ideeën komt dat je een patiënt samenhang leert tussen zijn ziekten en zijn symptomen. Dan stel je voor dat een COPD'er, als we het dan over gezondheidsbevordering hebben, die blijft roken, dat zijn rookgedrag wel ook meedraagt aan z'n SEH bezoeken en aan zijn exacerbaties. Wijs je 'm daarop of komt dat ook niet ter sprake?

AL: Dat zal ik zeker wel benoemen maar dat is maar een klein onderdeel dat ik dan benoem. Ja.

A: Dus het is er wel het komt wel terug als je zeg maar een patiënt met atriumfibrilleren die elke keer ook terugkomt op de SEH omdat hij palpitaties heeft. Dat daar angst onder zit. Doe je daar wat mee want je hebt wel oog voor angst dat gaf je net zeker aan.

AL: Ja ik ga terug naar een voorbeeld van iemand met atriumfibrilleren. Daar probeer ik te achterhalen wat was de oorzaak en dat was meneer die had zich druk gemaakt in die zin van heel erg lichamelijk ingespannen. Dan probeer ik wel de oorzaak te achterhalen. Het was ook al een man die meen ik meerdere keren had gehad en die had zich lichamelijk heel erg druk gemaakt.

A: Dus daar is wel de samenhang tussen ziekte en symptomen. Dus daar zoek je wel naar?

AL: Dus bent u ziek geweest? Heeft u griep gehad, stress gehad? En toen kwamen we alleen maar op: 'nee, maar wel in de tuin had die iets heel zwaars gedaan. Dus ik probeer daar zeker naar te zoeken en de patiënt op te wijzen. En ik probeer ook wel uitleg te geven wat maar dat is anders dan het is wel in 't verlengde het is het eerste stukje wat atriumfibrilleren is en wat het kan veroorzaken.

A: Is dat dan nieuw voor die patiënt? Is dat dan de eerste keer dat deze patiënt dat hoort?

AL: Dat weet ik niet. Ik denk dat deze patiënt het wist maar soms voor sommige patiënten is het wel nieuw. Maar daar heb ik ook niet altijd zicht op of dat nieuw is.

A: En je, een beetje dezelfde maar in het dagelijks leven komen wij heel veel verschillende mensen met verschillende gezondheidsvaardigheden, dus die kan bijvoorbeeld ingewikkelde folder best goed lezen en die informatie tot hem krijgen. Maar we weten ook dat patiënten met minder gezondheidsvaardigheden meer chronische ziekten hebben. Spoor jij die verschillen op of zie jij dat?

AL: Mmm

A: Dus zeg ik het maar even het gaat niet zozeer dat patiënten zeg maar het wordt hoog en laag opgeleid, dat is een beetje naar, maar je ziet dat mensen die meer hogere sociale economische status hebben ten opzichte van mensen die een lage sociale economische status hebben dat die de gezondheidsvaardigen van mensen met meer geld beter is dan mensen met armoede.

AL: Of ik dat opspoor?

A: Of je het ziet? Ik kan misschien beter vragen van je informatievoorziening stem je die af op je individuele patiënt

AL: Ik kan wel zeggen dat doe ik maar ik probeer een voorbeeld te zoeken hè.

A: Oh je snapt de putjesschepper die moet een andere voorlichting krijgen dan een meneer die bij een belastingkantoor werkt.

A: We hadden laatst een mevrouw dat was een cultureel verschil zeg maar. Dat was een mevrouw die ook geen Nederlands sprak wel maar haar familie wel. Ik zit te denken wat had zij...ze had epilepsie dat is een andere categorie. Even denken of ik daar een voorbeeld van heb maar ik denk wel dat ik het zeker opspoor. Want ik kan me wel ik heb nu geenvoorbeeld paraat.

A: Nee hoor ik hoef ook geen voorbeeld. Maar jij wel wat gevoel dat dat zeker ziet in je afstemming met je patiënt.

AL: Ja ik kan wel zeggen dat ik dat wel zie. Maar dat is mijn gevoel he.

A: Ja, ja maar sommigen zeggen nee dat doe ik niet, ze zeggen gelijk van: 'nee dat doe ik niet want ik heb gewoon standaard hè.'

AL: Ik bedenk en dat is maar ook mijn gevoel dat die net z'n angstiger zijn omdat ze gewoon niet ook niet zo goed weten wat er aan de hand is. En het ook niet kunnen plaatsen en dat vind ik persoonlijk maar dat is ook wat ik in de afgelopen 2 jaar soms zie wij walsen wel heel makkelijk over dingen heen. En we hebben heel gauw een mening maar ik vind dat we ons te weinig realiseren als jij daar ligt met pijn of wat dan ook angst. Je weet niet wat er aan de hand is, ja jij ligt daar. Daar schort het weleens aan vind ikzelf. Ik probeer dat elke keer, heb ik, ik betrap mezelf betrap als je moe bent maar ik probeer wel echt dat ik zelf niet hospitaliseer want dat merkt echt onder een aantal collega's...

AL: Dat staat ook een beetje los van dit item

A: Nee zeker. Nee nee, dat heeft er absoluut mee te maken

AL: Ik wil er voor blijven waken dat ik echt de patiënt wil blijven zien. Dat wil ik!

A: Deze patiëntencategorie, daar hebben we het net over gehad, hoe vaak zie je deze in de week?

AL: Ow, dagelijks

A: Ja daar word je dagelijks mee geconfronteerd met COPD'ers, met diabeten, en met hart- en vaatziekten.

A: Zie je nu, je had net een meneer die hè zag hè herhaaldelijke gezien 2 keer achter elkaar. Kijk jij ook altijd in de status hoe vaak een patiënt is teruggekomen?

AL: Nee niet zo.

A: vertellen patiënten het zelf aan je?

AL: Soms wel soms niet denk ik. Ik weet niet of iedereen dat doet.

A: Of dat ze zeggen: 'ik ben net ontslagen van de AOA.

AL: Dat zegen mensen vaak wel. Als ze net zijn ontslagen wordt het, denk ik hè, als mensen het niet noemen weet ik het niet. Maar

A: Een durf jij dan, zou jij dan behandelresultaten durven te spreken? Dus die patiënt krijgt een behandeling en die heeft daar toch een bepaalde verwachting van dat hij daar hopelijk beter van wordt. Zou jij die resultaten durven te bespreken met de patiënt of navraag naar doen?

AL: Ja dat durf ik wel.

A: En denk je daar ook aan?

AL: Nee te weinig.

A: Heeft dat een reden denk je?

AL: De reden is dat ik te veel mezelf altijd bezig ben geweest zijn en dat ik verder groeien moet.

A: Verder... deze categorie patiënten blijkt uit de literatuur dat ze zich overschatten qua therapie trouwheid. Dat is vooral met medicatie inname, hoe de COPD'ers sprayen en hoe de hart- en

vaatziekten hun medicatie innemen maar ook hoe de diabeten hun gedrag afstemmen op hun spuitschema. **Vraag jij daar hoe neemt u medicatie in en hoe is dat de afgelopen dagen gegaan?**

AL: In het algemeen bij mijn patiënten vraag ik het wel maar niet standaard bij deze groepen.

A: Je relateert niet hun acute probleem aan misschien therapie ontrouwheid?

AL: Als ik daar een reden voor heb maar dat kan ik hier natuurlijk goed bij hebben ja bij deze categorie. Bij een hyper of hypo zo wie zo wel.

A: Dan gaat het lampje branden

AL: Maar bij een AF misschien niet altijd terwijl dat ook heel goed kan zijn.

A: Of een decompensant, of bij een COPD'er dat ze minder puffen

A: Een tweede vraag hierbij is of je **uitleg geeft over medicatie. Maar doe je dat?**

AL: Nee dat laat ik altijd aan de arts over

A: Maar zou die dat bespreken denk je?

AL: Ook weer heel erg afhankelijk wie je voor je hebt denk ik.

A: Word het wel eens besproken denk je door de arts?

AL: Ja ik denk het wel

A: Dat hij wel navraag doet naar therapietrouw en hoe die medicatie inneemt?

AL: Ja ik denk het zeker wel. Aantal artsen doen het zeker

A: We hebben het net over medicatie gehad maar **leefregels zijn natuurlijk ook** heel erg van invloed op chronische ziekte. Doe je daar navragen of die patiënt zich gehouden heeft aan z'n leefregel of dat of hij weet of hij leefregels heeft.

AL: Ik vraag wel naar meer algemeen heeft u de laatste dagen nog alleen maar gezeten. Dat soort dingen. Ja leefregels het overlapt misschien een beetje 't zijn niet echt leefregels waar ik naar vraag denk ik. Maar wel hoe is 't thuis gegaan?

A: Maar dat is algemeen maar niet specifiek naar de leefregels die hij van de praktijkondersteuning heeft gehad. Want als die leefregels heeft gehad moet hij ook omgaan met beperkingen.

AL: Ja'

A: Maar daar doe je dan ook geen navraag na. En **nazorg geven** doe je dat op de SEH?

AL: Hoe bedoel je dat?

A: Als een patiënt weg gaat zeg maar, ja de volgende dag neem je dan nog contact op met je patiënt?

AL: Nee

A: Dus als je je patiënt weg gaat dan handel je het SEH consult af en dan is daar bij jou zorg klaar.

AL: Ja

A: Nou je benoemt dan hè van dat je wel inzicht wil hebben in of je patiënt kennis hebt. Je stemt wel jouw informatie af op het niveau van de patiënt. Je zegt wel bij jezelf: ik zou dat uitgebreider kunnen doen door middel van uitgebreider naar zijn medicatie te kunnen vragen en naar zijn therapietrouwheid en leefregels en of die kan omgaan met z'n beperkingen. Nu denk je dat de arts dat meer doet maar dat is eigenlijk afhankelijk van welke arts (samenvatting)

AL: En daar ben ik ook niet bij.

A: En je bent er ook niet altijd bij, soms wel

A: Heb ik dat goed samengevat zo?

Fragment 5.3 Coaching

A: Kun je mij eens vertellen of je navraag doet naar doelen of die een patiënt heeft?

AL: Nee ik geloof niet dat ik dat gedaan heb

A: Want dan zou de volgende vraag aan jou hoe bied jij ondersteuning bij doelen en dan zou je vervolgens je patiënt kunnen vragen van: **wat wilt u bereiken met dit spoedeisende hulp bezoek?** Je zou ook kunnen vragen wat zijn belangrijke doelen in leven? En dan zie je bijvoorbeeld dat patiënten zeker als jij al zegt: van ik neem een goede anamnese af, dan zie je bijvoorbeeld dat patiënten zeggen ik kan eigenlijk niet meer fietsen met mijn kleinkinderen ik te kortademig ben. Ik denk wel dat je dat wel herkent dat patiënten dat tegen je zeggen.

AL: Of ik kan niet meer naar de winkel en dat kon ik gisteren nog wel.

A: En dat zijn niet medische doelen en die zijn voor de patiënt heel belangrijk en daardoor is dat een **stukje positieve gezondheid voor die patiënt Benadrukken je dat of niet?**

AL: Dat dat positieve ...

A: Ja dat dat positieve gezondheid is en dat we dat aan de patiënt weer terug moeten kunnen geven eigenlijk. Want dat zijn wel voor chronisch zieken lichtpuntjes in het leven.

AL: Nee dat heb ik nog nooit gedaan

A: En ja doe je wel eens activiteiten bespreken die de patiënt kan doen om zijn doelen te behalen? Gaan we straks nog wel even verder op door. Je zou bijvoorbeeld kunnen denken aan bewegen, niet roken, sporten.

AL: Niet roken dat opper ik weleens. Soms in een grap vorm of grap maar je kijkt een beetje van welke patiënt heb ik voor mij, hoe kan ik het zeggen. Ik benoem dat wel

A: Maar dit soort patiënten weten heel Nederland weet dat roken slecht voor je is en geef je dan ook, stel je voor dat die patiënt nou aan jou laten weten van ' ik wil stoppen met roken maar het lukt niet.' Ik denk dat je dat ook wel heel vaak al hebt gehoord of niet?

AL: Nee dat kan ik niet zo zeggen

A: Maar stel je dat een patiënt zegt ik van ik wil wel beter gaan eten of meer bewegen maar het lukt mij eigenlijk niet. Kun jij 'm dan ondersteuning bieden om ja die doelen te gaan werken en ook doorverwijzen?

A: ik denk dat ik dat wel kan

A: Zou je dat kunnen vanaf de spoedeisende hulp?

A: Nou ik moet zoeken hoe ik dat moet doen maar dan zou ik neem aan dat ik wel iemand naar via de arts naar de diëtiste of naar de poli kan verwijzen.

A: Is daar ruimte voor op de spoedeisende hulp?

AL: Nou als het druk is misschien niet. Maar ik vind wel dat ik dat als verpleegkundige zeker moet proberen. Dat ik wel tegen de arts moet zeggen moet je eens luisteren: ' deze patiënt zelf aan daar moeite mee te hebben en dat ze willen.' Ik vind dat wij de patiënten in moeten ondersteunen. We zouden ook nog naar de huisarts kunnen bellen, zo van deze patiënt is nu hier en geef dit aan en zou u dat willen oppakken. Ik vind wel dat we daar een weg in moeten vinden ook al is het druk

A: Maar is het de afgelopen tijd wel eens voorkomen?

AL: Nee niet dat ik weet.

A: Het is niet dat het al gebeurd

AL: Ik denk niet dat er veel aandacht voor is. Ja misschien ook sporadisch een dokter die dat weer oppikt en dat kan he daar heb ik ook niet altijd zicht op. Maar het is ook niet dat ik dat nou zeg maar al op mijn lijstje staan

A: Benadruk zeg maar

AL: Nee, nee

A: Want je snapt als die patiënt niet meer terug wil komen op de spoedeisende hulp dan heeft dat goede gedrag dat moet hij blijven volhouden. Maar dat is nieuw gedrag van die patiënt is dat is best heel moeilijk

AL: ja

A: Dus daar moet hij ondersteuning in hebben van iemand buiten de spoedeisende hulp. Is dat er op de spoedeisende hulp nu aanwezig?

AL: Dat ze leefregels meekrijgen van de arts op de spoedeisende hulp

A: En dat moeten volhouden en dan ook meer ondersteuning daar weer bij moeten hebben om

AL: ik ga ervan uit dat dat via de poli geregeld gaat worden. Maar dat is misschien wel niet zo

A: Want denk je dat op de poli daar daadwerkelijke andere zorg wordt gegeven dan wij doen op de spoedeisende hulp?

AL: Nou ik ga ik denk ik wel dat een poli een vervolgtraject kan inzetten daarvoor en bijvoorbeeld een diëtiste kan inschakelen daarnaast hè. Dat de poli kan zeggen met de patiënt van: nou u bent u bent op spoedeisende hulp geweest, u bent wat van medicatie veranderd, we zien dat u dat en dat problemen heeft gehad daarbij is u aangeraden dat en dat dieet te volgen. Ik zeg maar wat, ik heb er geen zicht op maar dat lijkt me wel op de poli.

A: Dat ja, en dan zou jij ook wel aan je patiënt kunnen meedelen van op de poli worden deze leefregels die u krijgt nog een keer met u besproken en geëvalueerd.

AL: Dat kan ik zeggen maar dat zeg ik dat zeg ik natuurlijk ook zonder dat ik dat weet. Dat ik het zeker weet. Dus dat vind ik lastig.

A: Eigenlijk het vervolgtraject naar de spoedeisende hulp weten we eigenlijk niet zo goed. Dus het ondersteuning bieden bij de behandeling en de doelen die de patiënt zou kunnen halen om verergering van z'n chronische ziekte te voorkomen en eigenlijk ook een bezoek aan de SEH ook te voorkomen daarmee. Er wordt niet echt navraag gedaan naar doelen maar dat zou je best willen. Ook niet medische doelen en dan vooral in de hoek van de positieve gezondheid dat benadruk je nog niet maar dat zou je ook wel openstaan. En activiteiten die de patiënt nodig hebt om die goede doelen eigenlijk vol te houden of om te bereiken daarin, dat is moeilijk omdat je eigenlijk niet goed weet hoe je dat verwerken.

AL: Er schiet mij nu ook een voorbeeld te binnen toevallig twee weken geleden een nieuwe diabeet. Die heb ik niet opgevangen, wat werd er toen gedaan.... Die werd opgenomen maar die was niet heel ziek maar die mensen herkenden de symptomen omdat een broer het ook had.

A: Dus er was al kennis

AL: Oh ja ik moest even een insulinepomp aansluiten, dat was het! Dat heb ik gedaan en toen vroeg ik even bij mensen na, of zij vroegen het aan mij van hoe nu verder? Ik zei: u wordt zo opgenomen op de AOA. En toen vroegen zij, ik weet niet eens meer welke specifieke vraag het was maar het was wel in het kader van diabetes en de verdere begeleiding en toen moest ik eigenlijk het antwoord schuldig blijven hè. Ik ga ervan uit dat er daar diabetesverpleegkundige is die verder helpt. Dat antwoord heb ik gegeven omdat ik dat ook van de kinderafdeling herkende. Dat weet ik ook niet zeker dat heb ik eerlijk benoemd omdat ik het niet wist. En dat is ook een beetje ook een hiaat in vervolg kennis **A:** Dus eigenlijk zegt je van doelen en activiteiten die wij de patiënt opleggen tot betere en gezonder gedrag om verergering te voorkomen na de spoedeisende hulp.

AL: Is voor mij ook een beetje onbekend. Ik ga ervan uit dat een nieuwe diabeet goed op de rit geholpen wordt die weet goed maar hoe dat precies gedaan? Kijk op de kinder weet ik dat traject heel goed.

A: Omdat je daar werkte

AL: Maar of dat op de AOA he; goed begeleid wordt weet ik eigenlijk niet. Of dat is dat ie daar opgenomen wordt en dat ze daar stabiel naar huis gaat en op de poli terecht komt.

Of dat hij daar meteen met een diabetisch verpleegkundig intensief aan de slag gaat. Ik weet het eigenlijk niet. Dat is op de kinder wel zo.

A: Maar dat weet je niet met de volwassen diabeten bijvoorbeeld.

AL: Dus dat heb ik ook maar eerlijk zo geantwoord maar is wel jammer dat ik dat ook niet goed kan zeggen.

Fragment 5.4 Wegwijzen voorzieningen

A: we gaan we nog even door, want ik wil je daar nog verder op door vragen. Want je begint heel duidelijk aan een consult met de patiënt op de spoedeisende hulp. Die komt of met de ambulance of uit de wachtkamer. Dan begin je met je anamnese. Maar hoe sluit jij een consult met je patiënt op de SEH af?

AL: Ik, uhm, wat ik probeer te doen is in ieder geval even een soort samenvatting van of ik spreek even door over ze alles hebben of duidelijk is wat ie moet doen hè met bijvoorbeeld een recept, waar hij naar toe moet. Soms afhankelijk van de patiënt, soms schrijf ik even op, soms weten mensen niet...Ik had laatst moeten patiënt in een voorbeeld

Die kon niet...ze zei ik snap er niks van wanneer moet ik nu wat in nemen qua pijnstilling. Dan schrijf ik echt op 4 keer daags 2 tabletten paracetamol en die moest er ook diclofenac bij nemen. Dat schrijf echt op wanneer de patiënt wat moet nemen. Ook al krijgen recept mee dat gaf de patiënt zoveel rust dat ik dat opschreef. Dus het is ook een beetje patiënt afhankelijk dat probeer ik aan te voelen wat de patiënt nodig heeft.

A: Dus dat is medicatie gebruik maar doe je bijvoorbeeld ook verwijzen van als je een ontslag gesprek, want dat noemen we dan maar even zo.

AL: Iemand gaat naar huis he?

A: Ja dat noemen we nu maar even ontslaggesprek. Maar iemand gaat naar huis of wordt opgenomen. Daar zullen we dan straks nog even over hebben. Maar verwijs jij patiënten nu straks naar huis gaan bij welke personen zij ondersteuning kunnen vinden in het leven met die chronisch ziekte? Als ze medische vragen hebben als ze vragen hebben over leefregels, of als ze vragen hebben over hoe ze dingen moeten.

AL: O, ja ik moet natuurlijk naar de chronisch zieken kijken.

A: ja, COPD'ers, en diabeten kijken

AL: Nee

A: Vraag, want stel je voor dat je het wel zou doen... vraag je dan waar de voorkeur van de patiënt of waar die affiniteit mee heeft want. Waar die patiënt meer bij voelt dan snap je dat de patiënt daar meer een klik mee heeft.

AL: Ik kan mij wel voorstellen heeft u een goede huisarts? Kunt u daar...ik mij voorstellen dat iemand een huisarts hebt.

A: Je ziet dat deze categorie bijvoorbeeld allemaal bij de, meestal bij de praktijkondersteuners komen. Doe je daar navraag na of ze, bijvoorbeeld als een patiënt zegt van: ' ik ben al 14 dagen aan het kwakkelen. Bijvoorbeeld die COPD'ers, ik word steeds meer kortademig. Vraag je wel eens of hij met zijn klachten bij de praktijkondersteuner is geweest?

AL: Ik vraag wel na, niet specifiek naar de praktijkondersteuner, maar wel van 'goh ik vraag wel vaak het voortraject na. Hoe lang heeft u klachten bent u al eerder bij de huisarts geweest. En dat vraag ik wel na.

A: En vraag je dan ook als die patiënt zegt: 'ja daar ben ik geweest'. Vraag je dan ook wat hij daar heeft gedaan, en wat hij daar heeft gehoord?

AL: Ik denk niet dat ik dat standaard heel goed navraag. Ik denk dat ik dat de ene keer beter navraag dan de andere keer.

A: Vraag je naar een zorgplan?

AL: Nee

A: Werk je multidisciplinair op de SEH?

Bijvoorbeeld krijg jij patiënt die al wel bekend is bij de hartfalen verpleegkundige of bij de diabetesverpleegkundigen of bij de longverpleegkundige en die toch maar terug blijft komen? Doe je dan weleens sparren om multidisciplinair samen te werken?

AL: nee nog nooit gedaan.

A: Hou jij altijd een ontslag gesprek?

AL: Nee, de patiënt is vaak weg voordat ik er erg in heb.

A: In hoe vaak van de gevallen hou je wel een ontslag gesprek?

AL: Wouw, misschien wel de helft (fluistert), dat is wel heel veel. Dat denkt ik echt wel zoiets.

A: Ja dat denk ik ook, of dat een ander jouw patiënt weg geholpen heeft.

AL: Deze diabeet was ook niet mijn patiënt en die is door mijn collega niet naar de afdeling geholpen en meer had kunnen zeggen

A: En draag jij verpleegkundig over als een patiënt naar de afdeling gaat? Je sluit het consult af.

AL: Sporadisch, dat is meer eigen initiatief. Als daar tijd voor is. Ik heb een paar de afgelopen twee weken dat gedaan maar dat is toevallig omdat ik een keer aan de ambulance verpleegkundige. Ik was op de kamer en moest de patiënt overtillen en toen heb ik het verhaal alvast gedaan. En toen zei de arts: straks hoor je het helemaal. En ik heb het pas een keer aan de kinderverpleegkundige gedaan dat was meer omdat ik daarvan vandaan kom maar het is echt sporadisch.

A: Je zegt als de arts het doet dan doet hij het helemaal. Is dat helemaal?

AL: Ja daar ga ik vanuit.

A: Of is dat alleen medisch?

AL: Ja is dat helemaal? Nee alleen medisch.

A: Mis jij je verpleegkundige overdracht op de SEH?

AL: Ik heb dat nog nooit mee gemaakt. Maar aan de andere kant ik regel dat altijd wel zelf als ik de kinderen overdraag of haalde. Ja ik kan mij voorstellen dat het een meerwaarde is. Ja, ik denk dat het wel een meerwaarde kan hebben en dat een deel wordt overgeslagen. Dat de arts een deel niet meekrijgt omdat je als verpleegkundige toch andere gesprekken hebt of dingen mee krijgt. Die een arts niet

A: Dat zegt de literatuur ook dat bij deze patiënten laagdrempeliger veel meer aan verpleegkundigen zullen vertellen hoe het nu eigenlijk gaat met die chronische ziekte dan dat ze aan een arts doen.

AL: Ja dat kan ik mij voorstellen

A: Als je een consult afsluit geeft je dan de patiënt informatie of een verwijzing mee om een SEH bezoek te voorkomen? Bijvoorbeeld een pijn op de borst, die komen maar terug en die hebben geen infarcten

maar eigenlijk je weet als hij over zes weken terugkomt met dezelfde klachten dan heeft hij nog geen infarct.

AL: Die meneer is daar een goed voorbeeld van.

A: verwijst je hem dan ook? Heb je met die meneer nog een ontslaggesprek gedaan?

AL: Ik heb wel met hem erover gesproken, ook omdat hij zelf zei: 'ik ben hier waarschijnlijk, dat zei hij letterlijk he, ik zit hier over een paar weken weer. Zo zei hij het letterlijk. Dus ik heb wel met hem benoemd dat hij angstig is en dat dat ook een oorzaak is. En de eerste keer hebben we ook benoemd dat het goed zou zijn dat hij of eigenlijk, kijk wij kunnen dat ook doe. Maar we zeiden: 'u heeft eigenlijk geen goed informatie gehad over wat er aan de hand is.

A: Over die endocarditis?

AL: Ja, ja in het ziekenhuis in Breda. Maar ja of het nu een heel goed ontslag gesprek is geweest dat is maar de vraag. Er is wel oog voor in ieder geval deze meneer komt omdat hij niet goed geïnformeerd is. Kennis te kort

A: Oké dus dat is gesignaleerd.

AL: En dat is weer gesignaleerd en ook benoemd naar die meneer maar...

A: Maar in het algemeen?

AL: Nee dat kan veel beter er zou structureel aandacht voor kunnen zijn wat ik nu niet heb.

A: Want vind jij het normaal dat COPD'ers, dat kwam uit een ander interview, vier keer in de winter een exacerbatie hebben?

AL: Ik weet niet of dat normaal is. Ik kan dat vergelijken met kinderen die ook vaak in de winter komen. Ik weet niet of dat normaal is. Ik kan mij voorstellen als mensen goede instructies krijgen dat het misschien minder kan zijn. En dat dat wel een winst is voor de patiënten.

A: Of bij de diabeten die slordig spuiten, of dat niet alleen of als ze gaan braken en diarree snel hun klachten herkennen. Even samenvattend: Eigenlijk in de helft van de momenten doe je geen ontslaggesprek. Er vindt bijna geen verpleegkundige overdracht plaats. De arts doet het helemaal maar als ik navraag bij jou doe dan zeg je: 'ja maar dat zal vooral medisch zijn. Het zal aan de medische overdracht niet liggen maar verder wat die patiënt nou eigenlijk moeite heeft om te gaan met zijn chronische ziekte dat komt niet aanbod of naar boven drijven.

AL: Misschien sporadisch als je een arts hebt die daar oog voor heeft.

A: Maar het komt enkel sporadisch voor. En als we een ontslaggesprek met deze patiënten doen dan verwijzen we eigenlijk nog niet door naar de personen waar hij naar toe kan om een SEH bezoek te voorkomen. Heb ik dat goed samengevat?

AL: Ja dat heb je goed samengevat

Fragment 5.5 Zelfmanagement in consult

A: We hebben alle items benoemd hoe het nu gaat. Maar ik ben eigenlijk wel benieuwd van wat zou dat, wat houdt dat nou voor jou in zón chronische ziekte. Hoe zou jij je zorg op de SEH als SEH verpleegkundige eigenlijk dan anders willen doen? We hebben nu opgenoemd wat we eigenlijk niet goed doen, of wat we nog niet gestructureerd doen. Dan ga ik jou weer items daar over vragen. En dan vraag aan jou als jij dan bedenkt hoe jij dat anders zou kunnen doen. Zou jij dan willen dat die patiënt een eigen aandeel kan hebben in de zorg, de behandeling die hij wil hebben dus dat hij zelf zegt wat hij eigenlijk nodig heeft.

AL: Dat zou heel mooi zijn als je patiënt daar zelf over na kan laten denken. Dat zou zeker mooi zijn.

A: Maar concreet als een patiënt zou zeggen: 'ik wil alleen vernevelen', en ik wil geen thoraxfoto en geen lab. 'Want ik weet gewoon, zegt hij als ik mijn exacerbatie heb en ik vernevel weer een paar keer dan ben ik daar weer. Wat vind je daarvan? Dus die patiënt heeft zijn eigen aandeel, want dat is zelfmanagement he?

AL: Ja oké, nou ja waarom niet aan de ene kant.

A: Maar die arts die zegt tegen jou, ik wil toch weten of er een infectie zit

AL: Ja, dat snap ik ook. Je zou bijna zeggen is er geen tussenstap mogelijk he en dat ze als ze dat willen alleen sprayen en dat het inderdaad ergens anders kan. Bijvoorbeeld bij de praktijkondersteuner of de HAP

A: Of bij de ambulancedienst thuis zou vernevelen.

AL: Op zich vind ik zelfmanagement vind ik wel een goede, wel een aanrader. Ik wil dat net noemen je moet eigenlijk kunnen filteren van de ene categorie kan dat wel aan en de andere niet. Daar moet je ook....

A: Daarom ga je ook die kennis testen he

AL: Ja dat moet je wel weten. Want is het uit dwarsigheid eerder dat iemand dat alleen wil of is het inderdaad dat de patiënt weet ik ben er dan als ik alleen spray. Of is het ja, is het domheid om het zo te zeggen. Of onwetendheid

A: Dus daarom vraag ik dat past dat op de SEH dat die patiënt zelf ...

AL: Ik denk wel dat wel kan passen maar dat dat tijd kost of een andere werkwijze. Ik weet het niet zo goed. Daar moet ik even over nadenken hoe je dat...

A: Het is nieuw denken wat we nu in feite doen?

AL: Om nu te zeggen: dat past niet dat vind ik ook te kort door de bocht.

A: Dat vind je kort door de bocht?

AL: Ja dat vind ik wel. Misschien kan je daar van tevoren met de patiënt over na kan denken als je een patiënt van tevoren kan screenen. Stel dat een COPD'er daar nu bekend mee is dan....

A: Precies dan kan je een actieplanning mee maken. Maar is dat jouw taak om een actieplanning te maken?

AL: Nee, dat denk ik niet zoals het nu is ingericht in ieder geval maar je kan natuurlijk wel een.... Je zou wel kunnen kijken om je SEH op een andere manier kunnen inrichten bijvoorbeeld ook dat wat je net noemt, wat anders de patiënt kunnen bieden nadien. Misschien is er wel een soort constructie poliachtig waar je ze naar toe kan verwijzen de dagen daarna. En dat je ook daar iets in kan verzinnen, ik noem maar wat.

A: Dus dat eigenlijk minder dat SEH karakter eraf haalt?

AL: Ja meer poli.

A: Wat je nu bijvoorbeeld ziet bij de oncologie patiënten, dat is even een zijstraat maar dat schrap ik wel eruit, maar je ziet dat die zo sterk voor zichzelf zijn op gekomen, dat die zeggen: 'ik wil niet iedere keer die SEH behandeling want het maakt mij niet beter.' Dus je ziet ze ook steeds minder.

AL: Ik weet natuurlijk bij diabeten op de kinder heb je de diabetes telefoon van de kinderartsen. Als een kind ziek is kunnen die rechtstreeks bellen met de kinderarts. Kijk als ze echt ziek zijn komen ze naar de spoed. Maar er wordt ook heel veel opgevangen door rechtstreeks, ook 's nachts, contact te hebben met de diabetesverpleegkundigen. Dat gaat dan eerst via de kinder maar dat is wel een mooie opvang zodat je minder SEH bezoek nodig hebt. En dat is eigenlijk ook zelfmanagement, en dat is ook vaak met

de ouders eerst maar als iemand puber is. Ik vind het wel een mooie manier want ik vind het best heftig voor diabeten.

A: Dat is weer een nieuwe generatie van diabeten die wel zelfmanagement hebben geleerd tot hun achttiende. Maar na hun achttiende dan wordt het wat lastiger omdat ze dan in de SEH setting komen.

AL: Dat is wel jammer want het is eigenlijk heel mooi, want dat zou met COPD'ers wel kunnen op zo'n manier. Wat heb je al gedaan, hoe vaak heb je al gesprayd? Ik denk toch wel even aan mijn ervaring op de kinder. Dan hadden we vaak toch even contact telefonisch met ouders met een astma kinderen. Dan goed uitvragen; wat heb je al gedaan; hoe vaak heb je al gepuift? Ook dat was het vaak onwetendheid van ouders en huisartsen dat ze niet meer mochten puffen. Nee zeggen huisartsen dan, je mag maar zoveel keer per uur puffen. Terwijl als je meer puift dan kun je een ziekenhuis opname voorkomen. Er is anders wel meer mogelijk door een soort, ik weet het eigenlijk ook niet precies maar wel een vorm.

A: Mooi dat je dat noemt. Je gaf het net al aan op de SEH ga je geen contact zoeken met de praktijkondersteuner als je zo'n patiënt nu hebt gehad. Kan je daar een oorzaak van noemen waarom doen we dat we niet?

AL: Ik denk ook cultuur dat een oorzaak is dat we niet doen. Tijd ook maar niet altijd. Je kunt niet altijd op alles daar opsteken. In sommige gevallen wel maar het wordt gewoon niet gedaan. Het is ook niet in mij opgekomen. Het kan natuurlijk makkelijk waarom niet?

Eigenlijk wel schandalig dat we dat niet doen.

A: haha grappig dat je dat zo zegt. Als je zo'n draaideur patiënt hebt gehad, we hebben het net over een stukje positieve gezondheid gehad he, dat je gaat navragen; wat gaat er nu eigenlijk wel in tussentijd wel goed? Vind je dat belangrijk?

AL: Ja zeker dan denk ik dat je de patiënt juist motiveert omdat vol te houden en ik denk om het andere wat niet zo goed ging om daar over te praten van: 'van he hoe kan dat beter gaan' en dat ook op te pakken omdat goed doen. Ik denk dat het een grote motivatie kan zijn.

A: En hoe zie jij als je een patiënt, we hebben er net al over gehad dat een verpleegkundige laagdrempeliger benaderbaar zijn dan de arts, vind jij in zelfmanagent dat je de patiënt stimuleert beter te leren communiceren met zorgverleners. Geef je daar wel eens aandacht aan? Bijvoorbeeld die patiënt zegt: ik ben nu zo chronisch ziek of ik twijfel of ik wel gereanimeerd wil worden. Nu zal het misschien niet zo, maar toch komen patiënten er wel mee he? Stimuleer jij dan op dit op te nemen met de arts?

AL: Nou ik neem even een voorbeeld van gisteren. Er was een meneer die kwam met sepsis maar die meneer was cardiaal belast, van negentig jaar. Hij had mogelijk een urine weg infectie, mogelijk een pneumonie

A: Er was van alles aan de hand.

AL: Hij riep: 'ik wil niet meer, ik wil niet meer, ik wil niet meer'. Er lag thuis een euthanasieverklaring klaar. En eigenlijk had ik die meneer eerder beter met de arts in gesprek te laten gaan. Van waarom doen we dat? Er werd heel veel in gezet, hij is heel zijn leven diabetes geweest en die is goed ziek en uiteindelijk is de longarts gekomen en die zei: jullie moeten beter luisteren deze man wil de behandeling niet meer. We stoppen de behandeling. En toen dacht ik: o dat was misschien ook wel een taak voor mij.

A: Hoe zou dat komen, als een patiënt toch op de spoed terecht komt?

AL: Ja hij woonde alleen. Ik had het gevraagd. De huisarts had gebeld. We hadden van alles nog ingezet. Ik had daar ook op kunnen op aansturen. U beslist dit en klopt het dat ik hoor....Ik had al veel eerder,

ik had al veel eerder gezegd 'moet dit allemaal nog wel?' Maar ja wordt er dan gezegd we moeten eerst een.... En dat gaat zo gebeuren. Uiteindelijk is de wel behandeling gestopt.

A: Maar wel dat je wel noemt dat eerder tegen de arts zegt.

AL: Ik had dat eerder de arts aan zijn jas kunnen trekken. We doen dit en dit en moeten we niet even een pas op de plaats.

A: Dit is eigen een aandeel hebben in de zorg van de patiënt wat jij noemt. Eigenlijk doen we vinden we dat best heel moeilijk

AL: Later heb ik, ze willen van alles. Hij was zelf best duidelijk. We hadden eerder moeten zeggen moeten we dat nog wel doen? Dat is misschien van mij, dat ik meer...

A: Als advocaat van de patiënt moet optreden, dat bedoel ik ook. Daardoor de patiënt eigenlijk echt wil, hem stimuleert omdat ook tegen de artsen te zeggen.

Fragment 5.6 Omgevingsfactoren/randvoorwaarden

A: Dan het laatste item. We verwacht jij van het ADRZ. Dan vraag ik jou als SEH verpleegkundige word jij gestimuleerd door het ADRZ om bijvoorbeeld ICT mogelijkheden in te zetten die zelfmanagement en gezondheidsbevordering stimuleren. Ik bedoel daarmee je kunt saturatie meten op uw mobiel, u kunt codes invoeren op je, je kan je koolhydraten optellen en je dieet.

AL: Het ADRZ?

A: Ja dat het ADRZ jou daarin stimuleert van 'wees je bewust verpleegkundige maar wij als het ADRZ willen dat jij zelfmanagement en gezondheidsbevordering stimuleert en dat je gebruikt maakt van de ICT mogelijkheden. Je knikt, nee.

AL: Ik schud nee

A: Ja inderdaad. Vind jij dat het ADRZ een speerpunt van kwaliteit van zorg moet maken van zelfmanagement en gezondheidsbevordering?

AL: Nou dat lijkt mij een goed plan ja. Zeker. Ik vind het een lastig stukje voor de oudere, denk ik aan de tachtig, maar zestig is weer een ander verhaal. Je kan ze niet over een kam scheren.

A: Maar je ziet bij het CBS die zeggen eigenlijk, of die hebben uitgerekend dat we in 2020 een dubbele vergrijzing krijgen. Waar we nu eigenlijk aan beginnen. De categorie 65-jarige wat nu 65 is die worden straks 80 plus en er komt een hele nieuwe grote groep 50-plussers aan die heel actief met hun mobiel zijn.

AL: Het idee is wel heel fris. Daar mag meer over nagedacht worden Ik denk zo wie zo dat mensen daar meer over gaan nadenken. Ook over de toekomst he. Want als ik mijn omgeving wel eens navraag in mijn omgeving iedereen die zegt 'ik wil gereanimeerd worden.' Dan denk ik: oké, schiet je er wat mee op? Er mag weleens een informatie campagne gestart worden dat mensen daar over gaan nadenken. Maar dat is echt politiek. Macro niveau maar ook in ADRZ het meso niveau denk ik dat het ook goed is. En dan inderdaad wat zijn de mogelijkheden om waar diabetici en COPD'ers om iets voor op te zetten. Ik weet niet of dat gebeurd of dat ze contact kunnen hebben bij problemen, zowat kun je doen, dat heb je al gedaan? En dat wij ook meer contact hebben.

Multidisciplinair?

A: Dus dat we van ons eilandje afkomen?

AL: Ja en meer inzicht hebben wat kunnen we voor advies geven. Wat is er al gedaan en wat heeft deze patiënt voor traject door gelopen

A: Want vind je het wel horen bij je taak van SEH verpleegkundige?

AL: Dat vind ik een lastige vraag. Nee, ik denk niet dat het er niet bij hoort maar misschien moet ik dan naar het takenboekje gaan kijken.

A: Want heb je in je opleiding hiervan iets gehad?

AL: Nee, nee

A: Maar toch zeg je wel dat je dagelijks met dit soort patiënten geconfronteerd wordt?

AL: Ja, dat is, ja het hoort er eigenlijk wel bij denk ik want als je de anamnese, het is wel belangrijk om het hele plaatje rond het probleem te krijgen. Kijk je zegt misschien het hoort er niet bij, je zegt misschien in het algemeen het hoort er niet bij omdat denk je denkt: snel, snel, snel, spoed, spoed. Maar aan de andere kant wil je het hele plaatje compleet hebben en een goed advies geven en goede begeleiding geven, dan hoort het er wel bij. En ik bedoel een goede anamnese afnemen dus je wilt goed in beeld krijgen wat is er aan de hand, wat heeft deze patiënt voor problemen en waar komen die vandaan? Waar zijn die uit af te leiden? Dus het hoort er eigenlijk wel bij.

A: En als het erbij hoort, vind je dat het opgenomen moet worden in de zorgprotocollen? Dat het net zo leidend wordt als de thorax, het bloed prikken en dat op hetzelfde niveau hoort te wezen?

AL: Nou ik denk, het zou best wel in de HIX opgenomen kunnen worden. Dat je er aan denkt van: he, ik moet specifiek naar vragen of die patiënt dat doet en dat je het kan opvolgen.

A: Want als je nu van mij hoort dat het in 2025 nog meer erbij krijgen. Hoe zie je dat dan voor je op de SEH?

AL: Nou, daar worden we niet blij van. Ik moet nog heel lang. Zo wie zo denk ik wel kan je het volhouden? Lichamelijk he. En als er alleen maar ook nog ouderen bijkomen die van alles hebben, nou dat wordt wat. Zorgelijk!

A: Kan je dan wel mee komen dat het eigenlijk wel op de SEH thuis hoort?

AL: Of misschien een soort semi spoed, weet ik het!

A: Maar zou je dat uit differentiëren? Een decompensatie die dan komt dan benauwdheid.

AL: Dat weet ik niet goed. Daar moet ik echt langer over nadenken van kan dat? Soms kan dat wel. Ik vind het lastig.

A: Want snap je zo'n decompensant die komt wel ten gevolge van leefstijl en gedrag omdat hij niet goed zijn ziekte managent end ie moet dan toch naar een aparte afdeling!

AL: Nee dat kan niet daarin kun je niet differentiëren. Maar je kan misschien wel door een andere manier zelfmanagement te leren misschien de opnames kleiner te maken. Maar daar hadden we dan al lang mee moeten beginnen.

A: Als je dan ziet, dit is de voorkant van mijn scriptie dit is de chronisch zieke patiënt die eigenlijk over de eerste en de tweede lijn hulp zoekt. Want dat is wel wat we zien: ze komen bij de praktijkondersteuner, bij de huisarts, maar in de avond en nacht uren, heel veel, hoe meer comorbiditeit er is hoe meer die een beroep doet op de HAP. En hoe sneller die door verwezen wordt naar de SEH. Dus in dat traject moeten wij toch wat betekenen maar ik probeer te onderzoeken hoe we dat in de toekomst moeten doen.

AL: Ik denk dat in het voor traject ook wat moet veranderen als ik die cijfers zo van jou hoor. Het zal wel niet helemaal omlaag of verholpen worden. Maar er moet in het traject ook wat veranderen. Maar ja wat?

A: Dank je wel voor het interview!

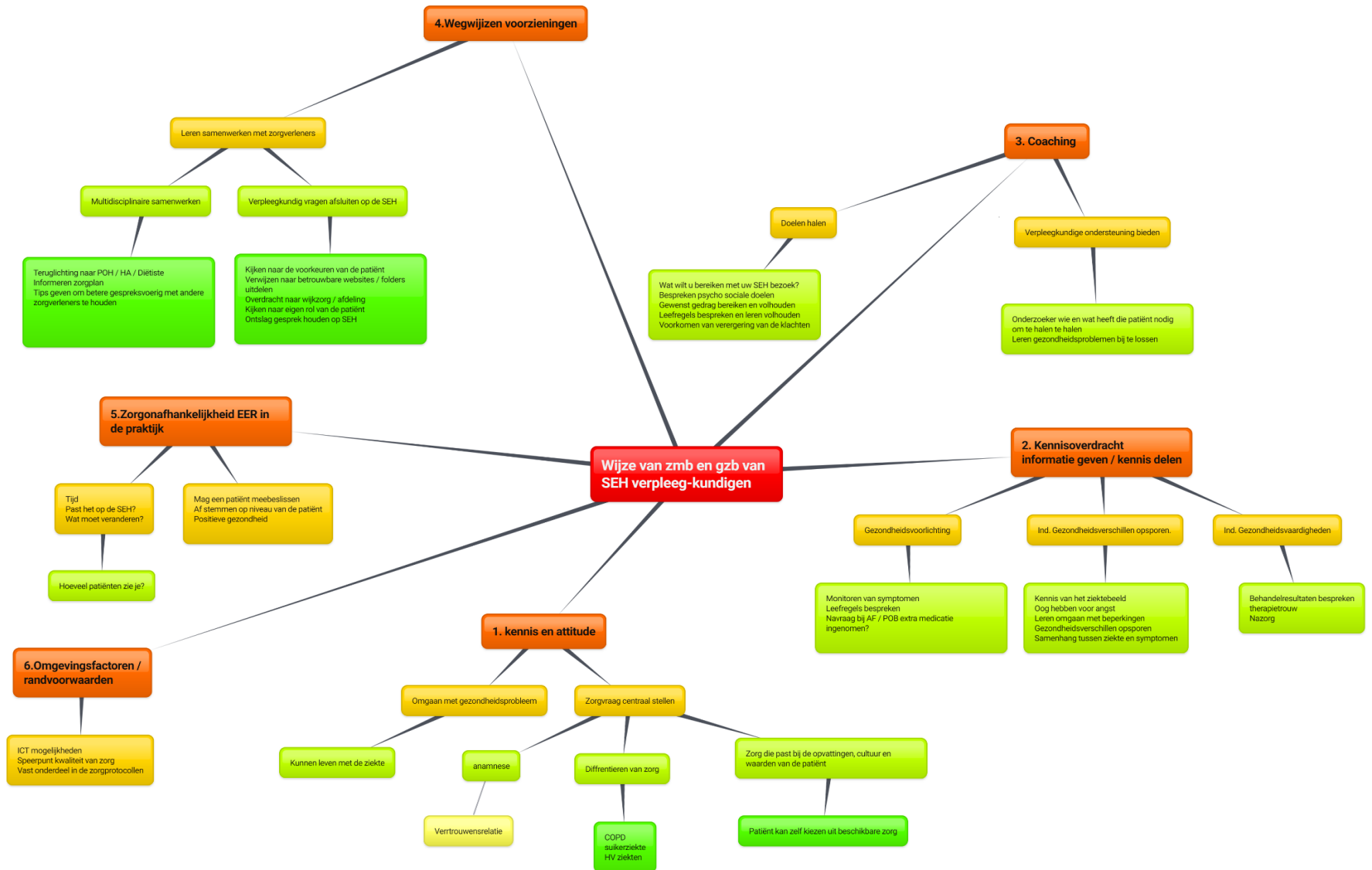
BIJLAGE 3 OBSERVATIE ANAMNESE

	Observatie anamnese	
	SEH afdeling ADRZ Goes	11 september 2018
	<i>Een van de drie chronische patiëntengroepen</i>	
10:00	<p>Patiënt zit in de wachtkamer. Triagist vraagt of iemand van de 'lange' kant patiënt kan komen halen. Ingangsklacht kortademig. 'o het gaat niet meer zeker' zegt de verpleegkundige die gevraagd is. In de wachtkamer volgt de kennismaking en geven ze elkaar een hand. Patiënt loopt met verpleegkundige mee naar behandelkamer.</p> <p>Tijdens het lopen vraagt verpleegkundige hoe lang de klachten al bestaan. Ze vraagt niet wat voor klachten het zijn. In de behandelkamer gaat de patiënt zelf op de behandelbrancard liggen. Dokter komt binnen en stelt zich voor. En begint met een anamnese vragen zoals het vragen naar kortademigheid en de huidige medicatie en ausculteert ondertussen naar de thorax. Patiënt wil nog iets zeggen maar moet zwijgen omdat de dokter anders niet goed kan luisteren met zijn stethoscoop. Familie kijkt toe. Verpleegkundige sluit saturatiemeter aan en doet de bloeddrukmeter om. Ze gaat weg.</p>	Alleen vragen naar de klacht
10:15	<p>Dokter trekt de blouse naar beneden en zegt dat hij later wel terugkomt. Verpleegkundige komt binnen met karretje treft de voorbereidingen voor het infuus prikken en bloed afnemen. Ze gaat naast de patiënt zitten. 'Dus u bent kortademig? Uw saturatie is zonder zuurstof is prima!' Ik ga nu een infuus prikken en een bloedgas afnemen in de pols. In de slagader. 'Moet dat nou?' vraagt de patiënt. (Ik zie angst) Vorige keer was dat zo pijnlijk, ik zie er heel erg tegen op. 'Doe het nou maar Piet' zegt de familie 'want dat is het beste voor jou he?'</p> <p>Verpleegkundige prikt een infuus en bloedgas en vraagt of patiënt nog bloedverdunners van de trombosedienst gebruikt. 'Ja' zegt de patiënt 'ik gebruik bloedverdunners'. 'Welke dan?' De naam weet ik niet maar ik gebruik ze wel van de cardioloog'.</p> <p>Familie haalt lijstje uit de tas. Verpleegkundige kijkt alleen naar bloedverdunners. 'Nee, geen bloedverdunners van de trombose</p>	Is dit een aanname?

10:30	<p>dienst'. Verpleegkundige voert gegevens in de computer en vraagt naar contactpersoon.</p> <p><i>Ik hoor twee belletjes. Andere verpleegkundige vraagt of de verpleegkundige kan helpen op traumakamer.</i></p> <p>'Ja even dit bloed opsturen er zit een gas bij'.</p> <p>Verpleegkundige geeft de bel aan de patiënt en zegt dat de dokter en de röntgen nog komt. Het duurt een uur voordat de bloeduitslagen er zijn. Verpleegkundige loopt weg met het karretje en gaat naar de buizenpost. Vervolgens stuurt ze de laboratorium buizen op en meldt dit aan de arts. De arts vraagt nog om een ECG en hij wil de patiënt laten sprayen.</p> <p><i>Ik hoor weer een belletje</i></p>	Handelingen uitvoeren
10:35	<p>Verpleegkundige loopt gehaast naar trauma kamer 1 en trekt handschoenen aan. Ze passeert een ambulanceverpleegkundige met patiënt en chauffeur. 'Ik kom zo' roept ze. Vervolgens helpt ze bij de transfusie van ambulance brancard naar behandeltafel.</p> <p>'Lukt het zo? vraagt ze aan de leerling.</p>	Verpleegkundige wordt telkens onderbroken en kan haar werk niet afmaken
10:20	<p>De triagist loopt over de gang met papiertjes.' Er komen nog twee patiënten aan' roept ze over de gang tegen de verpleegkundige.</p> <p>'Ze moeten maar wachten' zegt de verpleegkundige en loopt gehaast naar kamer 4 waar een nieuwe patiënt wacht. Ze geeft de patiënt een hand en wil de monitor aansluiten.</p>	
10:22	<p><i>Haar telefoon gaat. Ambulancedienst wacht en wil ook een dokter bij de overdracht hebben. Verpleegkundige gaat dokter halen. Ondertussen weer telefoon. Hulp gevraagd op traumakamer 2. Opnieuw trekt ze haar handschoenen aan en helpt bij de transfusie ambulance brancard naar behandeltafel.</i></p> <p><i>Ik hoor weer een belletje.</i></p>	
10:28	<p>Verpleegkundige zucht en loopt gehaast naar kamer 4. Ambulancedienst en dokter zijn weg. Patiënt ligt op brancard. 'Dus u heeft pijn op de borst?' vraagt de verpleegkundige 'Nu nog?' 'Nou, nog een gevoelige plek op mijn borst'.</p>	
10:32	<p>Opnieuw gaat de telefoon. De ANIOS vraagt of ze bij de patiënt met kortademigheid al een verneveling heeft gegeven en of het ECG al gemaakt is. 'Ga ik zo doen' zegt de verpleegkundige.</p>	

<p>10:35</p>	<p>‘Dus u heeft nog een gevoelige plek op de borst’ vraagt ze na. ‘Ik ga bloed afnemen, gebruikt u nog bloedverduuners van de trombosedienst?’ Neemt bloed af en geeft patiënt een bel en loopt naar de buizenpost. ‘Ik ga nu verneveling aansluiten en ECG maken’ zegt ze tegen de arts.</p> <p><i>Leerling verpleegkundige komt binnen en vraagt of ze wat kan overleggen met de verpleegkundige. Verpleegkundige luistert en adviseert en kijkt mee in de status van die patiënt.</i></p> <p><i>Loopt naar medicatieruimte. Kijkt in dossier en ziet dat ANIOS de medicatie er niet in heeft gezet. Belt ANIOS en pakt ondertussen de verneveling en het ECG karretje.</i></p> <p><i>Piepje op haar telefoon. Kamer 4 belt.</i></p>	<p>Anamnese beperkt zich tot de klacht door tijdsdruk</p>
<p>10:38</p> <p>10:40</p>	<p>‘Ik moet plassen’ zegt de patiënt en ‘mag ik van die kabels af’</p> <p>‘Ik kan toch niet zo plassen’. Ondertussen komt de röntgen laborante binnen en vraagt aan verpleegkundige of ze terecht kan. Verpleegkundige vraagt of patiënt nog kan wachten met plassen en dat blijkt het geval.</p> <p><i>Leerling komt weer naar verpleegkundige toe en vraagt of ze nog wat kan voor haar kan doen.</i></p> <p>‘Sluit even op kamer vijf deze verneveling aan en check het even.’ ‘Het staat natuurlijk weer niet in de toedieningsmedicatie dus moeten we het straks aftekenen.’</p>	<p>Onderzoeken gaan voor de wens en de behoefte van de patiënt</p>
<p>10:45</p> <p>10:50</p>	<p><i>Piepje op telefoon. Röntgen belt voor mw. kamer 4. ‘Ze moet nu echt plassen hoor’. Verpleegkundige loopt naar de spoelkeuken en pakt een posteel. Op de kamer is geen toiletpapier dus loopt verpleegkundige weer terug om toiletrol te halen.</i></p> <p>Verpleegkundige helpt patiënt op posteel. En zegt dat ze een ECG komt maken. Loopt kamer 5 op maar telefoon gaat. ANIOS zegt dat de vitale functies van kamer 4 ontbreken in het dossier van patiënt van kamer 4.</p>	<p>Zorgtaken en uitvoerende taken zijn niet te combineren door andere taken die gevraagd worden aan verpleegkundige</p>
<p>10:55</p>	<p><i>Verpleegkundige loopt naar kamer 4 en neemt de gegevens van de monitor over en temperatuur de patiënt. Ze helpt patiënt weer van de posteel af en zorgt dat de monitor weer goed zit aangesloten en maakt een ECG.</i></p>	<p>Het duurt een half uur voordat de eerste behandeling wordt ingezet. Verpleegkundige heeft dan nog geen anamnese kunnen afnemen. Is bezig met andere taken dan met de patiënt.</p>
<p>11:00</p>	<p><i>Leerling draait een ECG en sluit verneveling aan bij patiënt op kamer 5.</i></p>	
<p>11:03</p>		

BIJLAGE 4 MINDMAP



BIJLAGE 5 LABELLEN EN CODEREN

Labelen /Coderen	Fr	Lading	
1 Visie en attitude Omgaan met zorgprobleem <i>Het kunnen leven met de ziekte</i>	P1	-	
	1.1	Bewustmaken van de gevolgen + iets verbeteren + Veel vaker terugkomen op SEH met roken: COPD, niet bewegen: diabeet + Gericht op de klacht van de patiënt-	
	1.2	Medisch - Klacht verhelpen – Bezig met het acute-	
	1.3	Snelle zorg leveren –	
	1.4	Vooroordeel over chronisch zieken – Alleen het acute, klacht staat centraal - Wat is de klacht –	
	1.5	In gesprek gaan + Adviezen geven + Niet altijd tijd voor – Is mijn taak + Alleen probleemoplossend -	
	1.6	Minder urgent- Inzoomen op het probleem – Voelsprietten ervoor hebben +	

<p>Zorgvraag centraal stellen</p>	<p>P1 Toenemend benauwd - Afhankelijk van de dokter – Protocollair handelen -</p> <p>1.1 Meer thuiszorg wordt vaak vergeten + Ondervangen dat patiënt naar SEH moet komen +</p> <p>1.2 Geen oog voor - Klacht oplossen -</p> <p>1.3 Meer aandacht voor het uitvoerende – Zorgprobleem wel een grotere vraag van de patiënt + 'Het gaat niet meer' - Twijfels of het echt niet meer gaat -</p> <p>1.4 Druppel die de emmer doet overlopen – Klacht bestaat al langer –</p> <p>1.5 Veel meer uit willen halen + Tijd en cultuur -</p> <p>1.6 Patiënt kan aangeven waar hij last van heeft + Dit gebruiken voor verder onderzoeken-</p>
<p><i>Anamnese</i></p>	<p>P1 Afhankelijk van de tijdsdruk - Ik mis het samen met arts doen - Arts doet hetzelfde – Cultuur van de SEH – Ik wil weten hoe het ontstaan is +</p> <p>1.1 Tijd nemen en doorvragen + Kan niet altijd door tijdsdruk – Cultuur: het mag niet –</p> <p>1.2 Achter je computer gaan zitten - 'Je ding doen' -</p> <p>1.3 Tijdsdruk – Alleen hoofdklacht –</p>

	<p>1.4</p> <p>1.5</p> <p>1.6</p>	<p>Niet te uitgebreid – Patiënt 3x hetzelfde verhaal doen – Arts doet het nog een keer – Gevolg is niet verdiepen + Patiënt niet te veel belasten – Straks komt arts nog een keer – Steeds zelfde vragen stellen – Geen tijd – Afkappen – Geen desinteresse/ nieuwsgierig + Als je tijd hebt medicatie veranderingen navragen + Niet verder op het gezondheidsprobleem ingaan – Huisarts geweest, welke therapie gestart +/-</p> <p>In gesprek gaan + Doorvragen + Voorgeschiedenis + Angst noteren +</p> <p>Vluchtig - Belangrijke informatie missen – Therapie ontrouw + Brief huisarts of diabetesverpleegkundige +</p>
<p><i>Vertrouwensrelatie</i></p>	<p>P1</p> <p>1.1</p> <p>1.2</p>	<p>-</p> <p>-</p> <p>Geen focus op – Hand geven + 'Doe je ding 'en volgende – Hoge turnover – Crowding -</p>

	<p>1.3 Praten met patiënt tijdens het handelen (bloed afnemen) - Familie erbij betrekken +</p> <p>1.4 Patiënt geeft zich over – Hij doet wat jij zegt – Patiënt is gast in het ziekenhuis -</p> <p>1.5 Afhankelijk van patiënt en verpleegkundige + Tijdsdruk – Twee uur behandeltime niet zo belangrijk + Betere zorg+</p> <p>Geen diepgaand gesprek voeren – In rustige momenten wel tijd nemen +</p> <p>1.6 Geen vertrouwensrelatie willen noemen + Binnen twee uur – ‘Even’ gaan zitten + Rust uitstralen + Nú ben ik hier + Haast, patiënt voelt dat aan -</p>
<p><i>Differentiëren in zorg tussen COPD/ diabetes/ hart- en vaatziekten</i></p>	<p>P1 -</p> <p>1.1 Het ligt aan hoe ernstig ziek ze zijn - Ziektebeeld combineren met leefstijl +</p> <p>1.2 Niet, strak regiem SEH -</p> <p>1.3 Niet -</p> <p>1.4 Het ligt eraan hoe ernstig ziek ze zijn -</p> <p>1.5 In gesprek gaan + Kennis testen + Ideeën van de patiënt + Patiënt heeft geen keus – Klakkeloos doen wat de dokter zegt – Vaak geen tijd voor -</p>

	1.6	Op basis van triage - In medische klachten; diabeet glucose, COPD SpO ₂ , HV troponine –
<i>Zorg aan te bieden die past bij de cultuur, waarden en opvattingen van de patiënt</i>	P1	Past niet bij de SEH – Ik wil helpen op dat vlak waar de chronisch zieke hulp nodig heeft + Zorg aangeboden vanuit wat er bij SEH hoort - Niet de zorg wat de patiënt zelf wil – Artsen dekken zichzelf in niks willen missen –
	1.1	Medische meer aandacht - Medisch gaat altijd voor –
	1.2	Medisch – Technisch -
	1.3	Afkappen – Afhankelijk van arts -
	1.4	Niet mogelijk – Zelfde mal voor iedere patiënt – Het ligt aan de arts –
	1.5	Heel vaak niet –
	1.6	Behalve bij religie (geen man als verpleegkundige) + Gaan we vaak aan voorbij –
<i>Patiënten kunnen zelf kiezen hoe de beschikbare zorg wordt ingezet/ zorgaanbod</i>	P1	Bloed prikken, ECG en thorax foto – Aangeven wat patiënt wil, toch wil arts aanvullende onderzoeken +/-
	1.1	Handelingen die je bij de patiënt doet - Probleem verhelpen – Verpleegkundig onderbouwen om lab/thoraxfoto niet te doen + Moet van de arts – Patiënt verwacht bloed prikken, ECG en thoraxfoto –
	1.2	Wij bepalen – Dokter bepaalt – Inspraak patiënt nihil -

	<p>1.3 Zou wel moeten en mogen + Patiënt heeft er recht op + Wordt geen gehoor aangegeven – Patiënt kan zorg weigeren maar wordt ‘raar’ gevonden - Zorgaanbod: je ‘riedeltje’, het protocol – Verpleegkundig handelen is altijd hetzelfde -</p> <p>1.4 Niet mogelijk op SEH – Hetzelfde malletje over iedere patiënt – Ligt aan de arts – Zorgaanbod: je ‘riedeltje’, bloed prikken, controles, AMPLE uitvragen – Het is wel het lijf en de ziekte van de patiënt zelf + Overnemen van de regie – Kwijt raken van de autonomie – Wat wij (vpk/arts) zeggen gebeurd – Patiënt heeft alles al meegemaakt –</p> <p>1.5 Voorbij gaan aan de wens van de patiënt - Soms geeft arts opties + Heel vaak niet – Zorgaanbod afhankelijk welke arts of verpleegkundige –</p> <p>1.6 Inlezen in dossier beter geïnformeerd + Zorg geven die nodig is op basis waarop de arts zijn beslissing kan maken – Praktisch handelen staat voorop – Achter een getalletje komen – Foto maken – Wij bepalen wat goed is – Weinig ruimte voor eigen keuze van de patiënt – Als patiënt zelf iets wil dan werkt het averechts -</p>
--	---

<p>2. Kennis overdracht Informatie geven/ kennis delen Gezondheidsvoorlichting geven <i>Monitoren van symptomen</i> <i>Samenhang tussen klachten en de ziekte</i> <i>Leefregels bespreken</i></p>	<p>P1</p> <p>1.1</p> <p>1.2</p> <p>1.3</p> <p>1.4</p>	<p>Monitoren: nee, door tijdsdruk – Indien het rustig is: hoe doet u dat? Hoe controleert u uw ziekte + Patiënten slaan soms door internet kennis + Cardiologische patiënten krijgen te weinig informatie bv. over NTG spray +</p> <p>1.1 Monitoren in geringe mate door in opleiding te zijn + Informatie vragen aan arts + Geen leefregels bespreken i.v.m. tijdsdruk - Zou het wel willen geven + Mag niet te veel informatie met de patiënt delen – Patiënt is er blij mee +</p> <p>1.2 Monitoren: nee – COPD'er normaal dat hij regelmatig komt – Leefregels: snel vanuit gaan dat patiënt wel geïnformeerd is - COPD weet alles al – Navraag doen bij AF: extra medicatie ingenomen + Niet in de zon zitten bij amiodarone gebruik + Dokter doet dit summier – Oog hebben voor klachten en medicijn +</p> <p>1.3 Monitoren: komt niet ter sprake – Voorlichting gericht op de klacht + Waarom aan de monitor + Bellen bij pob + Indien glucose hoog is maar niet de hoofdklacht dan zo laten – Bespreken leefregels gaandeweg: medicatie van HA gehad + Alleen wegen bij hartfalen +</p> <p>1.4 Monitoren: bij dec. cordis traplopen gaat minder + Niet bij alle chronisch zieken – Uitleg medicatie: te weinig verdieping tijdsdruk Voorlichting erg 'hokkerig' arts, apotheek, vpk, komen</p>
---	---	---

	<p>1.5</p> <p>1.6</p>	<p>ergens samen -</p> <p>Monitoren: geen zicht op wat ze al weten -</p> <p>Voorlichting van de arts is de vpk niet bij -</p> <p>Wat is AF uitleggen +</p> <p>Wat kan het veroorzaken +</p> <p>Uitleg medicatie overlaten aan de arts –</p> <p>Leefregel: hoe is het thuis gegaan? +</p> <p>Monitoren: medicatie inname stimuleren en ‘aan de bel’ te trekken +</p> <p>Uitleggen hoe pob veroorzaakt wordt +</p> <p>Gericht op de acute klacht +</p> <p>Hoe werkt een hartritmestoornis + samen met de arts uitleggen +</p> <p>Medicatie uitleg over NTG spray +</p> <p>Niet aan COPD’ers, geen tijd -</p> <p>Minder energie in COPD’ers is al 20 x uitgelegd -</p> <p>Leefregels: niet roken minder energie insteken –</p> <p>Alleen vragen welke leefregels niet of ze nagekomen worden -</p> <p>Bij herhaalbezoeken achter komen en gericht advies geven +</p> <p>Voorlichting door arts niet in samenwerking met vpk -</p>
<p>Individuele gezondheidsverschillen opsporen</p> <p><i>Kennis van het ziektebeeld</i></p> <p><i>Oog hebben voor angst</i></p> <p><i>Leren omgaan met beperkingen</i></p> <p><i>Gezondheidsverschillen opsporen</i></p>	<p>P1</p> <p>1.1</p> <p>1.2</p>	<p>Uit angst naar SEH komen weleens navragen +</p> <p>Hart is de motor bij cardiale klachten maakt pat. bang +</p> <p>Kennis te kort bij AF +</p> <p>Vaak geen aandacht voor -</p> <p>Meer angstig bij onvoldoende kennisniveau +</p> <p>Anamnese aan de hand daarvan de klachten uitleggen bv hoesten: COPD/ wond diabeet –</p> <p>Niet weten wanneer ze meer mogen puffen -</p> <p>Kennis bij AF /cardiologen geven verschillende informatie +</p> <p>Medicatie inname navragen +</p>

		<p>COPD'ers weten het wel – 'Houtje -touwtje' methode + Acceptatieproces 'het hoort er nu eenmaal bij' – Gezondheidsverschillen worden opgemerkt: sommige patiënten denken dat ze alles weten maar is niet zo + Discussie aangaan + Oog hebben voor angst: gemak stellen, bespreekbaar maken, relativeren, bang en onzeker +</p>
	1.3	<p>Twijfelen of het thuis wel zal gaan + Kennis van ziektebeeld sommige patiënten denken het te weten maar is niet zo + Oog hebben voor angst; soms als het eruit komt dan doorverwijzen naar poli + Luchtig houden +/- Kunnen omgaan met beperkingen geen aandacht voor -</p>
	1.4	<p>Oog hebben voor angst: ja + Maar doet er op dat moment niet mee – Bij ernstige dyspnoe familie betrekken + Leren omgaan met beperkingen: Nee alleen op ziekenhuis gericht</p>
	1.5	<p>Kennis van het ziektebeeld; wat ik tussen de regels door hoor + Doorvragen wat gaat er niet meer + Oorzaak achterhalen + Samenhang tussen symptomen en de ziekte is een klein onderdeel + Oog hebben voor angst: culturele verschillen + Patiënten zijn angstig omdat ze niet goed weten omdat ze niet goed weten wat er aan de hand is + 'Welke patiënt heb ik voor mij en hoe kan ik het zeggen' +</p>
	1.6	<p>Hebben ze het begrepen soms hebben ze geen kennis + Inzoomen waarom iets belangrijk is + Herhalen + Arts laten uitleggen +</p>

		Zelf in 'Jip en Janneke' taal het uitleggen + Navraag doen of het begrepen is, NTG spray bij pob + Acceptatie proces –
Individuele gezondheidsvaardigheden afstemmen <i>Behandelresultaten bespreken</i> <i>Therapietrouw</i> <i>Nazorg geven</i>	P1 1.1 1.2 1.3 1.4 1.5 1.6	Geen tijd voor – Therapie trouw niet altijd bespreken alleen bij COPD +/- Onbewust van therapieontrouw – HV ziekten: oedemen aan de benen; meer plastabletten innemen Nazorg: niet Patiënten zijn goed te instrueren op dat moment + Bewust van de gevaren + Uitleg medicatie altijd + Therapietrouw niet – Nazorg niet – Therapie trouw niet alleen NTG spray gebruikt +/- Behandelresultaten niet – Nazorg niet - Behandelresultaten alleen bij AF verandering in medicatie + Therapietrouw alleen navragen of medicatie vlg's voorschrift is ingenomen +/- Nazorg niet – Therapietrouw niet standaard navragen, alleen gerelateerd aan het acute probleem hypo's/ hypers +/- Behandelresultaten bespreken; te weinig – Nazorg nee - Bij herhaalbezoeken 3x wel bespreken anders meer tijd voor nemen + Therapietrouw; medicatie inname navragen vaak + Behalve bij COPD – Nazorg -

<p>3. Coaching Doelen halen Wat wilt u bereiken met het SEH bezoek? Bespreken van psychosociale doelen Gewenst gedrag bespreken en volhouden Leefregels bespreken en leren volhouden Voorkomen van verergering van de klachten</p>	<p>P1</p> <p>1.1</p>	<p>Wat kan ik voor u doen + Verwijzen naar specialist + Geen overzicht hebben van de patiënt – Geen tijd – Erger voorkomen wordt niet besproken – Confronteren met roken en de SEH bezoeken + Eerlijk zijn+ Psychosociale doelen familie erbij betrekken + Zelden iets nieuws zeggen bij gezondheidsvoorlichting – Om beter gedrag uit te voeren: terug naar huisarts+ Initiatief ligt bij de patiënt – Wel bemoedigen +</p> <p>Doelen bespreken over SEH bezoek nee – Kan daar alleen geen rol in spelen+/- Zeggen: 'Ik hoop u hier niet meer terug te zien' +/-</p>
	<p>1.2</p> <p>1.3</p> <p>1.4</p> <p>1.5</p>	<p>Navraag doen wat werkt + Patiënt weet dat ook + Doel gericht op de acute klacht +/- Psychosociale doelen: niet aan mijn omdat te bespreken – COPD'ers weten alles –</p> <p>Hun klacht helder hebben bv. vermoeidheid/ kortademigheid Psychosociale niet vaak bespreken – Alleen bij naar huis gaan: geen vervoer; klein sociaal netwerk Stoppen met roken bij COPD + Voor COPD'ers is het normaal om te roken – Voorkomen van verergering niet bespreken -</p> <p>Geen handvatten voor het vragen naar behandelingsdoelen +/- Of om te vragen wat wilt u bereiken met uw SEH bezoek -</p> <p>Neemt een goede anamnese af en weet al welk doel niet gehaald wordt +</p>

	1.6	<p>Op poli worden positieve- en negatieve kanten van de leefregels besproken maar weet dit niet zeker –</p> <p>Vervolgtraject nieuwe volwassen diabeet onbekend –</p> <p>Navraag doelen wordt niet besproken –</p> <p>Benadrukken positieve gezondheid wordt niet besproken –</p> <p>Niet medische doelen worden niet besproken –</p> <p>Bespreken van activiteiten om doelen te halen worden niet besproken –</p> <p>Wat wilt u bereiken met SEH bezoek is gericht op de huidige klacht –</p> <p>Bespreken niet medische doelen als ik tijd heb meestal niet –</p> <p>Bespreken van pos/neg kanten van de doelen –</p> <p>Bespreken van psychosociale doelen lang niet bij iedereen –</p> <p>Coachen is niet haalbaar in twee uur tijd –</p>
--	-----	---

4.Leren samenwerken met zorgverleners	Int. P1	Int. 1	Int. 2	Int. 3	Int. 4	Int. 5	Int. 6
Terugverwijzen naar HA/diëtiste	Er is geen schriftelijke overdracht -	In de medische brief naar HA. HA vraag eerstelijns POH en speelt hierop in +/-	Nee -	Nee niet met chronisch zieken	Wel te willen maar komt daarmee in het vaarwater van de dokter –	Tegen de arts zeggen + Wel een weg erin te zoeken ook al is het druk +	Poli controle regelen + Vaak bekend bij diab. en long vpk. Niet verwijzen -
Informereren naar zorgplan	Nee -	Speelt geen rol op SEH -	Nee -	Nee -	Nee -	Nee -	Nee -
Multidisciplinair samenwerken	SEH artsen, specialisten, radiologie en röntgen -	Nee -	Nee, bij onvoldoende thuiszorg navraag doen maar meer na trauma +/-	Alleen transfeur vpk. Zij vraagt wat het probleem is wat wij uit anamnese hebben gehaald +	Artsen, röntgen maar werken naast elkaar – Wel prettig maar is het mijn taak? -	Nee -	Ja alleen met artsen verder geen oog voor -
Kijken naar de voorkeur, affiniteit en de leefwereld van de patiënt	Nee	Nazorg geven is onvoldoende aanwezig op SEH -	Nee -	Nee -	Wel willen maar het goed doen kost tijd +	Nee – illustreert dit met voorbeeld	Nee -
Verwijzen naar websites en folders	Nee -	Nee -	Nee -	Nee -	Onwetendheid -	Nee –	Nee -
Tips geven om betere gesprekvoering met de arts te hebben	Stimuleert patiënt om vragen op te schrijven +		Ik zeg het wel: 'zeg het straks tegen de dokter' +	Nee -	-	Ervoor zorgen dat de patiënt eerder met de arts spreekt +	Nee -

<p>Overdracht medisch Overdracht wijkzorg Aandacht voor zelfmanagement in medische overdracht</p>	<p>Geen vpk overdracht - Medisch -medisch is gezekerd +/- Wijkzorg is benedenmaats - Aandacht zmb niet georganiseerd -</p>	<p>Geen vpk overdracht- Er wel bij zijn bij medische overdracht + Alleen medische overdracht - Proberen om wensen/behoefte van patiënt door te geven +/- (25% v.d. gevallen) -</p>	<p>Geen vpk overdracht - Bij ontslag praten over zmb maar hoe? +</p>	<p>Geen vpk overdracht - Alleen mondeling dingen doorgeven bv contactpersoon- Alleen medische overdracht - Arts draagt over - Recept gekregen waarvoor onbekend - Patiënt loskoppelen Infuus ▲, hand geven, goed herstellen</p>	<p>Geen vpk overdracht -</p>	<p>Geen vpk overdracht - (sporadisch wel) Vpk deel in overdracht wordt overgeslagen - ZMB als arts daar oog voor heeft -</p>	<p>Geen vpk overdracht - Items die vpk zijn opgemerkt komen niet bij thuiszorg - Arts doet gegevensoverdracht niet over zmb -</p>
--	---	---	---	---	------------------------------	--	---

<p>Consult afsluiten</p>	<p>Patiënt is soms weg voor- dat ik het weet -</p>	<p>Uitleg geven wat de arts gezegd heeft +/- +/- 60 % v.d. gevallen - - Op rustige momenten wel Ook andere patiënten van collega's wegsturen. 'Infuus ▲,hand, fijne dag'-</p>	<p>Alleen de 1^e behandeling geven - Niet over de chronische ziekte hebben - Dokter draagt over - Wel specifieke dingen doorgeven + Geen ontslaggesprek om SEH bezoek te voorkomen -</p>	<p>Niet bewust dat patiënt weg is - Laatste stukje wat arts besproken heeft is onbekend - Recept gekregen waarvoor onbekend - Patiënt loskoppelen Infuus ▲,hand geven, goed herstel wensen Geen ontslaggesprek</p>	<p>Geen voorwaarden voor ontslaggesprek - - Vragen of alles duidelijk is + Contact op nemen is wisselend of de arts vraagt wat de afspraak is bij wie terug te komen - Bij afsluiten consult kijken of alle medische opdrachten en handelingen gedaan zijn +/- Soms nog advies geven +/- Dokter haalt soms naald eruit - Zelf consult afsluiten 80% Geen ontslaggesprek in HIX -</p>	<p>Vragen of alles duidelijk is Soms adviezen over pijnstilling opschrijven + Niet doorverwijzen om een SEH bezoek te voorkomen 50 % consult afsluiten</p>	<p>Gaat over wat er vandaag gebeurd is - - Wat daar verder uit volgt +/- Medicatiewijziging + Samenvatting + Leefregels + Zelf consult afsluiten 70 % 'tot de volgende keer' - Niet inzoomen op de chronische ziekte -</p>
---------------------------------	--	---	--	--	--	--	--

Zorg onafhankelijkheid stimuleren op SEH (zmb in consult)	P1	Int. 1	Int. 2	Int. 3	Int. 4	Int.5	Int.6
Tijd	Geen tijd/ cultuur SEH - Kost veel tijd -	Meer tijd en ruimte voor krijgen + Niet altijd een voldaan gevoel over patiënten zorg + Kost heel veel tijd + Het gaat ten koste van anderen -	'Ik zie beren'+ Kost tijd -	Vast zitten aan de twee uur behandeltijd - Flow zitten van 'snel ons ding doen' - Trek mij eerder terug dan bij een patiënt gaan zitten -	Andere patiënten wachten -	Kost tijd - Cultuur -	Op de SEH vorm geven is lastig +/- SEH is een 'andere afdeling' +/- Tijd is een heikel punt -
Zelf meebeslissen	De dokter bepaalt - Hiërarchie van F. Nightingale - Patiënt wordt niet betrokken wat wilt u wel/niet - Soms geef ik te veel informatie +/-	Vertrouwen geven+ Luisteren + Niet sturend maar adviserend +	Meer voor de jongere generatie dan voor de oudere chronische patiënten +/-	Nu te protocollair- Is een ideale situatie als patiënt zelf gaat meebeslissen +	Eigenlijk samen doen + Patiënt is bij mij te gast – Omdenken na 24 jaar aan bed te hebben gestaan + 'Soort boven hangen' + Samen kijken + Samen kijken hoe we het probleem aanvliegen +	Zelfmanagement een aanrader! +	Samen het behandeltraject in gaan + Verpleegkundige is nu diegene die beslist, overdraagt - Patiënt meenemen geeft hem meer eigen verantwoordelijkheid +

	P. 1	Int. 1	Int. 2	Int. 3	Int. 4	Int. 5	Int. 6
Afstemmen op het niveau van de patiënt	Soms familie erbij betrekken +	In 5 minuten bloed afnemen, monitor koppelen, luisteren is te kort - Gastvrouw bereikt meer -	Houtje en touwtje +	Begrijpelijke taal iets uitleggen + En ik vraag of ze het echt snappen, inzicht? +	Ja zeker +	Is het dwarsigheid? + Is het dommigheid? + Is het onwetendheid? +	Meer aandacht voorkomen +
Positieve gezondheid benadrukken	Nee -	Nee -	Nee meer op diagnostiek gericht -	Nee -	Nee -	Ja dit kan patiënt motiveren om vol te houden +	Nee, behalve als iets lukt om naar huis te gaan +
Wat moet op SEH veranderen m.b.t. ZMB/GZB	Meer tijd +/- Niet meer achter een ECG aan rennen + Echte aandacht voor patiënt + Zorg anders organiseren +	Allemaal hetzelfde gaan doen + Weer al die patiënten maar wat doen we er zelf aan? + Voorlichting geven op SEH + Het geven van mogelijkheden op SEH + Kennis en scholing + Andere opzet SEH +/-	Moeilijk om een plek op de SEH te geven - Geen kennis – Bewustwording + Meer op de poli +/- Zorgen dat doe patiënt niet meer terug blijft komen + Zorgen dat patiënt niet moet inleveren kijken wat we kunnen behouden +	Ik ben mij heel vaak bewust dat deze patiënt niet op de SEH terecht moet komen + We klagen over draaideur patiënten maar we doen er niets aan + Wij maken patiënt afhankelijk +	Apart traject ‘niet tussen neus en lippen’ + ZMB en GZB een onderdeel van de zorg + Meer preventie +	Andere werkwijze op SEH + SEH op een andere manier inrichten + Ander traject nadien bieden +	Moeilijk op SEH – Patiënten horen daar niet thuis qua coaching + Of SEH anders inrichten + Het komt niet met elkaar overeen met wat nodig is + Het acute voor dat moment wordt opgelost maar probleem blijft bestaan - Kennis ontbreekt

		3-4 kamers voor chronisch zieken +/- Te veel patiënten met deze zorgvraag kunnen wij geen contact leggen met POH-er –		Meer pa-ers inzetten			
Hoeveel patiënten zie je in deze categorie	Ik zie veel patiënten die niet weten hoe om te gaan met hun ziekte en uiteindelijk op de SEH belanden +	50 % in de week +	-	-	Chronisch zieken blijven toenemen + Het wordt topzwaar op SEH +		-

Omgevingsfactoren/ randvoorwaarden	P. 1	Int. 1	Int. 2	Int. 3	Int. 4	Int. 5	Int. 6
ICT mogelijkheden	Item toevoegen aan de SEH opleiding, nu geen aandacht voor +	Niet voor de huidige ouderen +/- Face to face of bellen + Geeft nu geen info over betrouwbare websites -	Nee zover is het ADRZ nog niet – Geeft nu geen info over betrouwbare websites _	Nee -	Nee ik weet daar niets van +/- Ik vind het goed dat patiënt op weg kan helpen +	Nee	Nee -
Speerpunt kwaliteit van zorg van maken	Zeker voor de draaideur patiënt +	Ja belangrijk om verder te kijken dan het medische probleem+ Ook naar de zorgvraag kijken +	Ja meerjarenbeleid van maken + Toename chronisch zieken +	Misschien wel ja? + Staat in de kinderschoenen + Anamnese uitbreiden + Waar ligt de grens AOA/ SEH? +	Eyeopener + Bekijk het eens op een andere manier +	Ja zeker niet voor 80plus +/- Meer over nadenken + Meer inzicht in advies: wat is er gedaan? +	Meer in de picture + Nu ingesneeuwd +
ZMB/GZB een vast onderdeel in protocollen	Ons bewust worden van onze eigen rol + Plek geven binnen de SEH zorg +	Eigen regie opnemen in zorgprotocollen +	Patiënt centraal stellen + Diabetes vpk. opnemen in het zorgprotocol + Stiekem doen we de helft maar niet gestructureerd +/-	Richtlijn worden +	Ja zeker +	Ja zeker opnemen in HIX +	Ja zeker geen lukraak adviezen +

BIJLAGE 6 RUIMTELIJK OVERZICHT

	RUIMTELIJK OVERZICHT	
LABEL	Belangrijk	Belemmering
1.VISIE EN ATTITUDE	<p>Omgaan met zorgprobleem Bewust maken van de gevolgen iets verbeteren Veel vaker terugkomen op SEH met roken: COPD, niet bewegen: diabetes In gesprek gaan Adviezen geven Is mijn taak</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gericht op de klacht van de patiënt • Medisch • Alleen het acute, klacht staat centraal • Wat is de klacht • Alleen probleemoplossend • Klacht verhelpen • bezig met het acute • Snelle zorg leveren • Vooroordeel over chronisch zieken • Niet altijd tijd voor • Minder urgent • Inzoomen op het probleem
1.VISIE EN ATTITUDE	<p>Anamnese/zorgvraag Meer thuiszorg wordt vaak vergeten Ondervangen dat patiënt naar SEH moet komen Zorgprobleem wel een grotere vraag van de patiënt Veel meer uit willen halen Patiënt kan aangeven waar hij last van heeft Ik wil weten hoe het ontstaan is Tijd nemen en doorvragen Geen desinteresse/ nieuwsgierig Als je tijd hebt medicatie veranderingen navragen In gesprek gaan Doorvragen Voorgeschiedenis Angst noteren Therapie ontrouw</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toenemend benauwd • Klacht oplossen • Alleen hoofdklacht • Niet te uitgebreid • 'Het gaat niet meer' • Protocollair handelen • Druppel die de emmer doet overlopen • Klacht bestaat al langer • Twijfels of het echt niet meer gaat • Geen oog voor • Tijd en cultuur • Gevolg is niet verdiepen • Afhankelijk van de tijdsdruk • Cultuur van de SEH • Kan niet altijd door tijdsdruk

	<p>Brief huisarts of diabetesverpleegkundige Voelsprietten voor hebben</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cultuur: het mag niet • Achter je computer gaan zitten • 'Je ding doen' • Tijdsdruk • Geen tijd • Afkappen • Dit gebruiken voor verder onderzoeken • Meer aandacht voor het uitvoerende • Patiënt 3x hetzelfde verhaal doen • Arts doet het nog een keer • Patiënt niet te veel belasten • Ik mis het samen met arts doen • Arts doet hetzelfde • Straks komt arts nog een keer • Afhankelijk van de dokter • Steeds zelfde vragen stellen • Niet verder op het gezondheidsprobleem ingaan • Huisarts geweest, welke therapie gestart • Vluchtig • Belangrijke informatie missen
<p>1.VISIE EN ATTITUDE</p>	<p><u>Vertrouwensrelatie</u> Hand geven Familie erbij betrekken Afhankelijk van patiënt en verpleegkundige Twee uur behandeltime niet zo belangrijk Betere zorg In rustige momenten wel tijd nemen Geen vertrouwensrelatie willen noemen 'Even' gaan zitten Rust uitstralen Nú ben ik hier</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Geen focus op • 'Doe je ding 'en volgende • Hoge turnover • Crowding • Praten met patiënt tijdens het handelen (bloed afnemen) • Patiënt geeft zich over • Hij doet wat jij zegt • Patiënt is gast in het ziekenhuis

		<ul style="list-style-type: none"> • Tijdsdruk • Geen diepgaand gesprek voeren • Binnen twee uur • Haast, patiënt voelt dat aan
1.VSIE EN ATTITUDE	<p>Patiënt kan kiezen uit zorgaanbod Ziektebeeld combineren met leefstijl In gesprek gaan Kennis testen Ideeën van de patiënt Ik wil helpen op dat vlak waar de chronisch zieke hulp nodig heeft Behalve bij religie (geen man als verpleegkundige) Verpleegkundig onderbouwen om lab/thoraxfoto niet te doen</p> <p>Zou wel moeten en mogen Patiënt heeft er recht op Het is wel het lijf en de ziekte van de patiënt zelf Soms geeft arts opties Inlezen in dossier beter geïnformeerd</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Het ligt aan hoe ernstig ziek ze zijn (triage) • Het ligt er aan hoe ernstig ziek ze zijn (triage) • Op basis van triage • Klakkeloos doen wat de dokter zegt (arts bepaalt) • Vaak geen tijd voor • In medische klachten; diabetes glucose, COPD SpO₂, HV troponine • Het ligt aan de arts • Dokter bepaalt • Artsen dekken zichzelf in niks willen missen • Afhankelijk van arts • Moet van de arts • Ligt aan de arts • Wat wij (vpk/arts) zeggen gebeurt • Zorgaanbod afhankelijk welke arts of verpleegkundige • Zorg geven die nodig is op basis waarop de arts zijn beslissing kan maken • Medische meer aandacht • Medisch gaat altijd voor • Medisch • Technisch • Afkappen • Achter een getalletje komen

		<ul style="list-style-type: none"> • Foto maken • Wij bepalen • Niet mogelijk • Zelfde mal voor iedere patiënt • Heel vaak niet • Gaan we vaak aan voorbij • Past niet bij de SEH • Niet, strak regiem SEH • Niet • Zorg aangeboden vanuit wat er bij SEH hoort • Niet de zorg wat de patiënt zelf wil • Bloed prikken, ECG en thorax foto • Handelingen die je bij de patiënt doet • Probleem verhelpen • Patiënt verwacht bloed prikken, ECG en thoraxfoto • Zorgaanbod: je 'riedeltje', het protocol • Verpleegkundig handelen is altijd hetzelfde • Niet mogelijk op SEH • Hetzelfde malletje over iedere patiënt • Zorgaanbod: je 'riedeltje', bloed prikken, controles, AMPLE uitvragen • Overnemen van de regie • Wij bepalen wat goed is • Kwijt raken van de autonomie • Patiënt heeft alles al meegemaakt • Voorbij gaan aan de wens van de patiënt • Praktisch handelen staat voorop • Heel vaak niet
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Inspraak patiënt nihil • Wordt geen gehoor aangegeven • Patiënt kan zorg weigeren maar wordt 'raar' gevonden • Weinig ruimte voor eigen keuze van de patiënt • Als patiënt zelf iets wil dan werkt het averechts • Patiënt heeft geen keus
2.KENNIS OVERDRACHT	<p><u>Gezondheidsvoorlichting geven</u> Indien het rustig is: hoe doet u dat? Hoe controleert u uw ziekte? Patiënten slaan soms door internet kennis Cardiologische patiënten krijgen te weinig informatie bv. over NTG spray Niet in de zon zitten bij amiodarone gebruik Bellen bij pob</p> <p>Navraag doen bij AF: extra medicatie ingenomen Wat is AF uitleggen Wat kan het veroorzaken AF Uitleggen hoe pob veroorzaakt wordt Hoe werkt een hartritmestoornis + samen met de arts uitleggen</p> <p>Medicatie uitleg over NTG spray Oog hebben voor klachten en medicijn Monitoren in geringe mate door in opleiding te zijn Monitoren: medicatie inname stimuleren en 'aan de bel' te trekken Monitoren: bij dec. cordis traplopen gaat minder Waarom aan de monitor? Bespreken leefregels gaandeweg: medicatie van HA gehad Leefregel: hoe is het thuis gegaan? Gericht op de acute klacht Alleen wegen bij hartfalen Bij herhaalbezoeken achter komen en gericht advies geven</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoren: nee, door tijdsdruk • Monitoren: nee • Monitoren: komt niet ter sprake • Monitoren: geen zicht op wat ze al weten • Leefregels: snel vanuit gaan dat patiënt wel geïnformeerd is • Geen leefregels bespreken i.v.m. tijddruk • Leefregels: niet roken minder energie insteken • Alleen vragen welke leefregels, niet of ze nagekomen worden • Mag niet te veel informatie met de patiënt delen • Niet aan COPD'ers, geen tijd • Minder energie in COPD'ers is al 20 x uitgelegd - • COPD'er normaal dat hij regelmatig komt • COPD weet alles al • Dokter doet dit summier • Indien glucose hoog is maar niet de hoofdklacht dan zo laten • Niet bij alle chronisch zieken • Uitleg medicatie: te weinig verdieping tijdsdruk • Voorlichting erg 'hokkerig' arts, apotheek, vpk, komen ergens samen

	<p>Informatie vragen aan arts Zou het wel willen geven Patiënt is er blij mee Voorlichting gericht op de klacht</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting van de arts is de vpk niet bij • Uitleg medicatie overlaten aan de arts • Voorlichting door arts niet in samenwerking met vpk
2.KENNIS OVERDRACHT	<p><u>Gezondheidsverschillen opsporen</u></p> <p>Uit angst naar SEH komen weleens navragen Hart is de motor bij cardiale klachten maakt pat. bang Kennis te kort bij AF Meer angstig bij onvoldoende kennisniveau Oog hebben voor angst: gemak stellen, bespreekbaar maken, relativieren, bang en onzeker Oog hebben voor angst; soms als het eruit komt dan doorverwijzen naar poli Oog hebben voor angst: ja Patiënten zijn angstig omdat ze niet goed weten wat er aan de hand is Oog hebben voor angst: culturele verschillen</p> <p>‘Welke patiënt heb ik voor mij en hoe kan ik het zeggen’ Kennis bij AF /cardiologen geven verschillende informatie ‘Houtje -touwtje’ methode Kennis van het ziektebeeld; wat ik tussen de regels door hoor Navraag doen of het begrepen is, NTG spray bij pob</p> <p>Doorvragen wat gaat er niet meer Medicatie inname navragen Gezondheidsverschillen worden opgemerkt: sommige patiënten denken dat ze alles weten maar is niet zo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vaak geen aandacht voor • Anamnese aan de hand daarvan de klachten uitleggen bv hoesten: COPD/ wond diabetes • Niet weten wanneer ze meer mogen puffen COPD • COPD’ers weten het wel • Acceptatieproces ‘het hoort er nu eenmaal bij’ • Acceptatie proces • Kennis van ziektebeeld sommige patiënten denken het te weten maar is niet zo • Luchtig houden +/- • Kunnen omgaan met beperkingen geen aandacht voor • Maar doet er op dat moment niets mee • Leren omgaan met beperkingen: Nee alleen op ziekenhuis gericht

	<p>Discussie aangaan Bij ernstige dyspnoe familie betrekken Twijfelen of het thuis wel zal gaan</p> <p>Oorzaak achterhalen Samenhang tussen symptomen en de ziekte is een klein onderdeel Hebben ze het begrepen soms hebben ze geen kennis Inzoomen waarom iets belangrijk is Herhalen Arts laten uitleggen Zelf in 'Jip en Janneke' taal het uitleggen</p>	
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">2.KENNIS OVERDRACHT</p>	<p><u>Gezondheidsvaardigheden afstemmen</u></p> <p>HV ziekten: oedemen aan de benen; meer plastabletten innemen Bewust van de gevaren Uitleg medicatie altijd Behandelresultaten alleen bij AF verandering in medicatie Alleen gerelateerd aan het acute probleem hypo's/ hypers Bij herhaalbezoeken 3x wel bespreken anders meer tijd voor nemen Patiënten zijn goed te instrueren op dat moment</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Geen tijd voor – • Onbewust van therapieontrouw • Therapietrouw niet • Therapie trouw niet alleen NTG spray gebruikt • Therapietrouw alleen navragen of medicatie vlg's voorschrift is ingenomen • Therapietrouw niet standaard navragen • Therapietrouw; medicatie inname navragen vaak • Behalve bij COPD • Therapie trouw niet altijd bespreken alleen bij COPD • Behandelresultaten bespreken; te weinig – • Behandelresultaten niet <p>Nazorg: niet (7x)</p>

LABEL	BELANGRIJK	BELEMMERING
3.COACHING	<p><u>Doelen halen</u> Wat kan ik voor u doen Verwijzen naar specialist Confronteren met roken en de SEH bezoeken Eerlijk zijn Psychosociale doelen familie erbij betrekken Navraag doen wat werkt Patiënt weet dat ook + Stoppen met roken bij COPD Neemt een goede anamnese af en weet al welk doel niet gehaald wordt Wel bemoedigen Kan daar alleen geen rol in spelen Om beter gedrag uit te voeren: terug naar huisarts</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Geen overzicht hebben van de patiënt • Bespreken niet medische doelen als ik tijd heb meestal niet • Geen tijd • Coachen is niet haalbaar in twee uur tijd • Voorkomen van verergering niet bespreken • Of om te vragen wat wilt u bereiken met uw SEH bezoek: nee • Erger voorkomen wordt niet besproken • Zelden iets nieuws zeggen bij gezondheidsvoorlichting • Navraag doelen wordt niet besproken • Doelen bespreken over SEH bezoek nee • Psychosociale doelen: niet aan mij omdat te bespreken Psychosociale niet vaak bespreken • Bespreken van psychosociale doelen lang niet bij iedereen • Alleen bij naar huis gaan: geen vervoer; klein sociaal netwerk • Geen handvatten voor het vragen naar behandelingsdoelen • Niet medische doelen worden niet besproken • Bespreken van activiteiten om doelen te halen worden niet besproken • Bespreken van pos/neg kanten van de doelen niet • Doel gericht op de acute klacht • Hun klacht helder hebben bv. vermoeidheid/kortademigheid • Wat wilt u bereiken met SEH bezoek is gericht op de huidige klacht • Zeggen: 'Ik hoop u hier niet meer terug te zien' • Initiatief ligt bij de patiënt • COPD'ers weten alles – • Voor COPD'ers is het normaal om te roken • Op poli worden positieve- en negatieve kanten van de leefregels besproken maar weet dit niet zeker Benadrukt positieve gezondheid wordt niet besproken

LABEL	BELANGRIJK	BELEMMERING
4. LEREN SAMENWERKEN MET ZORGVERLENERS	<p><u>Terugverwijzen naar huisarts/diëtiste</u></p> <p>Tegen de arts zeggen Wel een weg erin te zoeken ook al is het druk Poli controle regelen HA vraagt eerstelijns POH en speelt hierop in</p> <p><u>Informereren naar zorgplan</u></p> <p><u>Multidisciplinair samenwerken</u></p> <p>Kijken naar de voorkeur, affiniteit en de leefwereld van de patiënt Wel willen maar het goed doen kost tijd</p> <p><u>Verwijzen naar websites en folders</u> Zou hier structureel meer aandacht voor willen hebben</p> <p><u>Tips geven om betere gesprekvoering met de arts te hebben</u> Stimuleert patiënt om vragen op te schrijven Ik zeg het wel: ‘zeg het straks tegen de dokter’ Ervoor zorgen dat de patiënt eerder met de arts spreek</p> <p><u>Overdracht medisch, overdracht wijkzorg</u> <u>Aandacht voor zelfmanagement in medische overdracht</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • In de medische brief naar HA. • Nee niet met chronisch zieken (2x) • Wel te willen maar komt daarmee in het vaarwater van de dokter • Vaak bekend bij diabetes en long verpleegkundige maar niet verwijzen • Nee (6x) • Speelt geen rol op de SEH • Met SEH artsen, specialisten, radiologie en röntgen (3x) • Deze werken naast elkaar • Wel prettig maar is het mijn taak? • Nee, bij onvoldoende thuiszorg navraag doen maar meer na trauma (3x) • Nee (6x) • Nee (6x) • Onwetendheid • Nee (2x) • Geen mondelinge en geen schriftelijke verpleegkundige overdracht (7x) • Vpk deel in overdracht wordt overgeslagen • Items die vpk zijn opgemerkt komen niet bij thuiszorg

Medisch -medisch is gezekerd

Er wel bij zijn bij medische overdracht

Bij ontslag praten over ZMB maar hoe?

Proberen om wensen/behoefte van patiënt door te geven (25% v.d. gevallen)

Consult afsluiten op SEH

Uitleg geven wat de arts gezegd heeft

Op **rustige momenten** wel

Wel specifieke dingen doorgeven

Vragen of **alles duidelijk** is

Soms nog **advies** geven

Soms adviezen over pijnstilling opschrijven

Vragen of alles duidelijk is

Medicatiewijziging

Samenvatting

Leefregels

- **Arts** doet gegevensoverdracht **niet over ZMB**
- **ZMB als arts daar oog voor heeft**
- **Alleen medische overdracht**
- Alleen mondeling dingen doorgeven bv contactpersoon
- Patiënt is **soms weg** voordat ik het weet
- **Niet bewust** dat patiënt weg is
- **Laatste stukje wat arts besproken heeft is onbekend**
- **Recept gekregen waarvoor onbekend**

- +/- 60 % v.d. gevallen
- Zelf consult afsluiten 80%
- 50 % consult afsluiten
- Zelf consult afsluiten 70 %

- Alleen de 1^e behandeling geven
- Niet over de chronische ziekte hebben
- Niet inzoomen op de chronische ziekte

- Contact op nemen is wisselend of de arts vraagt wat de afspraak is bij wie terug te komen

- Bij afsluiten consult kijken of alle medische opdrachten en handelingen gedaan zijn
- Ook andere patiënten van collega's wegsturen
- 'Infuus ▲ ,hand, fijne dag'
- 'tot de volgende keer'
- Patiënt loskoppelen
- Infuus ▲ ,hand geven, goed herstel wensen
- Dokter haalt soms naald eruit
- Dokter draagt over
- Geen ontslaggesprek
- Geen ontslaggesprek om SEH bezoek te voorkomen
- Geen ontslaggesprek in HIX
- Geen voorwaarden voor ontslaggesprek
- Gaat over wat er vandaag gebeurd is

LABEL	Belangrijk	Belemmering
5. ZORGONAFHANKELIJKHEID STIMULEREN OP SEH (ZELFMANAGEMENT IN CONSULT BIJ SEH VPK)	<p><u>Tijd en cultuur</u> Meer tijd en ruimte voor krijgen Niet altijd een voldaan gevoel over patiënten zorg</p> <p><u>Zelf meebeslissen</u> Vertrouwen geven Luisteren Niet sturend maar adviserend Meer voor de jongere generatie dan voor de oudere chronische patiënten Is een ideale situatie als patiënt zelf gaat meebeslissen Eigenlijk samen doen Omdenken na 24 jaar aan bed te hebben gestaan 'Soort boven hangen' Samen kijken hoe we het probleem aanvliegen Zelfmanagement een aanrader Samen het behandeltraject in gaan Patiënt meenemen geeft hem meer eigen verantwoordelijkheid Meer aandacht voorkomen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Geen tijd/ cultuur SEH • Kost veel tijd • Kost heel veel tijd • Kost tijd • Cultuur • "Ik zie beren' • Kost tijd • Vast zitten aan de twee uur behandeltime • Flow zitten van 'snel ons ding doen' • Trek mij eerder terug dan bij een patiënt gaan zitten • Andere patiënten wachten • Op de SEH vorm geven is lastig • SEH is een 'andere afdeling' • Tijd is een heikel punt <ul style="list-style-type: none"> • De dokter bepaalt • Hiërarchie van F. Nightingale • Patiënt wordt niet betrokken wat wilt u wel/niet • Soms geef ik te veel informatie • Nu te protocollair • Patiënt is bij mij te gast • Verpleegkundige is nu diegene die beslist, overdraagt

<p><u>Afstemmen op het niveau van de patiënt</u> Soms familie erbij betrekken Houtje en touwtje Begrijpelijke taal iets uitleggen En ik vraag of ze het echt snappen, inzicht? Is het dwarsigheid? Is het dommigheid? Is het onwetendheid?</p> <p>Positieve gezondheid benadrukken Dit kan patiënt motiveren om vol te houden Behalve als het iets lukt om naar te huis gaan</p> <p><u>Wat moet op SEH veranderen m.b.t. ZMB/GZB</u> Meer aandacht voorkomen Bewustwording Ik ben mij heel vaak bewust dat deze patiënt niet op de SEH terecht moet komen Wij maken patiënt afhankelijk +</p> <p>Niet meer achter een ECG kar aan rennen</p> <p>Echte aandacht voor patiënt Zorgen dat patiënt niet meer terug blijft komen Zorgen dat patiënt niet moet inleveren, kijken wat we kunnen behouden</p> <p>Allemaal hetzelfde gaan doen</p> <p>Weer al die patiënten maar wat doen we er zelf aan? We klagen over draaideur patiënten maar we doen er niets aan</p> <p>Voorlichting geven op SEH Apart traject 'niet tussen neus en lippen' ZMB en GZB een onderdeel van de zorg + Meer preventie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • In 5 minuten bloed afnemen, monitor koppelen, = luisteren is te kort • Gastvrouw bereikt meer • Nee soms gericht op diagnostiek • Te veel patiënten met deze zorgvraag kunnen wij geen contact leggen met POH-er – • Geen kennis • Moeilijk om een plek op de SEH te geven- • Moeilijk op SEH • Meer op de poli • Het acute voor dat moment wordt opgelost maar probleem blijft bestaan
---	---

	<p>Het komt niet met elkaar overeen met wat nodig is Het geven van mogelijkheden op SEH Kennis en scholing + Kennis ontbreekt</p> <p>Zorg anders organiseren Meer pa-ers inzetten Andere opzet SEH 3-4 kamers voor chronisch zieken Andere werkwijze op SEH SEH op een andere manier inrichten Ander traject nadien bieden Patiënten horen daar niet thuis qua coaching Of SEH anders inrichten</p>	
--	---	--

LABEL	BELANGRIJK	BELEMMERING
6. OMGEVINGSFACTOREN/ RANDVOORWAARDEN	<p><u>ICT mogelijkheden</u> Item toevoegen aan de SEH opleiding, nu geen aandacht voor Face to face of bellen</p> <p><u>Speerpunt kwaliteit van zorg van maken</u> Zeker voor draaideur patiënt Toename chronisch zieken</p> <p>Belangrijk om verder te kijken dan het medische probleem Ook naar de zorgvraag kijken</p> <p>Meerjarenbeleid van maken Staat in de kinderschoenen</p> <p>Anamnese uitbreiden Waar ligt de grens AOA/ SEH Meer inzicht in advies: wat is er gedaan?</p> <p>Eyeopener Bekijk het eens op een andere manier Meer over nadenken Meer in de picture Nu ingesneeuwd</p> <p><u>ZMB/GZB een vast onderdeel in protocollen</u> Ons bewust worden van onze eigen rol Geen lukraak adviezen geven Plek geven binnen de SEH zorg Eigen regie opnemen in zorgprotocollen Patiënt centraal stellen Diabetes vpk. opnemen in het zorgprotocol Richtlijn worden (3x)</p>	<p>Niet voor de huidige ouderen</p> <p>Geeft nu geen info over betrouwbare websites (7x)</p> <p>ADRZ is zover nog niet</p> <p>Niet voor 80 plus</p> <p>Stiekem doen we de helft maar niet gestructureerd</p>