

2009.1

januari 2009  
jaargang 5 nummer 1

UMC  St Radboud

# PLEXUS

UMC - ZORGMAGAZINE



Spreekuur seksualiteit en soa's bij hiv-behandelcentrum

Handhygiëne is 'hot'

Een tour op de SSU

# INHOUD

Verpleegkundige richtlijn spiritualiteit	3
Spreekuur voor seksuele gezondheid en soa	4
Gewoon handen schoon!	6
Perplexus	7
Uit de schaduw	8
De begeleiding van hbo-v-stagiaires op Q2DeZee	10
Verplegingswetenschappelijk bericht: Onderzoek naar vermoeidheid bij patiënten met reumatoïde artritis	12
Paraspraak	14
De seniorverpleegkundige op de poli kinderen & jeugdigen	15
In beeld	16

# REDACTIONEEL

*De herinnering aan vuurwerk, oliebollen en familiebezoek zullen bij de meesten van u al wat aan het vervagen zijn, maar ook de redactie van Plexus wenst u nog van harte een goed Nieuwjaar. Met dit eerste nummer van 2009 zijn we in ieder geval zelf goed van start gegaan – al zeggen we het zelf. Het is een gevarieerde uitgave. Zo blijft Els Groeneveld in zekere zin nog enigszins in de kerstsfeer met haar bijdrage over de verpleegkundige richtlijn spiritualiteit. Van spirituele zorg naar gewoon je handen wassen, lijkt een flinke stap. Maar niet voor Plexus. Anita Brink-Huis belicht de achtergronden van de campagne 'Gewoon handen schoon!' De uitingen kom je nu overal in huis tegen. Let er eens op, en vooral: gewoon doen!*

*Verder in dit nummer onder meer een met veel relevant cijfermateriaal onderbouwd verhaal van nurse practitioner hiv Bert Zomer over het spreekuur seksuele gezondheid en soa. Verpleegkundig expert Han Repping-Wuts laat ons leesbaar voorproeven van haar proefschrift over vermoeidheid bij patiënten met reumatoïde artritis. En verpleegkundigen Daniëlle Janssen en Diana Ruijters beschrijven enthousiast hoe het er aan toe gaat op 'hun' afdeling: de Short Stay Unit (SSU).*

*De rubriek Paraspraak besteedt dit keer aandacht aan een fysiotherapeutisch zorgpad rond halsklierdissectie. In In Beeld staat patiëntenvoorlichter en familiebegeleider Gerard van Rijn in de schijnwerper en voor L. Hoek gaat bezieling (nog steeds) boven een dure bolide.*

*U leest het in Plexus!*

*De redactie*

*Heeft u nieuws dat interessant is voor uw collega's, de lezers van Plexus? Mail ons: [Plexus@sb.umcn.nl](mailto:Plexus@sb.umcn.nl).*

## COLOFON

Plexus is een multidisciplinair tijdschrift dat wordt gemaakt voor en door de verschillende zorgdisciplines in het UMC St Radboud. Plexus verschijnt vier keer per jaar en bevat artikelen en columns die de zorg in het ziekenhuis en daarbuiten tot onderwerp hebben.

Verpleegkundigen en paramedici van het UMC St Radboud zijn van harte uitgenodigd bijdragen aan dit tijdschrift te leveren, in de vorm van artikelen, artikelsuggesties of ingezonden brieven. Hulp en ondersteuning bij het schrijven is beschikbaar.

De redactie beoordeelt ingezonden artikelen op inhoud, stijl en lengte. Commentaar en wijzigingsadviezen worden vervolgens teruggekoppeld aan de schrijver. Alle artikelen ondergaan ten slotte een stilistische eindredactie. Afhankelijk van de kwaliteit van het artikel kan die meer of minder ingrijpend zijn.

## REDACTIE

Nory Burgers, Ingeborg Hakstege, Herman Hendriks, Getty Huisman - de Waal, Steven van Moorsel, Janneke van der Linden (coördinator), Rolinka Schim van der Loeff en Marleen Versteeg. Eindredactie: Peter Smits, Parafraze tekst & advies.

De redactie is bereikbaar via Productgroep Communicatie van het Servicebedrijf: postadres 528 COM, telefoon (024) 361 76 03, e-mail [Plexus@sb.umcn.nl](mailto:Plexus@sb.umcn.nl)

## BIJDRAGEN AAN DIT NUMMER

Riet Albers, Anita Brink - Huis, Els Groeneveld, Gerben van Hinte, L. Hoek, Els Honings, Daniëlle Janssen, Han Repping - Wuts, Diana Ruijters en Bert Zomer

## NASLAG VIA INTRANET

Heeft u een uitgave gemist of wilt u iets terugzoeken? Op intranet zijn de pdf-bestanden te vinden van alle verschenen nummers van Plexus. Ga hiervoor naar [www.umcn.nl](http://www.umcn.nl) > medewerker > nieuws en bulletins > Plexus.

## VERSPREIDING

Plexus wordt gratis verspreid onder alle zorgdisciplines binnen het UMC St Radboud. Als bezorgadres geldt het werkadres zoals dat in het personeelssysteem (P&O/BASS) is opgenomen. Als het bezorgadres afwijkt van het werkadres dient u het bezorgadres zelf via uw personeelsfunctionaris te laten aanpassen. Pas dan wordt Plexus op uw nieuwe werkplek bezorgd. Met vragen of klachten over de verspreiding kunt u zich wenden tot Janneke van der Linden, Productgroep Communicatie, telefoon (024) 361 76 03.

## VOLGEND NUMMER

Plexus 5,2 verschijnt in april 2009.

## BEZIELING GAAT VOOR AUTOOTJE

*Afgelopen week nam onze afdeling afscheid van twee collega's. Omdat wij nogal 'naar buiten gericht' zijn, was er een divers gezelschap uitgenodigd: van secretaresse tot externe Bobo. Eén voor één kwamen de genodigden aandruppelen. Sommigen op de fiets, zodat ze lekker een vino konden nemen, anderen met de auto. Omdat ik het roken nog steeds niet kan laten, nam ik buiten de ontvangsthonneurs waar. Zo verenigt een mens het nuttige met het aangename, waarbij ik in het midden laat onder welke categorie die eeuwige sigaret valt.*

*Enfin, wiebelend van het ene been op het andere (want het wordt koud!) en angstvallig de sigaret verbergend bij elke nieuwe aankomst, kwam één van de Bobo's voorrijden. In een AUTO, met hoofdletters! Een modelleke dat op z'n voorde ligt voor € 70.000, - te verkrijgen is. Ruwweg anderhalf bruto jaarsalaris van een gemiddelde verpleegkundige!?*

*Ik vroeg de bestuurder wat ik moest doen om ooit in zo'n auto terecht te komen. Als eigenaar, bedoelde ik. Enigszins besmuikt antwoordde hij dat dat voor een verpleegkundige Radboudiaan waarschijnlijk geen haalbare kaart zou zijn. Dat vreesde ik al...*

*Maar nu het goede nieuws: blijkbaar zijn wij met z'n allen dermate bezield en betrokken, dat wij onszelf graag blijven vervoeren in koekblikken*

*(vergeef me, maar in verhouding tot deze bolide is ongeveer alles een koekblik; ik scheer dus gemakshalve al onze zuurverdiende auto's over één kam).*

*Laten we dat zo houden, want plezier in je werk, en een gezonde plak kaas op de boterham, is uiteindelijk belangrijker dan het stuk blik waarin we rijden.*

*Maar dromen staat vrij...*

*L. Hoek  
[delinksehoek@com.umcn.nl](mailto:delinksehoek@com.umcn.nl)*

# VERPLEEGKUNDIGE RICHTLIJN SPIRITUALITEIT

De Dienst Geestelijke Verzorging en Pastoraat heeft een richtlijn 'Spiritualiteit als verpleegkundig aandachtsgebied' ontwikkeld. Verpleegkundigen krijgen daarmee een handvat in handen voor menslievende zorg met een spirituele dimensie, dat wil zeggen zorg op het terrein van wat mensen ten diepste beweegt; wat op een bijzondere manier aan het licht kan komen in tijden van ziekte en crisis. De richtlijn wil het beste van de verpleegkundigen naar boven halen: gedreven door kennis, bewogen door mensen.

Het beroepsprofiel van verpleegkundigen gaat uit van een holistisch mensbeeld; In de zorgvragen van patiënten kunnen lichamelijke, psychische, sociale en spirituele aspecten een rol spelen. Alleen, die spirituele aspecten brengen veel verpleegkundigen nogal eens in verlegenheid. Wat moeten we verstaan onder een spirituele dimensie?

## Spirituele zorg

Zoals uit de casus in het kader blijkt, kan aandacht voor de spirituele dimensie bijdragen tot het beter worden en welbevinden van patiënten. De samenwerking tussen verpleegkundigen en geestelijk verzorgers kan dus van groot belang zijn voor het welzijn van de patiënt en een belangrijke bijdrage leveren aan de gewenste menslievende zorg.

Aandacht voor de spirituele dimensie heb je als je existentiële vragen – al dan niet in religieuze termen verwoord – herkent en erkent en je, als het nodig is, een geestelijk verzorger inschakelt. Voor verpleegkundigen is de richtlijn 'Spiritualiteit' hierbij een hulpmiddel. Naast een diagnostisch model voor het vaststellen van een 'spirituele' zorgvraag bevat

de richtlijn een verpleegkundige standaard Spirituele Nood. Deze is tot stand is gekomen in samenwerking met Chel Coenen (voorheen Staf Zorg).

## Pilots

De richtlijn 'Spiritualiteit' wordt gebruikt om de competenties van de verpleegkundigen op dit gebied te versterken. In 2009 zal de richtlijn als pilot op verschillende verpleegafdelingen worden geïmplementeerd. Na evaluatie van deze pilots komt de richtlijn voor het hele ziekenhuis beschikbaar en wordt hij verbreed naar andere zorgverleners, onder wie de artsen.

## Scholing

Op één verpleegafdeling is al een begin gemaakt met scholing. De verpleegkundigen zijn daar op de werkvloer door de geestelijk verzorger gecoacht in het omgaan met spirituele zorgvragen op basis van casuïstiek die door de verpleegkundigen zelf werd ingebracht. De evaluatie toonde aan dat de betrokken verpleegkundigen bewuster en meer ontspannen omgaan met dit aspect van hun professie. Zij maken spiritualiteit makkelijker bespreekbaar met patiënten en hun familie. En de geestelijk

verzorger ontvangt beter gerichte verwijzingen in situaties van spirituele nood.

*Els Groeneveld,  
Dienst Geestelijke Verzorging en Pastoraat*

Meer weten? Kijk op de website:  
<http://www.umcn.nl/professional/afdelingen/dgvp/spiritualiteit> en twee relevante artikelen in Tijdschrift voor Verpleegkundigen (TvZ), 2008, nr. 7/8

## VERDER KUNNEN...

Onlangs kwam ik in aanraking met mijnheer S. na een OK. De verpleegkundige, die mij over hem benaderde vertelde dat hij verward overkwam en zij sprak van een delirant beeld. Dhr. S. was zeer emotioneel; hij sliep niet. De verpleegkundige kwam er niet achter wat hem zo bezwaarde en heeft een gesprek met mij aangeboden. Dit gesprek bleek 'effectief' zoals de verpleegkundige het later verwoordde: dhr. S. sliep weer, knapte zienderogen op, en straalde blijdschap uit. In het gesprek vertelde hij over een spirituele ervaring die hij had gehad, een bijna-doodervaring die hem zeer bezighield. Deze ervaring hebben we samen verkend, en gekeken wat deze voor hem en voor zijn leven betekende. Hij had zijn hele leven aan zich voorbij zien gaan en zich als afgedankt gezien op de mesthoop; hij had zich opgesloten gevoeld en dit had hem in een crisis gebracht. Door zijn gezondheid moest hij afstand nemen van zijn werk waaraan hij veel zin ontleende. Andere negatieve ervaringen die hij in zijn leven had meegemaakt, kwamen ter sprake. Doordat hij zich gehoord wist en begrip ervoer, voelde hij zich verlost, en was er ruimte om te bespreken wat hem kracht, steun en moed gaf: Door de bijna-doodervaring verloor hij zijn angst voor de dood; hij had achter een (hemel-)poort een grote tuin gezien; bekenden kwamen naar hem toe; er was geen vijandschap maar vrede; hij had daar willen blijven. Ik heb hem gezegd: door de zegen werd hij bevestigd in zijn bestaan en kon hij verder.



Aandacht voor spiritualiteit in het Radboud

Foto: Frank Muller

# SPREEKUR VOOR SEKSUELE GEZONDHEID EN SOA

Het hiv- behandelcentrum in het UMC St Radboud was een van de eerste centra waar spreekuren rondom seksualiteit en seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) werden ingevoerd. Inmiddels zetten steeds meer hiv-behandelcentra in Nederland deze spreekuren op. Hiv-positieve patiënten kunnen nu direct bij de nurse practitioner, of bij hun behandelend arts of hiv-consulent terecht voor een soa-screening of het aankaarten van seksuele problemen. Zij hoeven hiervoor niet meer (met een ongemakkelijk gevoel) bij de huisarts, GGD of andere poli aan te kloppen. Bert Zomer, nurse practitioner hiv, beschrijft in dit artikel de achtergrond en het belang van het spreekuur voor seksuele gezondheid en soa.

Hiv en seksuele gezondheid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Ongeveer 90% van de hiv-geïnfecteerde mensen loopt het virus op via seksueel contact. Bijna alle mensen met hiv worden dan ook vroeg of laat geconfronteerd met veranderingen in hun seksuele leven. Hiv-positief zijn heeft vaak drastische gevolgen voor de beleving van de seksualiteit. De psychische belasting van het ziek zijn, de wetenschap dat hiv seksueel overdraagbaar is, bijwerkingen van de medicijnen, chronische vermoeidheid, en aversie tegen condoomgebruik, kunnen leiden tot seksuele disfunctie(s) en relationele problemen. Uit onderzoek blijkt dat meer dan 50% van de mensen met HIV problemen ervaart met hun seksuele gezondheid. Uit kwalitatieve studies blijkt dat 84% van de hiv-positieve vrouwen seks vaak uit de weg gaat en 60% geeft aan last te hebben van seksuele disfuncties. Ander onderzoek laat zien dat ongeveer 30% van de mannen hinder heeft van erectiestoornissen en verminderd seksueel verlangen.

In Nederland leven steeds meer mensen met een hiv-infectie. Het aantal geregistreerde infecties ligt rond de 12.500. Zij zijn onder behandeling bij een hiv-behandelcentrum. Door de verbeterde behandelmogelijkheden blijven meer mensen met hiv in redelijk goede gezondheid leven en is hun levenskwaliteit toegenomen. Ook de rol van seksualiteit daarbij wint weer aan belang. De laatste jaren laten ook een toename van soa zien onder de Nederlandse bevolking, ook bij mensen met hiv.

In Nijmegen hebben tussen begin 2000 en eind 2007 81 patiënten van de hiv-poli, één of meerdere soa gehad (122 in totaal). De meest voorkomende soa was lues (78 keer). In 2007 hebben we 350 soa-testen uitgevoerd waarvan er 31 positief waren (met lues weer op kop). Voor 2008 staat de stand tot eind mei op 105 uitgevoerde soa-testen, waarvan vijf positief, waaronder géén lues. De preciese cijfers na mei 2008 zijn nog niet bekend, maar de testen

laten een groot aantal positieve uitslagen voor chlamydia en (weer) lues zien.

In 2005 werd 15% van alle diagnoses in Nederland van gonorrhoe, chlamydia en syfilis vastgesteld bij mannen die seks hebben (gehad) met mannen én hiv-positief zijn. Uit recenter onderzoek blijkt dat een goede seksuele gezondheid en een goed seksueel zorg- en ondersteuningsaanbod voor mensen met hiv het aantal keren dat er risicovol seks plaatsvindt kan verlagen. Kortom: een taak voor preventie.

## Richtlijn Seksuele gezondheid bij mensen met hiv

Deze richtlijn ondersteunt de verpleegkundig consulenten hiv/aids in het hiv-behandelcentrum bij de zorg op het terrein van seksuele gezondheid bij mensen met hiv.



SOAIDS

Inhoud
1. Inleiding
2. Definiëring en afbakening van het begrip seksuele gezondheid
3. Anamnese seksualiteit
4. Beslisboom
5. Seksuologisch consult
6. Specifieke anamnese seksualiteit
7. Specifieke vragen per klacht
8. Verpleegkundige diagnose
9. Referenties

## Preventie

In november 2005 vond in Nederland een internationale expertmeeting 'Positive Prevention' plaats. Daar werd vastgesteld dat primaire en secundaire preventieactiviteiten de verdere overdracht van HIV en andere soa's konden helpen voorkomen. Maar de preventie moest dan wel uit maatwerk bestaan, omdat de groep van mensen met hiv zeer divers is qua achtergrond en levensstijl. Aan dit gegeven werd door de Nederlandse hiv-behandelcentra nog onvoldoende aandacht geschonken. Bovendien bleek het moeilijk om hiv-patiënten

preventief te bereiken. Alleen de patiënten die zich op een soa-poli meldden waren zichtbaar en konden met preventie worden bereikt. De anderen bleven buiten schot. Maar mensen met hiv die in zorg zijn, bezoeken gemiddeld wel elke drie tot zes maanden een hiv-behandelcentrum. Het leek daarom voor de hand te liggen de preventie vanuit de ziekenhuizen vorm te geven.

## Richtlijn

Een werkgroep, waarvan ik deel uitmaakte, ging aan de slag met de vraag welke rol de hiv-behandelcentra konden spelen bij het bevorderen van seksuele gezondheid. Ons doel was een 'richtlijn seksuele gezondheid bij mensen met hiv' te ontwikkelen voor de hiv-consulenten om hen te ondersteunen bij het initiëren en voeren van gesprekken over seksualiteit, waarin het voorkomen van soa's en nieuwe hiv-infecties door een gezonde levensstijl een belangrijk gesprekstema moest zijn. Gaandeweg de ontwikkeling van deze richtlijn constateerde de werkgroep dat de doelgroep hiv-consulenten onvoldoende was geschoold op het gebied van seksuele gezondheid. Met financiële steun van het Aids Fonds en Soa Aids Nederland is daarvoor toen een vierdaagse training ontwikkeld. In 2007 en 2008 hebben de meeste hiv-consulenten deze training gevolgd. Jaarlijks is er een terugkomdag. De deelnemers hebben de training hoog gewaardeerd en zijn in hun praktijk aan de slag gegaan met het onderwerp seksuele gezondheid.

Een stuurgroep, bestaande uit artsen, seksuologen en projectmedewerkers van instellingen rond de hiv-zorg, keurde medio 2008 de richtlijn goed, die vervolgens in juni onder alle hiv-consulenten werd verspreid. Tegelijkertijd werd er voor alle hiv-behandelcentra een kennismap Seksuele Gezondheid en HIV uitgegeven, met daarin relevante Nederlandse onderzoeksresultaten over de patiëntengroep. Ook de richtlijn is in de kennismap opgenomen.

## Spreekuur seksuele gezondheid en soa

Van 2003 tot 2006 werkte het hiv-behandelcentrum in Nijmegen mee aan een onderzoek van Universiteit Maastricht in het kader van de invoering van een zelfhulpgids voor hiv-positieve homoseksuele mannen. De Nijmeegse mannen die aan het onderzoek deelnamen, fungeerden als controlegroep. Ze ontvingen de zelfhulpgids pas aan het eind van het onderzoek en ze werden ook pas op dat moment uitgenodigd gesprekken te voeren over seksuele gezondheid.

Voor mij persoonlijk was dit de directe aanleiding om in 2007 met het spreekuur seksuele gezondheid en soa te starten. Op het spreekuur van hiv-behandelaren en verpleegkundig consulenten kregen patiënten vanaf dat moment de gelegenheid seksuele problemen of vragen rond soa's aan de orde te stellen.

Voor een diepgaand gesprek daarover kan de behandelaar of consulent de patiënt dan naar mij doorverwijzen. Patiënten kunnen mij ook rechtstreeks benaderen met vragen over seksuele gezondheid, maar ook voor een soa-screening. Alle patiënten die bij het hiv-behandelcentrum lopen, zijn geïnformeerd over het spreekuur seksuele gezondheid en veel mensen maken er gebruik van, meer

mannen dan vrouwen. Tijdens het spreekuur bespreek ik samen met de patiënt – en soms in aanwezigheid van de partner – het seksuele probleem. Daarbij kan ik handig gebruik maken van de landelijke richtlijn. Soms is een éénmalig advies of een informatief gesprek voldoende, soms vinden meer gesprekken plaats.

## Ketenzorg

Seksuele gezondheid is een breed terrein dat niet door één enkele discipline kan worden overzien of aangepakt. Ik heb dus niet de illusie dat ik als nurse practitioner alle problemen op het gebied van seksuele gezondheid kan behandelen. De problematiek van seksuele gezondheid vraagt om ketenzorg en daarin neemt de nurse practitioner wel een spilfunctie in. Wanneer er meer zorg of hulp nodig is dan de nurse practitioner kan geven, kan hij de patiënt doorverwijzen naar de partners binnen de keten: huisarts, seksuoloog, gynaecoloog, uroloog, psycholoog en dermatoloog. In het UMC St Radboud heb ik regelmatig overleg en coachingsgesprekken met seksuoloog Paul Rabsztyrn of Marianne Vergeer.

## Soa-bestrijding

In het kader van de soa-bestrijding verstrek ik verder informatie over deze aandoeningen en ik voer testen en behandelingen uit. Dat

doe ik in nauwe samenwerking met de hiv-behandelaars, de polikliniek Dermatologie en GGD Nijmegen. De soa-screening bestaat uit het maken van uitstrijkjes of urineonderzoek en/of bloedonderzoek en een preventief gesprek over de manieren waarop een soa kan worden overgedragen. Het blijkt dat maar weinig mensen precies weten hoe een soa kan worden overgedragen. Opvallend is dat maar weinig hiv-positieve vrouwen een soa-screening laten doen of het spreekuur seksuele gezondheid bezoeken. Als team zullen wij dus meer aandacht moeten geven aan deze groep hiv-patiënten.

We hebben hier te maken met een mooi voorbeeld van kwaliteitsverbetering in de zorg. De aandacht die wij binnen ons team hebben gekregen voor seksuele gezondheid en soa blijkt een schot in de roos. Deze ontwikkeling sluit duidelijk aan bij de behoeften van de patiënten. En ik word inmiddels regelmatig op de poli gevraagd om met patiënten van andere specialismen, bij wie de verdenking op een soa bestaat, een gesprek te voeren en soa-screening te doen.

*Bert Zomer,  
Nurse Practitioner, Polikliniek CIS*

B.Zomer@CISPOLI.umcn.nl



Nurse Practitioner Bert Zomer in gesprek tijdens een spreekuur seksuele gezondheid.

Foto: Frank Muller

# GEWOON HANDEN SCHOON!

Handhygiëne is 'hot'. Veel aandacht was er vorig jaar in de media voor het feit dat ziekenhuismedewerkers hun handen niet goed wassen. Terecht. Een belangrijke oorzaak voor het ontstaan van ziekenhuisinfecties is het onvoldoende toepassen van handhygiëne. Het loont de moeite om medewerkers te wijzen op het belang hiervan, want een ziekenhuisinfectie veroorzaakt ernstig ongemak bij de patiënt en kan in sommige gevallen zelfs dodelijk aflopen.

Ziekenhuisinfecties leiden bovendien tot een langere opnameduur en hogere kosten. Ziekenhuisinfecties worden gezien als vermijdbare complicaties, ze maken deel uit van de basisset prestatie-indicatoren en kunnen rekenen op de warme belangstelling van de Inspectie van de Gezondheidszorg. Mede hierdoor staat het onderwerp op de bestuursagenda: geen enkel ziekenhuis wil graag publiekelijk aan de schandpaal worden genageld vanwege een groot aantal ziekenhuisinfecties.

## Cijfers

In maart 2007 werd voor het eerst een nationaal prevalentieonderzoek naar ziekenhuisinfecties uitgevoerd. Ziekenhuisinfecties werden daarbij in dertig Nederlandse ziekenhuizen volgens eenzelfde protocol geregistreerd. Bij 6,9% van de patiënten werd een ziekenhuisinfectie vastgesteld. Urineweginfecties kwamen het meest voor, gevolgd door postoperatieve wondinfecties, pneumonie en sepsis. 2% van de patiënten had de ziekenhuisinfectie opgelopen tijdens een eerdere opname in hetzelfde ziekenhuis ([www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)). Mogelijk kwam de

infectie pas tot uiting na ontslag uit het ziekenhuis. Dit zou kunnen betekenen dat het werkelijke aantal ziekenhuisinfecties nog hoger ligt.

## Handhygiënegedrag in de praktijk

Ziekenhuisinfecties hangen samen met een aantal risicofactoren, waaronder ernstig onderliggend lijden van de patiënt, een lange opnameduur, spoedingrepen en... slechte handhygiëne. Een verbetering van de handhygiëne wordt beschouwd als de belangrijkste



Een verbetering van de handhygiëne wordt beschouwd als de belangrijkste maatregel om het risico op de overdracht van micro-organismen van medewerkers naar patiënten te verkleinen.

Foto: Frank Muller

maatregel om het risico op de overdracht van micro-organismen van medewerkers naar patiënten te verkleinen (WIP 2007). Je handen goed desinfecteren lijkt simpel, maar het blijkt sneller gezegd dan gedaan. Recent onderzoek in 23 Nederlandse ziekenhuizen toont aan dat de voorschriften voor handhygiëne slechts in minder dan 30% van alle relevante situaties worden nageleefd. Belangrijke oorzaken voor deze slechte score zijn: gebrek aan kennis, verkeerd inschatten van het infectierisico, tijdsdruk, vergeetachtigheid en het ontbreken van een sociale norm (voorbeeldgedrag en elkaar aanspreken).

### Laat je handen je werk niet verzieken!

Om het gewenste gedrag van de medewerkers rond handhygiëne te bevorderen, heeft het UMC St Radboud een campagne ingezet. De campagne loopt van december 2008 tot en met april 2009 en is ontwikkeld door de sectie Verplegingswetenschap van IQ healthcare samen met deskundigen op het gebied van infectiepreventie. De campagne 'Gewoon handen schoon' bestaat uit diverse onderdelen. Naast posters, om de medewerkers te attenderen op het belang van de juiste toepassing van handhygiëne,

worden informatiefolders verspreid. Op de website, [www.gewoonhandenschoon.nl](http://www.gewoonhandenschoon.nl), is nog meer inhoudelijke informatie te vinden. Met de handhygiënequiz op de website kunnen medewerkers hun kennis toetsen en vergroten. Het onderwerp handhygiëne zal verder regelmatig opduiken in interne publicaties en het staat op de agenda van onderwijs- of themabijeenkomsten. Inzicht in de (verbetering van) prestaties op handhygiënisch gebied op de eigen afdeling kan teams motiveren de richtlijnen beter na te leven. Het handhygiënegedrag wordt daarom tijdens de campagne op elke afdeling een aantal keren anoniem in kaart gebracht. De leidinggevenden kunnen deze gegevens aan de afdelingsteams terugkoppelen. Op een aantal verpleegafdelingen vinden extra interventies plaats, vooral gericht op het versterken van de sociale norm.

### Onderzoek

De campagne 'gewoon handen schoon' wordt begeleid door een onderzoek. Daarin wordt gekeken naar de factoren die van invloed zijn op het handhygiënegedrag en tegelijkertijd worden de effecten van de campagne zelf gemeten. Daarvoor wordt eerst de verpleegkundige beroepsgroep gevolgd. Tot en met april 2009 wordt het handhygiënegedrag op de

verpleegafdelingen een aantal keren in kaart gebracht. De nul-meting heeft plaatsgevonden in november. De metingen daarna moeten aantonen welk effect de campagne-interventies hebben op het handhygiënegedrag. De mogelijk beïnvloedende factoren worden onderzocht met behulp van twee vragenlijsten. De eerste vragenlijst meet het groepsklimaat en de veranderbereidheid van het team. De tweede vragenlijst onderzoekt welke barrières verpleegkundigen tegenkomen bij de uitvoering van handhygiëne.

### Beter worden in het Radboud

De campagne sluit aan bij de nieuwe richting die we als ziekenhuis zijn ingeslagen. Het zou mooi zijn als deze richting ook zijn weg vindt naar de directe patiëntenzorg, waardoor de patiënten, maar ook de medewerkers beter worden.

*Drs Anita Brink - Huis,  
junior onderzoeker,  
IQ healthcare UMC St Radboud*

Meer weten?

Stuur dan een e-mail naar [a.brink-huis@iq.umcn.nl](mailto:a.brink-huis@iq.umcn.nl), of bezoek de website [www.gewoonhandenschoon.nl](http://www.gewoonhandenschoon.nl)

## PERPLEXUS

### VERPLEGERS BOOS OVER SPOTJE LANDMACHT

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

Een nieuw wervingsspotje voor de Landmacht, waarbij een verpleegster met een blauw oog voorzien wordt van het predicaat 'geschikt', is verpleegkundigen en verzorgenden in het verkeerde keelgat geschoten. Branchevereniging Nu'91 eist dat het spotje per direct van de buis wordt gehaald. In het filmpje loopt de gekwetste verpleegster een patiëntenkamer binnen en vraagt met een glimlach aan een patiënt of die vandaag wel meewerkt. Vervolgens wordt in beeld een vakje met 'geschikt' aangekruist. De reclame suggereert volgens branchevereniging Nu'91 dat het stoer is voor een verpleegkundige om klappen te krijgen en toch je werk te blijven doen.

De beroepsvereniging zegt al jaren te pleiten voor een veilige werkomgeving voor verpleegkundigen en dringt er bij werkgevers op aan daarvoor te zorgen. Ook vindt Nu'91 het vreemd dat Defensie met zo'n spotje komt terwijl onlangs opnieuw geweld tegen ambulancepersoneel voor ophef zorgde. Minister van Binnenlandse Zaken Guusje ter Horst (PvdA) sprak zich daar nog tegen uit.

*Bron: <http://binnenland.nieuws.nl>*



## UIT DE SCHADUW

### Snel naar huis

De Short Stay Unit (SSU) is vanaf april 2008 een officieel onderdeel van ons ziekenhuis. Daniëlle Janssen (voorheen Urologie) en Diana Ruijters (afkomstig van Heelkunde) werken er vanaf het begin van de pilotfase en nemen u hier mee op een SSU-tour.

Wij verzorgen mensen die komen voor niet-complexe ingrepen op het gebied van Heelkunde, Gynaecologie en Urologie (ASA1 en ASA2). Onze patiënten blijven daarna maar kort opgenomen. Veel collega's lijkt dat saai en weinig uitdagend. Laatst hadden we een extra pca-pomp nodig en die gingen we lenen op een andere afdeling. Daar werd heel verbaasd gereageerd: 'Een pca-pomp? Voor de SSU?' Jawel, die gebruiken we inderdaad! En ook op de SSU wordt de reanimatieknop wel eens ingedrukt, net als op gewone verpleegafdelingen. Maar het werk is inderdaad anders. Het is lichamelijk minder zwaar, we hebben geen lang liggende patiënten en we werken niet in de weekenden. Dat maakt het werk echter niet minder interessant, al zit de uitdaging in andere dingen dan op een gewone verpleegafdeling. Waar we vroeger creatieve oplossingen zochten tijdens de wondverzorging, moeten we nu constant schakelen: van verzorging naar visite lopen, van opnamegesprek naar OK.

#### Pieken en dalen

De SSU is een hectische afdeling, het gaat met pieken en dalen in de hele dag door. Op een gewone verpleegafdeling komen de patiënten voor opname op een bepaald moment van de dag binnen. Hier melden ze zich twee uur voor hun operatie, van zeven uur 's ochtends tot een eind in de middag. Omdat we patiënten van verschillende specialismen verplegen, wordt er bovendien drie keer per dag visite gelopen. Om acht uur komen de urologen, een uur later de gynaecologen en om half tien de chirurgen. De mensen blijven niet lang bij ons: de langste opname is van maandagochtend tot vrijdagmiddag vijf uur. In het weekend is de SSU gesloten. Door die hoge 'turn over' hebben we dus naar verhouding niet alleen veel opnames en ritjes naar de OK, maar ook veel ontslaggesprekken. Je bent dus de hele dag door aan het schakelen, aan het plannen en aan het afstemmen.

#### Drukke in de keuken, rust in het restaurant

We vinden het belangrijk dat de patiënten niets merken van de hectiek. Als je in een restaurant zit, wil je tenslotte ook niet lastig worden gevallen worden door de drukte in

de keuken. Zo moet het hier ook zijn: iedere patiënt heeft recht op aandacht, verzorging en goede informatie. We verzorgen bijvoorbeeld regelmatig vrouwen die een borstamputatie hebben ondergaan. Dat is niet alleen lichamelijk een belasting, maar vooral ook geestelijk. Daar moet aandacht voor zijn en tijd voor worden vrij gemaakt. Juist daarom is voortdurende afstemming tussen de collega's onmisbaar. Een tijd geleden verpleegden we een vrouw na een borstamputatie. Er werd meteen een prothese bij haar geplaatst. Helaas kwam ze later terug voor een okselklierdissectie. Ze kwam vrolijk binnen, het voelde vertrouwd om weer bij ons terug te komen. Na de OK bleek echter dat ook de prothese verwijderd was en dat maakte haar erg verdrietig. Ze was teleurgesteld en voelde zich lelijk. Voor zo'n patiënt moet je tijd vrij maken en dat doen we ook. We dragen onze taken aan elkaar over, zodat één van ons zich helemaal op zo'n patiënt kan richten.

#### Van nieuw naar vertrouwd

In de beginperiode was die afstemming soms best lastig. Alles was nieuw: we wisten de spullen niet te liggen, kenden elkaar niet, hadden alleen ervaring in ons eigen specialisme. Maar we zijn ontzettend snel een hecht team geworden. Ook dankzij onze hoofdverpleegkundige Jean-Pierre van Bergen. Hij is zo bevoegen en altijd bereikbaar. Hij doet zijn uiterste best om het ons naar de zin te maken en pakt dingen die niet goed lopen meteen op.

We draaien nu ruim een jaar en we merken dat steeds meer mensen enthousiast worden. Waar sommige specialisten in het begin nog afwachting waren, staan ze nu bij wijze van spreken in de rij om bedden te reserveren. De terughoudendheid lag waarschijnlijk vooral aan twijfels over de kennis van de verpleegkundigen. De artsen waren mogelijk bang, dat wij onvoldoende kennis van zaken zouden hebben om patiënten van verschillende specialismen goede zorg te bieden. Wij zijn echter vanaf het begin aan de slag gegaan met het opstellen van protocollen voor alle ziektebeelden en we coachten elkaar. Nog steeds: de van oorsprong urologische verpleegkundige deelt haar ervaring met de verpleegkundige

die van de Heelkunde komt en zij leert haar gynaecologische collega weer de specifieke kneepjes van haar vak.

#### Puzzelen

We hebben nu negentien bedden en die liggen regelmatig vol. De planning is elke dag opnieuw een puzzel. En soms doet zich een kinkje in de kabel voor. Dan denken we rond tien uur een bed vrij te hebben, maar kan de patiënt bij nader inzien nog niet met ontslag, omdat hij nog niet geplast heeft. En de volgende opname komt al binnen. Hier moeten we dan een tijdelijke oplossing voor zien te vinden. Dat levert zelden problemen op, zolang je maar duidelijk en eerlijk uitlegt wat de reden is.

We werken hier met vier verpleegkundigen in de dagdienst. Gedurende de dag moeten we vaak op en neer naar de OK. Gelukkig hebben we goede afspraken met de medewerkers van het patiëntentransport. Zij zijn in 80 tot 90% van de gevallen beschikbaar om mee te gaan. Dan hoeft er dus maar één verpleegkundige van de vloer. Bovendien hebben we inmiddels ook twee verpleegassistenten: één in de dagdienst, één in de avonddienst. Ook dat scheelt aanzienlijk.

En sinds kort hebben we zelfs leerlingen. Gisteren nog had één van hen een vervelende, maar wel leerzame ervaring. We overlegden met een mevrouw die wilde douchen. Ze was 's nachts niet lekker geweest, maar voelde zich inmiddels beter en wilde daarom graag zelf naar de badkamer. Een leerling zou

#### PROFIEL SSU-VERPLEEGKUNDIGE

Chirurgische achtergrond (inzicht); meer dan voldoende planningsvaardigheid; overzicht; stressbestendig; flexibel; teamplayer; klantgericht; oog voor detail; gewend zijn om te werken in een hectische omgeving; snel kunnen 'schakelen' in de divers aangeboden situaties; goed inschattingsvermogen; communicatief sterk; je krijgt maar één kans om het goed te doen vanwege de korte opnameduur.





Foto: Frank Muller

Verpleegkundigen Daniëlle Janssen (zittend) en Diana Ruijters (staand) plannen de opnames van de volgende dag.

ondertussen haar bed opmaken en dus bij haar in de buurt blijven. Ineens hoorde hij een klap. De patiënte was flauwgefallen en dat was even schrikken. Een ervaring die elke verpleegkundige, op welke afdeling dan ook, vroeger of later meemaakt.

### Blijven verbeteren

We hebben in het eerste jaar al ontzettend veel neergezet. Om ons te blijven verbeteren, vragen we iedere patiënt na ontslag via internet een patiëntenenquête van het CBO in te vullen. We vragen daarin onder andere naar het verblijf en naar de informatie die ze mee-

krijgen bij ontslag. Was alles duidelijk? Kregen ze voldoende informatie over pijnbestrijding en leefregels? Hoe was hun ervaring met de behandelend arts en de verpleegkundigen? Daarnaast wordt iedere patiënt de dag na ontslag gebeld om navraag te doen naar de wond en de pijn en om te informeren of er nog vragen zijn. Uit de enquête en de gesprekken komen soms dingen naar voren waar we iets mee moeten. Zo bleek bijvoorbeeld een behoorlijk aantal patiënten nog een vrij hoge pijnscore aan te geven op die eerste dag na ontslag. We bespreken dat dan in de maandelijkse afdelingsvergadering en kijken samen wat we

eraan kunnen doen.

De SSU is dus een verpleegafdeling als alle anderen, maar dan anders. Ons team, inclusief de secretaresses en de voedingsassistentes, voelt als een soort broederschap, omdat we met niks zijn begonnen en het klusje samen hebben geklaard.

*Daniëlle Janssen,  
Verpleegkundige SSU*

*Diana Ruijters,  
Verpleegkundige SSU*

# DE BEGELEIDING VAN HBO-V-STAGIAIRES OP Q<sub>2</sub>DEZEE

## Het Rho Chi-coachingstraject van Els Honings

Kinderverpleegkundige Els Honings doorliep, op zoek naar het geheim van klinisch leiderschap, een Rho Chi-coachingstraject (zie kader). Zij onderzocht en deed ervaring op met de begeleiding van hbo-v-stagiaires op haar afdeling en kreeg een helder zicht op de invulling van haar professionele leven als verpleegkundige. Een verslag.

Na mijn opleiding hbo-v ging ik in 2003 werken op de afdeling kinderoncologie van het UMC St Radboud. Daar heb ik de opleiding kinderverpleegkunde gevolgd. Zoals veel jonge collega's vroeg ik me op een gegeven moment af of ik nog een opleiding zou volgen. En zo ja, welke? Het Rho Chi-coachingstraject bood me de gelegenheid hier over na te denken en me te verdiepen in de competenties die nodig zijn voor klinisch leiderschap. Na gesprekken met mijn persoonlijke coach, Tineke Meijs, besloot ik me tijdens het coachingstraject toe te leggen op de begeleiding en coaching van hbo-v-stagiaires.

### Gestructureerd en holistisch

De begeleiding van hbo-v-stagiaires is in opzet wel gestructureerd, maar vervolgens verloopt de begeleiding in de praktijk ongestructureerd. Dit probleem heb ik geanalyseerd, met het oog op een verbeterde, dat wil zeggen: gestructureerde en holistische wijze van stagebegeleiding. Om inzicht te krijgen in de factoren die van invloed zijn op de gewenste stagebegeleiding heb ik me in de literatuur over begeleiden, voorlichten en methodisch handelen verdiept. Daarnaast heb ik met verschillende werkvormen geëxperimenteerd.

Het literatuuronderzoek maakte me bewust van de manier waarop ik tot dan toe stagiaires begeleidde en hoe dat anders kon. Twee jaar geleden was ik zelf nog stagiaire, nu ontwikkel ik me tot begeleider en coach. Ik ontdek steeds betere methodieken voor een zo procesmatig mogelijke begeleiding, waarin alle aspecten van het verpleegkundig handelen worden belicht. Begeleiding die dus verder gaat dan het voordoen van verpleegtechnische handelingen. Dankzij het lezen van literatuur en het volgen van onderwijs, ben ik er ook achter gekomen dat ik soms al aardig volgens bepaalde methoden werkte, ook al was ik me daar niet van bewust. Daarnaast heb ik meer leren van vrouwen op mijn verpleegkundige intuïtie; vaak is je inschatting van de mate

van zelfstandigheid van een bepaalde stagiaire juist. En hoe zelfstandiger, des te meer je haar of hem op de afdeling los kunt laten.

### Drukke afdeling

De werkrelatie van een begeleider en een stagiaire speelt zich niet af in een vacuüm. De omgeving, de feitelijke situatie en het reilen en zeilen op de afdeling, speelt een medebepalende rol bij de invulling van de stagebegeleiding.

De afdeling kinderoncologie/hematologie is een drukke afdeling. Er liggen veel kinderen (gemiddeld tussen de 20 en 24, soms meer) en er werken veel verschillende hulpverleners. De werkdruk is hoog en iedereen doet zijn uiterste best om zijn of haar taken op tijd af te krijgen. Toch wordt er meestal tijd gemaakt om een collega (stagiaire) te helpen. De cultuur op onze afdeling is er een van saamhorigheid: er is de wil om elkaar te helpen. Maar die ruimte is er niet altijd. En je vraagt ook niet om hulp als het niet echt noodzakelijk is. De

hulpvragen van stagiaires hebben daarom meestal een acuut karakter. Je begeleiding is er dan op gericht het acute probleem snel te verhelpen. En dat staat tamelijk ver af van holistische begeleiding, waarbij begeleiding op professioneel en persoonlijke vlak hand in hand gaan.

De dagelijkse planning gaat uit van de boventaligheid van hbo-v-stagiaires. Maar in feite is de afdeling afhankelijk van hun inzet. Zeker van de ervaren studenten aan het eind van hun stage. Een ziektegeval kunnen we bijvoorbeeld in principe met collega's én stagiaires opvangen. Zonder stagiaires zouden we een collega die vrij is, moeten bellen om de zieke te vervangen. Het is voor de stagiaires dus lastig om zichzelf als boventalig te beschouwen.

Het is vaak lastig een optimale koppeling te maken tussen een stagiaire en haar/zijn begeleider(s). Een stagiaire kan het meeste leren tijdens dagdiensten op doordeweekse dagen. Er zijn dan veel patiënten en er moeten veel verpleegtechnische

## RHO CHI

De Honor Society of Nursing Sigma Theta Tau International (STTI) is, sinds 1922, een Noord-Amerikaans eregenootschap van verpleegkundigen. Verpleegkundigen kunnen alleen op voordracht van leden lid worden van de STTI. In 1999 werd in Utrecht The Honor Society of Nursing Utrecht opgericht, dat in 2002 werd beëdigd als Rho Chi, de 428e chapter van de STTI. Sinds 14 november 2008 is dit chapter uitgebreid met de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en de Hogeschool van Rotterdam.

In de regio Arnhem en Nijmegen zijn inmiddels 24 verpleegkundigen lid van Rho Chi. Zij organiseren sinds 2005 jaarlijks een coachingstraject voor klinisch werkende verpleegkundigen uit alle velden van de gezondheidszorg in de regio Arnhem en Nijmegen.

STTI beoogt uitmuntendheid en leiderschap in de verpleegkunde ter verbetering van de wereldwijde gezondheidszorg. De society stimuleert daartoe de toepassing van verpleegkundig onderzoek in de beroepsuitoefening en in het onderwijs en stelt haar middelen ter beschikking van personen en instellingen die geïnteresseerd zijn in de meest recente verpleegkundige kennis.

Zie ook: <http://www.rhochi.nl/>

handelingen, onderzoeken en gesprekken worden (uit)gevoerd. De begeleiders (vaak een fulltimer en een parttimer) werken echter onregelmatig en hebben daarnaast hun vakanties, scholings- en terugkomdagen en andere onregelmatigheden.

De houding tegenover stagebegeleiding is op de afdeling zeer welwillend, maar door de belemmerende omgevingsfactoren die ik hier heb geschetst, komt de feitelijke begeleiding in de verdrukking. Het zijn factoren die ik zelf niet in de hand heb. Ik kan mijn probleemanalyse wel voorleggen aan de senior coaching. Haar overzicht van de problematiek van stagiaires en begeleiders op de afdeling is completer.

### Interne verandering

Wat mijn eigen professionele toekomst betreft, kies ik in eerste instantie voor de verbetering van de interne begeleiding van hbo-v-stagiaires. Dat kan ik als verpleegkundige voor een groot deel zelf doen. Misschien is het mogelijk om de belemmerende omgevingsfactoren ook effectiever aan te pakken, maar ik beschik nog niet over de kennis om dat te kunnen. Het lijkt me echter een uitdaging om in overleg met de senior en het afdelingshoofd ook daarvoor naar oplossingen te zoeken.

In het jaar van mijn Rho Chi-coachingstraject heb ik intussen veel geleerd. Het is een ervaring die ik al mijn collega's gun. Rho Chi is wat mij betreft een krachtige denktank

van kennis en ervaring en het is zeer prettig te merken dat dat niet gepaard gaat met arrogantie. Als beginnend verpleegkundige, met weinig ervaring buiten mijn afdeling, heb ik me volop tegoed kunnen doen aan de wijsheid van de coaches en begeleiders van Rho Chi.

*Els Honings,  
Kinderverpleegkundige, QzdeZee  
Kinderhematologie en -oncologie*



*Els Honings kijkt met een verpleegkundige in opleiding mee met de zorg voor een jonge patiënt.*

Foto: Frank Muller



# Verplegingswetenschappelijk bericht

## ONDERZOEK NAAR VERMOEIDHEID BIJ PATIËNTEN MET REUMATOÏDE ARTRITIS

Op 5 maart 2009 hoopt Han Repping - Wuts te promoveren op haar proefschrift: 'Fatigue in patients with Rheumatoid Arthritis'. Na bijna twintig jaar binnen het UMC St Radboud gewerkt te hebben als kinderverpleegkundige en na het afronden van een studie verplegingswetenschap in Maastricht, maakte zij in 2000 de overstap naar het Cluster Inwendige Specialismen (CIS), waar ze beleidsmedewerker werd en daarnaast de mogelijkheid kreeg verpleegkundig onderzoek te doen. Han Repping – Wuts is inmiddels verpleegkundig expert/onderzoeker binnen het specialisme Reumatologie en Endocrinologie. In dit artikel neemt ze u mee langs de highlights van haar onderzoek.

De mogelijkheid om onderzoek te doen kreeg ik dankzij de implementatie van functiedifferentiatie (FD) bij Reumatische Ziekten (RZ). Binnen FD is immers 2% van de verpleegkundige formatie bestemd voor een verpleegkundig expert en verpleegkundig onderzoek is – met het oog op evidence based practice – bovendien een van de resultaatgebieden van de seniorverpleegkundigen.

### Prioriteitenonderzoek

In overleg met Anita van Rossum (hoofdverpleegkundige van de klinische afdeling) en René Bakker (seniorverpleegkundige met het resultaatgebied onderzoek) heb ik eerst een prioriteitenonderzoek uitgevoerd. Klinische en poliklinische verpleegkundigen zijn daarvoor gevraagd om op een lijst met 113 zorgaspecten voor reumatologische patiënten voor elk aspect aan te geven hoe belangrijk zij dat als onderwerp voor verpleegkundig onderzoek vonden. Omdat ik uitging van vraaggestuurde zorg, heb ik in mijn onderzoek ook klinische en poliklinische patiënten gevraagd naar de met hun ziekte samenhangende klachten waarvan ze de meeste hinder ondervinden. Een opmerkelijk resultaat was dat de verpleegkundigen met name de psychosociale aspecten van reumatische aandoeningen een belangwekkend onderwerp voor onderzoek vonden, terwijl de patiënten deze aspecten niet als een probleem ervoeren. Patiënten gaven aan vooral hinder te ondervinden van pijn en vermoeidheid. Tijdens de presentaties van mijn onderzoeksresultaten aan het medische en verpleegkundige team van RZ, gaven de zorgverleners aan vermoeidheid wel te herkennen als klacht, maar niet goed te weten hoe ernstig die vermoeidheid was en ook niet hoe de patiënt daarin te ondersteunen. Gezamenlijk besloten we daarom mijn onderzoek verder te richten op vermoeidheid bij patiënten met Reumatoïde Artritis (RA).

### Onderzoeksdoelen

In Nederland is de prevalentie van RA 0,5% van de bevolking. Daarmee is het de grootste groep van de ongeveer tweehonderd reumatische ziekten. Over vermoeidheid bij RA-patiënten bestaat weinig wetenschappelijke literatuur. Daarom heb ik voor het vervolgonderzoek de volgende doelen gesteld:

1. vaststellen van de ernst en het beloop van vermoeidheid bij RA-patiënten,
2. beschrijven van vermoeidheid vanuit het perspectief van de RA-patiënt (ervaring en zelfmanagement) en vanuit het perspectief van de zorgverleners (kennis, attitude en huidige zorgverlening),
3. verhelderen van de communicatie over vermoeidheid tussen RA-patiënten en zorgverleners.

### Ernst en beloop van vermoeidheid

Aan het longitudinale vervolgonderzoek deden 123 patiënten mee. Aan het begin en aan het einde van een periode van twaalf maanden vulden zij verschillende vragenlijsten in. Een daarvan was de Checklist Individuele Spankracht (CIS) voor het meten van vermoeidheid. Daarnaast werden verschillende laboratoriumgegevens verzameld en werd met de Disease Activity Score (DAS28) de ziekteactiviteit bij de patiënten gemeten.

De resultaten laten zien dat 50% van de patiënten meer dan normaal vermoeid is. 40% is zelfs aanhoudend ernstig vermoeid; vergelijkbaar met vermoeidheid zoals die door patiënten met het Chronisch Vermoeidheidssyndroom (CVS) wordt ervaren. Een laag Hb of een ontsteking lijken geen goede voorspellers voor deze vorm van vermoeidheid te zijn. Lichamelijke beperkingen en algemeen welbevinden (zoals door patiënten op een VAS-schaal weergegeven) zijn mogelijk betere voorspellers voor aanhoudende ernstige vermoeidheid.

### Perspectief RA-patiënten

Om het perspectief van de patiënten te onderzoeken, zijn 29 patiënten geïnterviewd na hun bezoek aan de polikliniek. RA-patiënten geven aan dat hun vermoeidheid anders is dan normale vermoeidheid. Bij RA is de vermoeidheid extreem en ze komt vaak onverwacht. Patiënten leren daar door 'trial and error' mee om te gaan. Ze worden daarbij niet geholpen door professionals en ze leven in de veronderstelling dat de vermoeidheid bij hun ziekte hoort en niet kan worden verholpen.

### Perspectief Reumatologen in Nederland

253 Nederlandse reumatologen en reumatologen in opleiding zijn benaderd met een schriftelijke vragenlijst om een betrouwbaar beeld te krijgen van hun kennis en, attitude en van de actuele zorgverlening rond vermoeidheid bij RA-patiënten. De respons was 44%. Over het algemeen erkennen de reumatologen het bestaan van RA-vermoeidheid, maar ze bespreken vermoeidheid minder vaak tijdens vervolgonconsulten omdat ze er van uitgaan dat patiënten vermoeidheid zelf zullen melden. Bijna alle reumatologen geven aan onvoldoende kennis te hebben over de oorzaken van RA-vermoeidheid en niet of nauwelijks te beschikken over evidence-based interventies om deze vermoeidheid te voorkomen of te behandelen. De meeste reumatologen zeggen dat ze als zorgverleners minder aandacht besteden aan vermoeidheid dan aan bijvoorbeeld pijn of stijfheid.

### Perspectief verpleegkundigen in Nederland en de UK

De vragenlijst die voor de reumatologen is gebruikt, werd vervolgens toegestuurd aan 227 reumaverpleegkundigen in Nederland en 267 in de UK. Met een respons van respectievelijk 57% en 39%. Ook verpleegkundigen erkennen

RA-vermoeidheid, maar in de zorg rond de vermoeidheid geven ze blijk van tegenstrijdigheden. Hoewel de verpleegkundigen geloven dat de patiënten door andere zorgverleners geholpen kunnen worden, verwijzen ze hun patiënten niet door naar die andere disciplines. De verpleegkundigen erkennen dat de communicatie over vermoeidheid slecht is. Tegelijkertijd geven ze aan dat het meestal de patiënt is die over de vermoeidheid begint. Verpleegkundigen adviseren patiënten een juiste balans tussen activiteit en rust maar ze kennen ook andere interventies die mogelijk kunnen helpen, maar deze bieden ze de patiënten niet aan.

### Communicatie over vermoeidheid

De daadwerkelijke communicatie over vermoeidheid tussen RA-patiënten en zorgverleners is in kaart gebracht door het maken van video-opnames van twintig patiënten die op de polikliniek een vervolfgesprek hadden met de reumatoloog en de verpleegkundig reumaconsulent (VRC). Na deze gesprekken vulden de patiënten bovendien een vragenlijst in. Gevraagd werd om bij 21 aan de ziekte gere-

lateerde items aan te geven hoeveel zorgen ze zich daarover in de twee weken voorafgaand aan het polikliniekbezoek hadden gemaakt. Daarnaast konden ze bij elk van deze items aangeven hoe tevreden ze waren met de aan deze onderwerpen bestede aandacht, zowel door de reumatoloog als door de VRC. Patiënten die blijk gaven van ontevredenheid op dit punt, werd mondeling de reden hiervoor gevraagd. Vermoeidheid werd in 42% van de consulten met de reumatoloog en in 83% van de consulten met de verpleegkundig specialist besproken.

RA-patiënten blijken vaker impliciete cues te geven, dan vermoeidheid echt als een probleem te melden. Reumatologieverpleegkundigen reageren adequater op de zorgen die de patiënten melden dan reumatologen. Bijna 72% van de patiënten maakt zich zorgen over vermoeidheid en ze zijn over het algemeen meer tevreden over de aandacht van de verpleegkundigen hiervoor, dan over de aandacht van de reumatoloog. De meest genoemde redenen zijn: de verpleegkundigen hebben meer tijd, ze kunnen beter luisteren en ze geven betere adviezen.

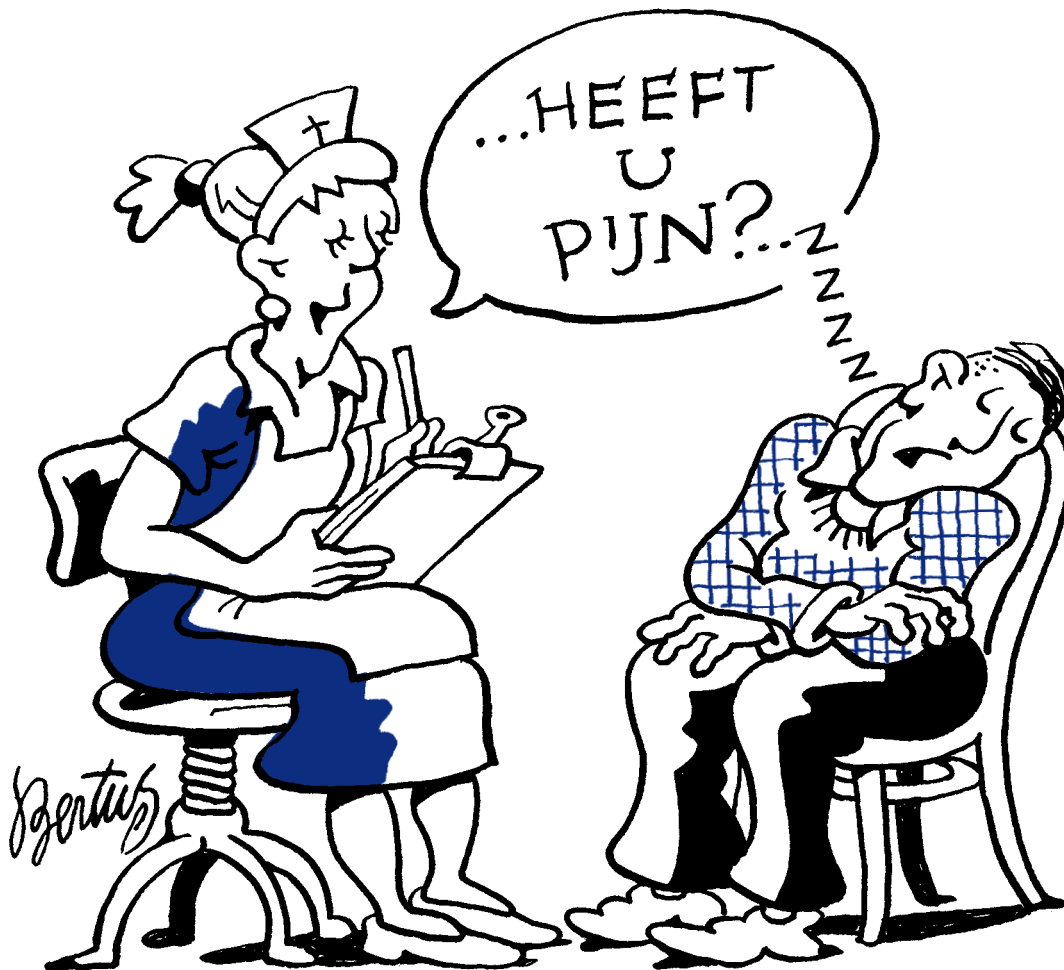
### Conclusies

Met mijn proefschrift toon ik aan dat vermoeidheid een ernstig probleem is voor patiënten met Reumatoïde Artritis. Een probleem dat niet vanzelf verdwijnt en dat grote gevolgen heeft voor het dagelijkse leven van de patiënten. Reumatologen en reumaverpleegkundigen geven diverse adviezen, maar verwijzen vermoeide patiënten zelden naar een andere hulpverlener.

De vermoeidheid is, in tegenstelling tot bijvoorbeeld pijn, geen structureel gespreksonderwerp in het contact tussen patiënt en hulpverlener. Het standaard meten van vermoeidheid tijdens een consult zou een eerste stap kunnen zijn in de verbetering van die communicatie. Onderzoek in de toekomst zal vooral gericht moeten zijn op het testen van effectieve interventies voor vermoeidheid bij RA-patiënten.

*Han Repping - Wuts,  
Verpleegkundig expert/onderzoeker afdeling  
Reumatologie en Endocrinologie*

Literatuurgegevens zijn op te vragen bij de auteur: [j.repping@cis.umcn.nl](mailto:j.repping@cis.umcn.nl)



# PARASPRAAK

## FYSIOTHERAPIE NA EEN HALSKLIERDISSECTIE

De afdeling fysiotherapie is in nauwe samenwerking met de afdeling KNO en Mond-, Kaak- en Aangezichts chirurgie per 1 oktober 2008 gestart met een pilot rond een fysiotherapeutische keten voor patiënten met een halsklierdissectie (HKD). De aanleiding hiervoor is dat veel patiënten na een operatie in het halsgebied op de KNO-polikliniek terugkomen met pijnklachten en bewegingsbeperkingen in nek en schouder.

Het doel van de keten is om aan te sluiten bij de multidisciplinaire behandeling waarin de patiënt optimaal bij de halsklierdissectie wordt begeleid. Daarbij proberen we de klachten en de beperkingen die zich in de post-operatieve fase kunnen ontwikkelen te reduceren. We verwachten dat de pilotfase een aantal onderzoeksvragen zal opleveren, maar intussen hebben we al veel ideeën over hoe we dit project in de toekomst willen vormgeven, inclusief het plaatsen van informatie en oefenstof op een interactieve webpagina om behandelaars en patiënten thuis adequate begeleiding te bieden.

### Halsklierdissectie

Bij kanker in het keel-, neus- en oorgebied wordt vaak een HKD toegepast. Dit is een operatie aan de hals waarbij de lymfklieren in de hals/nek-regio worden verwijderd, ofwel uit voorzorg, ofwel om aangetoonde uitzaaiingen in de hals te verwijderen. Wanneer er uitzaaiingen zijn in de halslymfeklieren, maar de primaire tumor waar de uitzaaiingen van afkomstig zijn niet kan worden gevonden, is dit ook een indicatie voor deze operatie. In veel gevallen wordt de chirurgische behandeling aangevuld met bestralingen.

Een HKD bestaat in drie verschillende gradaties. Bij een radicale HKD worden naast de lymfklieren ook een zenuw en bloedvat opgeofferd samen met de tweekoppige spier in het halsgebied (de musculus sternocleidomastoïdeus). Het is een zware operatie en het risico op pijn of een beperking in de schouder of nekregio in de postoperatieve fase is groot. Een aantal spieren rondom het schoudergewricht werkt na de operatie niet meer optimaal, resulterend in verminderde functie en stabiliteit. De spier die doorgenomen is, is deels verantwoordelijk voor het buigen en draaien van het hoofd. Dit bewegingsevenwicht is daarom ook verstoord. Deze factoren zorgen, samen met de pijn, littekenvorming en de gevolgen van de bestralingen, voor veel

klachten waar een fysiotherapeut echter goed op kan ingrijpen. Bij een gemodificeerde HKD worden een of meerdere van voornoemde structuren gespaard. Bij een selectieve HKD ten slotte worden alleen de lymfknoopen verwijderd. Naarmate de operatie minder ingrijpend is, zien we in de postoperatieve fase beduidend minder functionele klachten en beperkingen.

### Zorgpad

In nauw overleg met de medici en de verpleging doen we nu ervaring op met het volgende zorgpad. De fysiotherapeutische interventie bestaat uit preoperatieve screening en voorlichting, een klinische oefensessie en een controle zes weken na de operatie op de polikliniek KNO. Patiënten worden na de opname standaard doorverwezen naar een fysiotherapeut in hun buurt. In principe komen alle patiënten met een HKD in aanmerking voor deze protocollaire zorg.

De preoperatieve screening bevat naast de anamnese ook een meting van de bewegings-

uitslagen van nek en schouder. We hebben daar betrouwbare apparatuur voor (zie foto). We kunnen daardoor de waarden van voor de operatie, direct na de operatie en bij de nacontrole op de poli met elkaar vergelijken. Vlak voor het ontslag van de patiënt nemen we met hem of haar een oefenprogramma en leefregels door en doen we een uitgebreider fysiotherapeutische onderzoek. De patiënt oefent dan zes weken in de thuissituatie met zijn eigen fysiotherapeut. Bij terugkomst op de polikliniek evalueren we de behandeling en doen we de eindmeting.

Met de pilot willen we op de eerste plaats achterhalen of dit zorgpad een positieve invloed heeft en de toestand van deze patiëntencategorie in de postoperatieve fase kan verbeteren. We zijn net begonnen, dus verwachten hier pas in de loop van 2009 meer zicht op te krijgen. De eerste resultaten zijn veelbelovend.

*Gerben van Hinte, Joanne Postma en Carien Beurskens, Fysiotherapeuten afdeling Fysiotherapie*



*Uitvoering van een meting van bewegingsuitslagen van nek en schouder bij een preoperatieve screening.*

Foto: Frank Muller

# DE SENIORVERPLEEGKUNDIGE OP DE POLI KINDEREN & JEUGDIGEN

Op verzoek van Plexus geven we graag uitleg over de manier waarop binnen de Polikliniek voor Kinderen & Jeugdigen vorm en inhoud is gegeven aan de functie van seniorverpleegkundige.

De Polikliniek voor Kinderen & Jeugdigen is een dynamische en complexe afdeling. We hebben onze afdeling verdeeld in vier units die we poli's noemen. Op drie daarvan vinden alle dagen spreekuren plaats. Deze spreekuren worden gedraaid door negentien subspecialisten (artsen en nurse -practitioners) en ondersteund door kinderverpleegkundigen en/of verpleegassistenten. Er zijn ook meerdere multidisciplinaire spreekuren.

Tijdens de spreekuren richten de kinderverpleegkundigen en verpleegassistenten zich onder andere op het uitvoeren van onderzoeken en verrichtingen, zoals 24 uren-bloeddrukmeting, het inbrengen van sondes en vaccineren. Een belangrijke taak van de verpleegkundigen is verder het coördineren en het geven van voorlichting en instructies. Per dag bezoeken gemiddeld circa 150 patiënten deze poli's.

Op de vierde unit, de poli dagbehandeling, zijn tien bedden waar dagelijks gemiddeld twaalf tot veertien kinderen komen voor onderzoek en/of behandeling. Hier komen kinderen van alle specialismen, maar het grootste percentage is oncologie.

## Seniorverpleegkundigen

Op de Polikliniek voor Kinderen & Jeugdigen werken zes seniorverpleegkundigen. Iedere senior heeft de eindverantwoordelijkheid voor één resultaatgebied en geeft back-up aan een collega-senior in een ander resultaatgebied (zie kader). In verband met de diversiteit aan specialismen en werkzaamheden en de grootte van de polikliniek is het resultaatgebied coördinatie en organisatie toebedeeld aan twee senioren.

In 2006 hebben we onze eerst jaar- en activiteitenplannen geschreven. Daarvoor hebben we vanuit de taakbeschrijving senioren verpleging de verschillende resultaatgebieden onder de loep genomen en vertaald in acties op de korte en lange termijn. Iedereen gebruikt daarvoor dezelfde lay-out, wat de eenduidigheid en overzichtelijkheid zeer ten goede komt.

Wekelijks is er seniorenoverleg met een vaste agenda. Het eerste uur bespreken de senioren per resultaatgebied de voortgang en ontwikkelingen. Er is mogelijkheid tot discussie en

overleg. Het tweede uur is ook de verpleegkundig werkplekmanager aanwezig. Tijdens dit deel van de vergadering worden zonodig onderwerpen uit de resultaatgebieden verder besproken, of als hamerstuk aangeboden, of alleen maar gemeld.

Twee keer per jaar hebben de senioren met de verpleegkundig werkplekmanager (en vanaf 2009 ook met de medisch werkplekmanager) een beleidsdag. Dan worden per resultaatgebied de jaarplannen geëvalueerd, zonodig bijgesteld en vervolgens vastgesteld. Op elke beleidsdag volgt een presentatie aan het V&V-team. Daarin komt naar voren wat er de afgelopen periode is bereikt is en wat de plannen zijn voor de nieuwe periode.

De resultaatgebieden komen gedurende het jaar verder tijdens de werkoverleggen aan de orde. Daarnaast versturen we maandelijks een nieuwsbrief om iedereen om op de hoogte te

## DE SENIORVERPLEEGKUNDIGEN EN HUN RESULTAATGEBIEDEN

- KAM-V: Angélique van Ewijk (back-up Cindy)
- Methodisch handelen en GVO: Cindy van Eldijk (back-up Angélique)
- Onderwijs: Riet Albers (back-up Miel)
- Deskundigheidsbevordering: Miel Linders (back-up Riet)
- Beheer, coördinatie en planning (inclusief apotheek, apparatuur en ICT): El Bors en Marietje van Mullekom.

houden van ontwikkelingen, veranderingen en nieuwe afspraken.

*Riet Albers, seniorverpleegkundige Polikliniek voor Kinderen & Jeugdigen*

**Laat je horen via DIM**  
Het digitale meldingssysteem voor de patiëntveiligheid

Gaat er iets mis? Meld het! Spreek je uit en laat je horen via DIM. DIM is het digitale meldingssysteem van het UMC St Radboud. DIM staat voor Decentraal Incidenten Melden. En heeft als doel dat er in de patiëntenzorg zicht komt op de structurele oorzaken van incidenten, zodat deze gericht kunnen worden aangepakt en verbeterd.  
Wil je meer weten over DIM? Voor meer informatie kun je contact opnemen met je eigen DIM-commissie of mailen naar postbusDIM@zo.gumc.nl

UMC St Radboud

## IN BEELD

### Vijf vragen aan Gerard van Rijn, familiebegeleider/ patiëntenvoorlichter op de afdeling Cardiothoracale chirurgie voor volwassenen



#### *Wat maakt je beroep zo boeiend?*

Ik vang patiënten en hun familieleden op voor, tijdens en na de operatie. Dat begint vaak al op de polikliniek. Samen met een seniorverpleegkundige geef ik daar voorlichting over de behandeling en alles wat daar bij komt kijken. Ik loop dus een stukje mee met mensen die tussen hoop en vrees leven. Het is een functie die we hebben 'overgenomen' uit het ziekenhuis in Nieuwegein. Daar is het echter veel meer een gastvrouwenrol. In het UMC St Radboud geven we er een andere invulling aan. Ik ben van huis uit verpleegkundige en ben jarenlang hoofdverpleegkundige geweest op Heelkunde. Met die kennis en ervaring heb je een uitstekende basis om als familiebegeleider en voorlichter meer dan alleen een rustpunt te bieden. Ik kan de patiënten en hun familie uitleg geven over het hele traject. Hoe eerlijker en opener je daar zelf over bent, des te meer blijken de mensen eraan te hebben. Ik zit nu zelf aan het eind van mijn carrière en deze functie heeft mijn enthousiasme voor het vak weer nieuw leven ingeblazen.

#### *Heb je dat ook wel eens anders ervaren?*

Ik heb mijn hoofdfunctie ook altijd heel leuk gevonden. En toch, toen iemand mij een jaar of drie geleden vroeg hoelang ik nog 'moest', realiseerde ik me ineens dat mijn enthousiasme aan het verdwijnen was. Dingen herhalen zich door de jaren heen en ik had alles al een keer gezien en meegemaakt. De macht ligt op zo'n moment bij jezelf: je kunt gaan zitten mauwen en klagen, je kunt ook de koe bij de hoorns vatten en een oplossing zoeken. Ik ben gaan praten met onze toenmalige manager zorg en zij heeft met me meegedacht. En toen kwam deze functie voorbij. Ik hoefde er niet lang over na te denken: dit was wat ik graag wilde doen!

#### *Zijn er situaties met patiënten die je nooit meer vergeet?*

Jaren geleden, ik was toen 28, verzorgde ik een jonge vrouw met slokdarmkanker. We konden niets meer voor haar doen, ze was in het laatste stadium. Uiteindelijk is ze onder mijn handen gestikt. Dat is een beeld dat me altijd bij blijft: dat je niets kunt doen op zo'n moment.

#### *Als je iets mocht veranderen in de uitoefening van je beroep, wat zou je dan doen?*

Ik ben tijdens de OK de verbindende schakel tussen de operateurs en de familie van de patiënt. Die mensen zitten enorm in spanning: gaat alles wel goed, hoe ver zijn ze, komt mijn geliefde er doorheen? Het OK-personeel beseft nog niet altijd even goed hoe belangrijk het is dat zij tijdens de operatie duidelijke en volledige informatie aan mij meegeven. Voor de familie brengt het zoveel rust als ze goed op de hoogte worden gehouden, zelfs als het slechter nieuws zou zijn. Het belang van die open en eerlijke communicatie ga ik de komende tijd dus nog meer onder de aandacht brengen.

#### *Nu is je kans! Wat zou je je collega's via deze weg willen zeggen?*

Zorg dat je tot het eind van je loopbaan kunt blijven zeggen: ik mag nog zo lang; voorkom dat je motivatie wegebt. Er is in dit ziekenhuis zoveel mogelijk, waarbij je je ervaring op een andere manier opnieuw kunt inzetten. Het is zonde als mensen afknappen, dat gun ik niemand. Durf ook aan het eind van je carrière te kiezen!