

Diabeteszorg

Kwaliteitsverbetering van de multidisciplinaire samenwerking omtrent de diabetespatiënt.

Auteurs:

Loes Noteboom.

Miranda Bogaard.

Jolanda Sieders.

Project differentiatiefase Den Haag mei – december 2006.

HaagseHogeSchool en HagaZiekenhuis, locatie Leyenburg op de interne afdelingen (12a, 12b en 15a).

Voorwoord

Voor u ligt de verslaglegging van het project, *multidisciplinaire samenwerking rondom de diabetespatiënt*. In het kader van de differentiatiefase, laatste fase van de opleiding tot HBO verpleegkunde is dit project uitgevoerd door Loes Noteboom, Miranda Boogaard en Jolanda Sieders.

Ieder werkt in het HagaZiekenhuis, locatie Leyenburg op een interne afdeling. Dit betreft de afdelingen 12A, 12B en 15A.

Het betreft de volgende specialismen:

12A: reumatologie, gastro-enterologie, interne geneeskunde (Loes Noteboom)

12B: oncologie, interne geneeskunde (Miranda Boogaard)

15A: HIV, nefrologie, interne geneeskunde (Jolanda Sieders)

Centraal in de differentiatiefase staat de verdieping in de kenmerken van de zorgcategorie waarin gedifferentieerd wordt en in de rollen en domeinen waarbinnen verplegen op HBO-niveau zich afspeelt. Tevens verdiept de student zich in de manier waarop zij de rollen en competenties vorm kan geven in deze zorgcategorie. Alle vijf centrale rollen (rol zorgverlener, regisseur, coach, ontwerper en beroepsbeoefenaar) van de HBO-verpleegkundige dienen binnen de differentiatie aan bod te komen. Dit zal plaats vinden door middel van werksituaties gericht op het primaire proces en het werken aan een project. De rol van ontwerper dient projectmatig uitgevoerd te worden. Dit verslag richt zich op de rol van ontwerper

De rol met betreffende kerncompetentie waar door middel van het project aan gewerkt wordt:

Rol: ontwerper

Domein: organisatie van zorg

Domeinspecificatie: kwaliteitszorg

Kerncompetentie:

- Om de kwaliteit en de continuïteit van zorg te verbeteren, participeert de HBO-verpleegkundige in het ontwerpen van kwaliteitszorg op afdelingsniveau.
- Om de zorg voor diabetespatiënten die zijn opgenomen op een afdeling te verbeteren, doet de verpleegkundige voorstellen voor verandering van de bestaande werkprincipes.

Het project is uitgevoerd middels intercollegiale toetsing. Dit is een methode om de kwaliteit van het professionele handelen te bevorderen.

In het voorwoord willen wij ook een aantal mensen bedanken. Tijdens deze periode zijn wij begeleid door praktijkfunctionarissen: Tjitra Badal en Marja van Buuren. Daarnaast zijn wij begeleid door een docent van school: Ben van Galen.

Alledrie willen wij bedanken voor de kritische feedback dat zij ons gegeven hebben, waardoor het product steeds concreter is geworden. Tevens willen wij hen bedanken voor de regelmatige bijeenkomsten wat voor structuur heeft gezorgd.

Tevens bedanken wij de diabetesverpleegkundigen, arts- assistenten, diëtisten en collega's van de interne afdelingen voor de medewerking aan dit project.

Als laatste bedanken wij familie en vrienden voor de steun die zij tijdens de laatste fase van de opleiding hebben gegeven.

Veel leesplezier!

Inhoudsopgave

	Blz.
Voorwoord	
Samenvatting	5
Inleiding	6
1. de onderwerpkeuze	8
2. De analyse van het onderwerp	11
2.1 <i>Literatuurstudie</i>	14
2.1.1 <i>Kwaliteitszorg</i>	14
2.1.2 <i>Evidenced Based</i>	18
2.1.3 <i>Externe kwaliteitsbevordering</i>	19
2.1.4 <i>Multidisciplinaire samenwerking</i>	21
2.1.5 <i>De rol van het diabetesteam</i>	27
2.1.6 <i>Coördinatie en continuïteit van zorg</i>	33
2.1.7 <i>Het primaire proces</i>	34
3. Normeren	37
4. Meten	40
5. Toetsen en interpreteren	41
5.1 <i>Verwerking enquêtes</i>	42
5.1.1 <i>Verplegend personeel</i>	42
5.1.2 <i>Arts-assistenten</i>	49
5.1.3 <i>Diëtisten</i>	54
5.1.4 <i>Diabetesverpleegkundigen</i>	60
5.1.5 <i>Patiënten</i>	65
5.2 <i>Conclusies</i>	70
5.2.1 <i>Verplegend personeel</i>	70
5.2.2 <i>Arts-assistenten</i>	71
5.2.3 <i>Diëtisten</i>	71
5.2.4 <i>Diabetesverpleegkundigen</i>	72
5.2.5 <i>Patiënten</i>	72
6. Veranderen en evaluatie van veranderingen	73
Bronnenlijst	78

Bijlage:	80
I. Begrippenlijst	81
II. Artikel Jacqueline Putker	83
III. Methodisch ziektebeeld omschrijving	89
IV. Ontwikkelingen in vraag en aanbod van de gezondheidszorg	97
V. Nederlandse Diabetes Federatie	104
VI. Concept diabetesprotocol	107
VII. Enquête personeel	111
VIII. Enquête patiënten	114

Samenvatting

Stoornissen in de glucoseregulering komen frequent voor tijdens een ziekenhuisopname. Diabetespatiënten worden vaker opgenomen in het ziekenhuis dan personen zonder diabetes en ze blijven doorgaans langer. Als diabetespatiënt zou je erop mogen vertrouwen dat je tijdens een ziekenhuisopname in goede handen bent. Toch blijkt de zorg voor deze patiënten op verpleegafdelingen voor verbeteringen vatbaar.

Tijdens het project wordt actief gereageerd op de ontwikkelingen in vraag en aanbod van zorg. Het project richt zich op de multidisciplinaire zorg rondom diabetes.

De probleemstelling van het project:

Het primaire zorgproces rondom de diabetespatiënt is niet doelmatig en doeltreffend.

De afspraken over afstemming van te leveren diabeteszorg en multidisciplinaire samenwerking, wie, wat doet en wanneer vanuit welke expertise is onvoldoende beschreven en wordt onvoldoende nageleefd.

Tevens wordt er te weinig rekening gehouden met de wensen en behoeften van de patiënt.

De doelstelling.

Er zijn een aantal doelen die met het project behaald moeten worden.

Het hoofddoel: De kwaliteit van zorg omtrent de diabetespatiënt wordt verhoogd. Dit houdt in dat er verantwoorde diabeteszorg wordt gegeven, die tegemoet komt aan de reële wensen en behoeften van de patiënt en die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend.

Om dit te behalen moet het volgende subdoel behaald zijn:

- De samenwerking tussen verschillende disciplines wordt verbeterd. Dit kan bereikt worden doordat de afspraken onderling beter worden gecoördineerd.

Het onderzoek is doorlopen via de stappen van intercollegiale toetsing. De struikelblokken zijn geanalyseerd volgens het visgraatdiagram, met betrekking tot de communicatie en multidisciplinaire samenwerking. Naar aanleiding van de struikelblokken heeft er een literatuurstudie plaatsgevonden. De gewenste situatie is in kaart gebracht en aan de hand hiervan zijn er enquêtes opgesteld. Elke discipline en patiënten hebben een enquête ingevuld. De voornaamste conclusies die hieruit voortvloeien zijn:

- De verschillende disciplines missen een multidisciplinair overleg rondom de complexe diabetespatiënt.
- Het merendeel van de ondervraagden willen graag dat de diabeteslijst wordt verbeterd.
- De verschillende disciplines zijn niet op de hoogte van de samenwerkingsafspraken.
- Opvallend is dat nagenoeg niemand op de hoogte is van de diabetespas.

Het project wordt afgesloten met aanbevelingen.

Inleiding

Bloedsuikercontrole tijdens ziekenhuisopname.

Stoornissen in de glucoseregulering komen frequent voor tijdens een ziekenhuisopname. Diabetespatiënten worden vaker opgenomen in het ziekenhuis dan personen zonder diabetes en ze blijven doorgaans langer. Bovendien komt diabetes vaak voor en de prevalentie neemt toe met de leeftijd (het ziektebeeld is volgens de methodische beschrijving ziektebeeld uitgewerkt, zie bijlage III). Tijdens de opname treedt bij deze patiënten vaak ontregeling van de glucosewaarden op als gevolg van veranderingen in voeding en lichaamsbeweging, van het gebruik van medicatie die de glykemie (bloedsuiker) verhoogt en van de hormonale respons op acute medische stress.

Bij veel van deze patiënten was de diabetes voordien niet bekend. Veel mensen lopen immers jaren rond met miskende diabetes type 2. Bovendien kunnen acute ziekte toestanden een tijdelijke stresshyperglykemie veroorzaken door vrijstelling van contraregulerende hormonen (glucagon, groeihormoon, cortisol) of toediening van farmaca die de glykemie verhogen. Bij deze patiënten zal de hyperglykemie na de acute situatie of na het afbouwen van de medicatie verdwijnen. Deze stresshyperglykemie moet worden beschouwd als een voorbode van een latere type 2 diabetes, net zoals een zwangerschapsdiabetes het later ontstaan van type 2 diabetes voorspelt.

In deze drie situaties (vooraf bekende diabetes, vooraf niet bekende diabetes en stresshyperglykemie) mag men de glykemieontregeling tijdens ziekenhuisopname niet afdoen als een onbelangrijk tijdelijk fenomeen, maar moet men deze beschouwen als een belangrijke risicofactor, die onmiddellijk moet worden gedetecteerd en adequaat behandeld.

Verschillende retrospectieve onderzoeken tonen een verband aan tussen hyperglykemie en een verhoogde morbiditeit en mortaliteit tijdens en na een ziekenhuisopname.

Voorbeeld: een hogere glykemie gaat gepaard met meer infecties bij algemene chirurgie.

Het bereiken van een tijdige en goede glykemische regulering verkort de opnameduur van diabetespatiënten. Een adequate aanpak verbetert de tevredenheid van de patiënt. Een ziekenhuisopname kan immers psychologisch belastend zijn voor een diabetespatiënt die gewend is om zelf verantwoordelijk te zijn voor de insulinereregulering, zeker wanneer de artsen en verpleging van de afdeling, door hun gebrek aan expertise, blijk geven van hun onzekerheid.

Het is niet gemakkelijk om tijdens een opname een goede glykemische instelling te bereiken. Met name veel interfererende factoren ontregelen de bloedglucose- instelling: andere voeding, nuchter blijven voor onderzoeken of ingrepen, minder lichaamsbeweging, medische stress door infecties, de effecten van farmaca zoals corticosteroïden, enzovoort. Bovendien zijn er heel wat organisatorische moeilijkheden door de korte opnameduur en door het feit dat het om veel patiënten gaat, die over heel het ziekenhuis verspreid liggen, bij personeel dat geen specifieke diabetes expertise heeft.

Bovendien wordt een goede glucoseregulering bemoeilijkt door een aantal misconcepties en ingesloten gewoontes. Zo vormt angst voor hypoglykemie een belangrijke ontregelende factor, die vaak leidt tot het overslaan van insuline- injecties en tot overcorrectie van eventuele hypo's met te grote hoeveelheden koolhydraten.

(Heine, R.J.e.a. P. 121-122)

Als diabetespatiënt zou je erop mogen vertrouwen dat je tijdens een ziekenhuisopname in goede handen bent. Toch blijkt de zorg voor deze patiënten op verpleegafdelingen voor verbetering vatbaar. Een probleem dat aanpak verdient, zeker nu diabetes vanwege de vergrijzing en ongezonde leefgewoontes aan een opmars is begonnen.

Gezien de ontwikkelingen in vraag en aanbod zullen de belanghebbenden van zorg: Verzekeraars, zorgvragers, beroepsgroep en overheid een toenemende appel doen, de zorg moet effectiever en efficiënter plaats gaan vinden. (ontwikkelingen in vraag en aanbod, zie bijlage IV)

Zorgprocessen moeten transparanter worden, resultaten moeten meetbaar worden en kunnen worden geëvalueerd en taakafspraken moeten helder en uitvoerbaar worden.

Gezien de ontwikkelingen staan transmuralisering en ketenzorg en multidisciplinaire zorg in de belangstelling. Er moet vraaggerichte zorg geleverd worden, in een efficiënte en continue verpleeg en behandelproces. Om dit vorm te geven ontstaan er klinische paden en zorgprogramma's. Daarnaast moeten keuzen in de zorg meer onderbouwd worden vanuit wetenschappelijk onderzoek om effectievere en efficiëntere zorg te verkrijgen.

De wens om efficiënt en effectief om te gaan met beperkte middelen in de zorg vraagt om een multidisciplinaire aanpak ervan. Het is dan ook de verwachting dat de verpleegkundigen steeds meer zullen gaan functioneren in multidisciplinaire samenwerkingsvormen.

Tijdens dit project wordt actief gereageerd op de ontwikkelingen in vraag en aanbod van zorg. Het project richt zich op de multidisciplinaire zorg. Er zal gebruik worden gemaakt van wetenschappelijk onderzoek, klinische expertise en verwachtingen van de patiënt.

Tijdens het project zullen er meerdere doelen behaald moeten worden, waardoor de kwaliteit van zorg rondom diabetespatiënten verhoogd wordt. Er staat centraal dat het primaire zorgproces rondom de patiënt, de continuïteit en de samenwerking tussen verschillende disciplines verhoogd wordt.

Het project vindt plaats via de stappen van intercollegiale toetsing. Het verslag is ook op deze manier opgebouwd. Hoofdstuk één is stap één van de intercollegiale toetsing. Als eerste wordt in hoofdstuk één het onderwerp gekozen. In hoofdstuk twee wordt de analyse gedaan, tevens behoort de literatuurstudie hierbij (kwaliteitszorg, Evidenced Based, externe kwaliteitsbevordering, multidisciplinaire samenwerking, de leden van het diabetesteam, coördinatie en continuïteit van zorg en het primaire proces). Vervolgens komt hoofdstuk drie met het normeren. Gevolgd door hoofdstuk 4 het meten. Daarna wordt het in hoofdstuk vijf getoetst en geïnterpreteerd. Dit wordt met enquêtes gedaan, zowel bij verschillende disciplines als bij patiënten. Daarna volgt de verandering en de evaluatie van veranderingen. Tevens hebben wij aan het eind verschillende bijlagen, waar regelmatig in de tekst naar verwezen wordt. De volgende bijlagen zijn te vinden in het verslag: begrippenlijst, artikel Jacqueline Putker, methodisch beschrijving ziektebeeld, ontwikkelingen in vraag en aanbod, Nederlandse Diabetes Federatie, concept diabetesprotocol, enquête personeel en enquête patiënt.

1. De onderwerpkeuze

De eerste stap van de toetsingcyclus (intercollegiale toetsing), onderwerpkeuze, bestaat in feite uit drie kleinere stappen, namelijk: inventarisatie, selectie en verduidelijking van onderwerp en begrippen.

Inventarisatie; inventariseren welke onderwerpen voor kwaliteitstoetsing in aanmerking kunnen komen.

Het kiezen van een onderwerp ging niet gemakkelijk af. In eerste instantie leek het kiezen van een onderwerp geen probleem, omdat we alledrie op een interne afdeling werken. Al snel kwamen we er achter dat dit niet zo werkte. Dit omdat op iedere interne afdeling andere ziektebeelden voorkomen. Elke afdeling is gericht op een bepaalde specialisatie.

12A: reumatologie, gastro-enterologie, algemeen interne.

12B: oncologie, algemeen interne.

15A: HIV, nefrologie, algemeen interne.

Om tot een onderwerp te komen zijn er verschillende acties ondernomen. Als eerste is er gebrainstormd. Hier kwam geen geschikt onderwerp naar voren. Er is toen een afspraak gemaakt met de opleidingsfunctionaris. Tijdens deze bijeenkomst heeft zij aan de hand van het Algemeen Eisen Kader van het ziekenhuis Leyenburg, enkele suggesties gedaan voor een onderwerp. Uit de onderwerpen die naar voren kwamen, heeft ieder nagedacht.

De onderwerpen die naar voren kwamen waren:

- Werkbegeleiding.
- De verpleegkundige schenkt aandacht aan angst, eenzaamheid, boosheid, verdriet en agressie van de patiënt en treft maatregelen om dit zoveel mogelijk te verminderen (AEK 2.23).
- Preventie en GVO
- Wensen van een patiënt.

Naar aanleiding van het gesprek was er nog geen geschikt onderwerp gevonden.

Om verder te komen is een afspraak gemaakt met de unit-coördinator van 15a. Op dit moment is het NIAZ een actuele ontwikkeling in het ziekenhuis. Hierbij werd besproken of zij een onderwerp wist vanuit het NIAZ, waar aan gewerkt kon tijdens het project.

Ook hieruit zijn enkele onderwerpen uitgekomen, die gebruikt konden worden voor het project. Dit waren de volgende onderwerpen:

- Procesbeschrijving van de ontslagcriteria. Dit staat nu nog her en der verspreid.
- Communicatie met betrekking tot de fusie.
- Clostridium; oorzaak van de toename bij patiënten op de afdeling.
- Thuismedicatie van de patiënt is vaak onduidelijk. Er loopt nu een project via transmurale apothekersassistente. Verpleegkundigen zijn hier onvoldoende op de hoogte.

Selectie:

Bij deze fase wordt er een keuze gemaakt voor een onderwerp voor toetsing. Belangrijk hierbij is om te letten op de geschiktheid van het onderwerp voor de toetsing. Aan onderwerpen die in aanmerking komen voor intercollegiale kwaliteitszorg worden een aantal eisen gesteld.

Aandachtspunten zijn:

- Het onderwerp is handelingsgericht, een activiteit of een reeks van samenhangende hulpverleningsactiviteiten.
- Kwaliteitsverbetering is mogelijk.
- De activiteiten worden frequent verricht.
- De knelpunten kunnen niet op een eenvoudigere manier worden verbeterd.
- Het onderwerp ligt binnen de invloedssfeer en verantwoordelijkheid van de betrokken hulpverleners.
- Het onderwerp is begrensd en niet te omvangrijk.
- De hulpverleners zijn zodanig in het onderwerp geïnteresseerd dat zij zich, collectief en gedurende een bepaalde periode willen inzetten voor een kwaliteitsverbetering.

(Hollands, L. e.a. (2004) P. 20-21)

Uiteindelijk zijn deze onderwerpen niet gebruikt, omdat de onderwerpen niet aanspraken, of omdat het onderwerp regelmatig is uitgewerkt tijdens andere differentiatie opdrachten. Na overleg is het idee gekomen om praktijkleeropdracht 4 van M. Boogaard verder uit te werken. Deze opdracht richt zich op diabeteszorg. Dit is een onderwerp, wat gericht is op het primaire zorgproces rondom de patiënt. Alle drie zijn we graag concreet bezig. Dit is de reden waarom is gekozen voor een onderwerp wat zich richt op het primaire zorgproces van de patiënt.

Tijdens praktijkleerperiode 4 is op afdeling 12 B gebleken door middel van een casus en het draagvlak van collega's dat de kwaliteit van zorg aan nieuwe diabetespatiënten of patiënten die moeten leren injecteren onvoldoende is. Er is geen eenduidig beleid.

Er zijn vele oorzaken, die ervoor zorgen dat er geen eenduidig beleid is.

De oorzaken:

- Kennistekort verpleegkundigen
- Taakgericht verplegen met betrekking tot uitdelen diabetesmedicatie, met name 's avonds
- Geen terugkoppeling andere disciplines
- Ontbreken eenduidig rapportagevel met betrekking tot insuline spuiten en bloedsuikercontrole
- Ontbreken voorlichtingsmateriaal op de afdeling
- Het is onduidelijk wie, wat doet en wanneer. Onduidelijkheid over verdeling takenpakket meerdere disciplines. Ontbreken protocollen.
- Eenduidige schriftelijke rapportage mist.

In eerste instantie was ervoor gekozen één van de aanbevelingen uit te werken, het ontwerpen van een nieuwe diabeteslijst. Dit is een communicatiemiddel tussen de verschillende disciplines. Na het vorderen van het project bleek dit niet haalbaar te zijn.

Er is besloten eerst een theoretische kapstok te vinden om het onderzoek meetbaar te maken. Ten eerste is de theorie over multidisciplinaire samenwerking uitgewerkt. Het is echter de vraag of de diabeteslijst een goed middel is.

Verduidelijking onderwerp en begrippen.

Alvorens te beginnen met de analyse van het gekozen onderwerp, moet voor iedereen duidelijk zijn over welke begrippen men praat. Door de verschillende aspecten en onderdelen van het onderwerp te noemen en voorbeelden te zoeken die wel of niet bij het onderwerp horen, wordt iedereen zich bewust van de diversiteit en omvang van het onderwerp, maar wordt het ook eerder zeker dat iedereen over hetzelfde praat.

(Hollands, L. e.a. (2004) P. 22-23)

Begrippenlijst.

Er is voor gekozen in dit hoofdstuk geen begrippenlijst uit te werken, maar dat deze in de bijlage van het verslag wordt toegevoegd (zie bijlage I). De reden hiervan is, dat er in de volgende hoofdstukken meerdere onduidelijke begrippen beschreven zijn. Het is overzichtelijker dat er één begrippenlijst is aan het einde van het verslag.

Probleem- en vraagstelling.

- Probleemstelling:
Het primaire zorgproces rondom de diabetespatiënt is niet doelmatig en doeltreffend. De afspraken over afstemming van te leveren diabeteszorg en multidisciplinaire samenwerking, wie, wat doet en wanneer vanuit welke expertise is onvoldoende beschreven en wordt onvoldoende nageleefd. Tevens wordt er te weinig rekening gehouden met de wensen en behoeften van de patiënt.
- Vraagstelling:
Hoe kan de kwaliteit van zorg rondom de diabetespatiënt verbeterd worden?

Om de kwaliteit van zorg rondom de diabetespatiënt te kunnen verbeteren wordt `ten eerste antwoord gegeven op de volgende deelvragen.

Deelvragen:

- Wat wordt verstaan onder kwaliteit van zorg?
- Op welke wijze kan multidisciplinaire samenwerking vorm gegeven worden?
- Hoe behoort het primaire zorgproces eruit te zien?

De doelstelling.

Er zijn een aantal doelen die met het project behaald moeten worden.

Het hoofddoel: De kwaliteit van zorg omtrent de diabetespatiënt wordt verhoogd. Dit houdt in dat er verantwoorde diabeteszorg wordt gegeven, die tegemoet komt aan de reële wensen en behoeften van de patiënt en die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend.

Om dit te behalen moet het volgende subdoel behaald zijn:

- De samenwerking tussen verschillende disciplines wordt verbeterd. Dit kan bereikt worden doordat de afspraken onderling beter worden gecoördineerd.

Om deze doelen te bereiken wordt het primaire zorgproces in kaart gebracht. Hierbij wordt de feitelijke en wenselijke situatie met betrekking tot de samenwerking van verschillende disciplines naast elkaar gelegd. Als de intercollegiale toetsing volledig is doorlopen, zullen er aanbevelingen worden geschreven die kunnen leiden tot verbetering van het primaire zorgproces.

2. De analyse van het onderwerp.

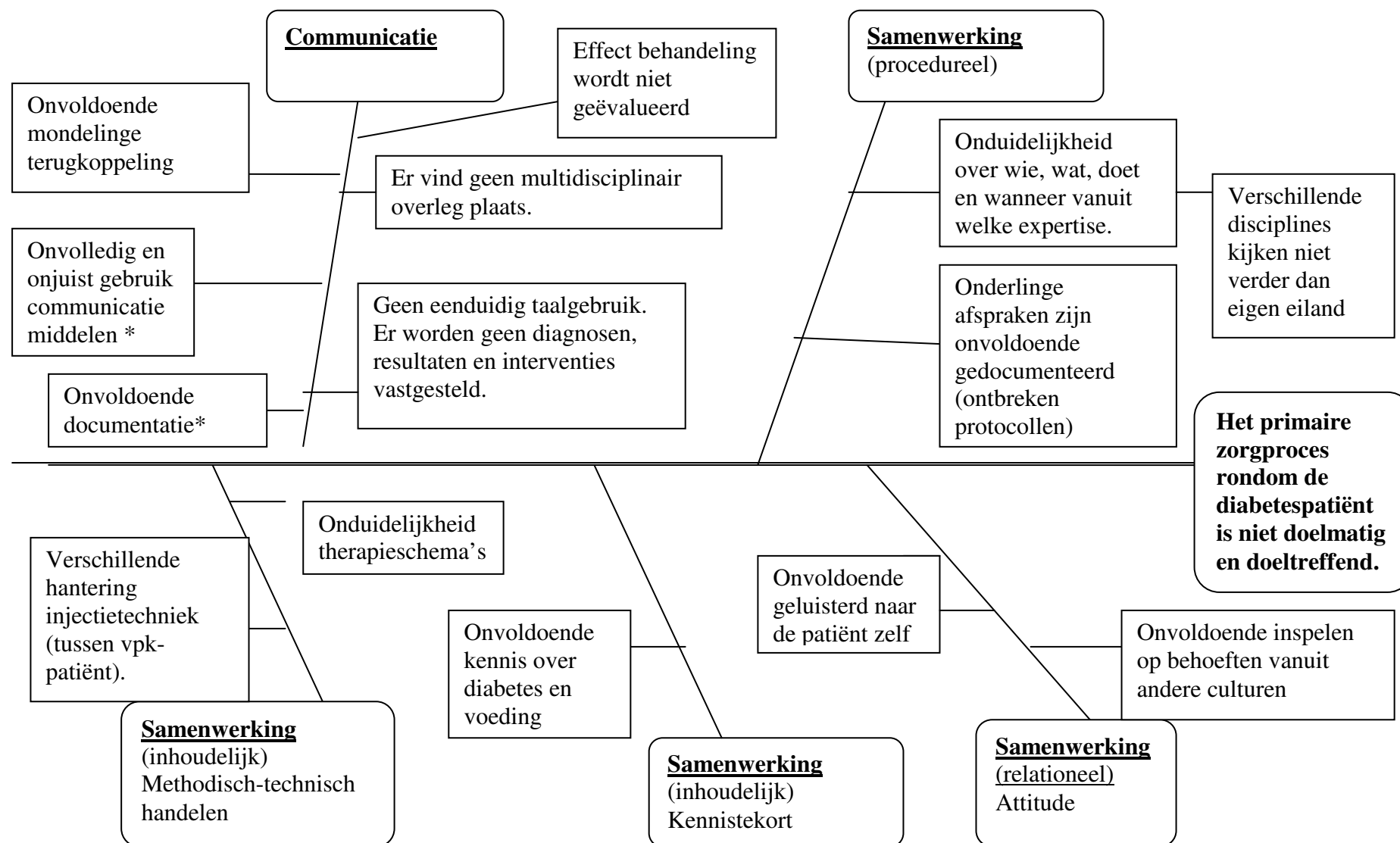
Als het onderwerp voor de toetsing helder is omschreven, volgt de stap analyse van het onderwerp. De bedoeling van deze stap is vaststellen waarom de dingen niet lopen zoals ze zouden moeten lopen en zicht krijgen op het verloop van het proces en alle aspecten van het onderwerp.

Het project richt zich op iedere patiënt met (ontregelde) diabetes type 1 en 2, die binnen komen op de interne afdelingen van het Haga-ziekenhuis. Vanuit de begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening, wordt het aspect van de kwaliteit van de organisatie van de beroepsuitoefening meegenomen. Tijdens de analyse worden de aspecten kwaliteit van het methodisch technisch handelen en de kwaliteit van attitude van de beroepsoefenaar ook beschreven (zie kader bladzijde 15, figuur 2). Het onderwerp is breed en moeilijk af te bakenen. Er wordt niet aan ontkomen om alle aspecten te beschrijven. Het resultaat zal zich echter alleen richten op het aspect kwaliteit van de organisatie van de beroepsuitoefening. Voor de analyse van het onderwerp is gebruik gemaakt van een instrument, het visgraatdiagram van Ishikawa. Het visgraatdiagram, ook wel oorzaak/ gevolg-diagram genoemd, heeft als doel om de oorspronkelijke oorzaken in kaart te brengen, die van invloed zijn op het probleem, waardoor een proces niet optimaal uitgevoerd kan worden. Het diagram lijkt na uitwerking op een visgraat, vandaar de naam. Het visgraatdiagram wordt begonnen met het uitzetten van de ruggegraat, die het probleem weergeeft. Op de ruggegraat worden vervolgens zijgraten geplaatst. Voor iedere categorie worden nu op afsplitsingen van de bijbehorende zijgraat de oorzaken ingevuld.

Voor het invullen van de oorzaken is er gebruik gemaakt van een artikel uit de nursing. Dit artikel 'de patiënt weet het beter' gaat over de zorg bij diabetespatiënten in het ziekenhuis. Als diabetespatiënt zou je erop mogen vertrouwen dat je tijdens een ziekenhuisopname in goede handen bent. Toch blijkt de zorg voor deze patiënten op verpleegafdelingen voor verbetering vatbaar. Een probleem dat aanpak verdient, zeker nu diabetes vanwege de vergrijzing, multiculturele zorg en ongezonde leefgewoontes aan een opmars is begonnen. (*nursing december 2004, jaqueline Putker*).

Tijdens een eerdere analyse op afdeling 12 B zijn door middel van een brainstormsessie ook een aantal knelpunten in kaart gebracht. Van deze analyse wordt ook gebruik gemaakt. In figuur 1 wordt de uitwerking van het visgraatmodel weergegeven.

Figuur 1: Visgraatmodel



- Onder communicatiemiddelen wordt verstaan:
 - de diabeteslijst
 - paramedisch rapportage formulier
 - verpleegkundige rapportage
 - consult- formulieren
 - afsprakenblad artsen
- Onder onvoldoende documentatie wordt bedoeld, dat doelen en acties van de verschillende disciplines niet worden geformuleerd.
Er wordt geen gezamenlijk behandelplan geformuleerd, of deelplannen, zoals een verpleegplan, een paramedisch plan, een zorgplan, een activiteitenplan.

2.1 Literatuurstudie

Voordat het project plaats kan vinden vind er eerst een literatuurstudie plaats. Dit om het project te onderbouwen. Er is aandacht gegeven aan het begrip kwaliteitszorg en hoe deze vorm zal geven binnen het project. Er wordt gebruik gemaakt van verschillende begrippenkaders.

Ten tweede wordt er gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur.

Op dit moment is het HagaZiekenhuis bezig om een certificaat te behalen. Deze methode is vanuit de overheid opgesteld. Elke afdeling moet zich accrediteren om aan kwaliteit van zorg te voldoen. Ook de procedure rondom diabeteszorg moet geaccrediteerd worden. Daarom vindt er een literatuurstudie plaats met betrekking op de NIAZ. In deze paragraaf wordt niet alleen het begrip uitgelegd, maar ook wat de relatie is tussen accreditatie en diabeteszorg.

Vervolgens volgt er een paragraaf over de multidisciplinaire samenwerking. Het project richt zich hier op. Om de wenselijke en feitelijke situatie naast elkaar te leggen, is de literatuur met betrekking tot dit onderwerp beschreven. Achtereenvolgend zijn de leden die hierbij betrokken zijn beschreven.

Om tot een goede samenwerking te komen is het belangrijk dat er een goede continuïteit tussen de verschillende disciplines zit. Tevens moet dit vanuit de verschillende disciplines gecoördineerd worden. In de een na laatste paragraaf worden deze begrippen toegelicht.

Als laatste wordt het primaire proces rondom de patiënt beschreven, deze is gericht op de taken van de verpleegkundige.

2.1.1 Kwaliteitszorg

Het begrip kwaliteit

Er zijn verschillende definities van het begrip kwaliteit gehanteerd in de sector zorg en welzijn. Er zijn mensen die vinden dat je het begrip kwaliteit niet kan definiëren omdat het iets is wat je moet aanvoelen. Toch is het handig om het begrip te omschrijven zodat men weet waar het project overgaat.

Het is een normatief begrip

Door kwaliteit te beschrijven druk je een bepaalde waardering uit van iets. Je geeft als het ware een norm aan; kwalitatief slechte hulp of zorg voldoet niet aan de eisen die men eraan stelt. Om de kwaliteit van iets te kunnen beschrijven wordt de feitelijke situatie vergeleken met een gewenste of ideale situatie. Kwaliteit kan daarom een normatief begrip genoemd worden.

Het is een subjectief begrip

Afhankelijk van eigen positie en bedoelingen, open of verborgen agenda's, wordt kwaliteit (vaak subtiel) anders gedefinieerd. Zo hebben verschillende partijen in de sector zorg en welzijn (bijvoorbeeld beroepsbeoefenaars, patiënten/ cliënten, ziektekostenverzekeraars en beleidsmakers) ieder hun eigen mening over wat goede kwaliteit is. In grote lijnen zegt men vaak hetzelfde te willen maar er zijn prioriteits-, accentverschillen. Kwaliteit is dan ook geen objectief begrip maar een subjectief begrip omdat het door verschillende partijen anders kan worden gedefinieerd en beoordeeld.

Het is een onderwerpgebonden begrip

Kwaliteit krijgt meer betekenis naarmate het gekoppeld wordt aan een concreet onderwerp (vergelijk bijvoorbeeld de 'kwaliteit van zorg' of 'de kwaliteit van een maaltijd')

Het is een relatief begrip

Onder bepaalde omstandigheden zal kwaliteit anders beoordeeld worden dan onder andere omstandigheden. Bijvoorbeeld als het regent zal je het op prijs stellen wanneer iemand je een paraplu aanbiedt. Biedt iemand je een paraplu aan wanneer het niet regent dan kan dit juist lastig zijn (WOK, NHG, LHV, 1994)

De definitie die tijdens het project gehanteerd wordt over kwaliteit van zorg, is die van Donabedian.

De definitie van Donabedian:

Kwaliteit is de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van die zorg (feitelijke zorg).

Donabedian brengt hiermee een vergelijkingsmoment en een evaluatie, waarderingscomponent in de definitie. Kwaliteit is het resultaat van een evaluatieproces of een bewustwordingsproces. Hij onderscheid daarbij standaarden en criteria betreffende de structuur, het proces en het product. Zo kan gekeken worden of de middelen en werkorganisatie tot een kwalitatief gewenst resultaat leiden.

(Hollands, L. e.a, p. 7-8)

De definitie van Donabedian is terug te vinden in het project. Voor het project is er gebruik gemaakt van de methode, intercollegiale toetsing. Dit is een vorm van interne toetsing door de zorg- of hulpverleners zelf op basis van door hen opgestelde criteria. De essentie van intercollegiale toetsing is: het beoordelen van de werkelijkheid aan de hand van criteria gevolgd door het aanbrengen van veranderingen die systematisch worden geëvalueerd.

(Hollands, L. e.a. P. 16)

Kwaliteit heeft te maken met de doeltreffendheid en doelmatigheid van het handelen (CBO, 1996).

Tegenwoordig wordt onder kwalitatief goede zorg verstaan:

Verantwoorde zorg die tegemoet komt aan de reële wensen en behoeften van de patiënt en die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend.

Andere omschrijvingen zijn veiligheid, toegankelijkheid en beschikbaarheid van de zorg voor iedereen.

(Hollands, L. e.a, P. 8)

Omschrijvingen vanuit verschillende aspecten

Er zijn een aantal multidimensionale omschrijvingen van kwaliteit waarin getracht wordt enkele belangrijk geachte aspecten van kwaliteit te combineren. Dit zijn geen echte definities in de zin van een duidelijke regel waarin wordt neergezet wat kwaliteit moet zijn. Het zijn brede omschrijvingen en benaderingen van kwaliteit. Bij de aspectbenadering van kwaliteit staat de vraag centraal welke deelaspecten van zorgverlening en het gezondheidszorgsysteem van belang zijn voor de kwaliteit van zorg.

Kwaliteit van beroepsuitoefening

Een voorbeeld van een aspectbenadering van het begrip kwaliteit is het Begrippenkader Kwaliteit van beroepsuitoefening van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV). Dit is opgesteld om voor het handelen van hulpverleners in de gezondheidszorg een handzaam en operationaliseerbaar kwaliteitsbegrip te leveren. Kwaliteit wordt omschreven met behulp van deelaspecten. De achterliggende filosofie is de opvatting dat ‘kwaliteit’ uiteindelijk bepaald wordt door een samenspel van verschillende factoren. Het is niet alleen belangrijk om deskundigheid in huis te hebben, maar ook om naar de patiënt toe zorgvuldig en respectvol op te treden en ook om efficiënte zorg te realiseren. Het gaat dus om een en- en benadering. Het geheel is meer dan de som van de verschillende onderdelen.

(Verbeek, G. P. 46).

Figuur 2: Aspecten kwaliteit van beroepsuitoefening. Bron: NRV (1986)

	Kwaliteit van het methodisch technisch handelen	Doeltreffendheid Deskundigheid Indicatiestelling Geschiktheid Veiligheid Zorgvuldigheid
Kwaliteit van de beroepsuitoefening	Kwaliteit van de attitude van de beroepsbeoefenaar	Respectvolle bejegening Informatiebereidheid Vertrouwensrelatie Coöperatie Verantwoordingsbereidheid
	Kwaliteit van de organisatie van de beroepsuitoefening	Continuïteit Beschikbaarheid Doelmatigheid Integrale zorg

(Verbeek, G. P. 46)

Uit dit schema is een aspect gekozen die te maken heeft met het projectonderwerp.

Het aspect wat overeenkomt met het onderwerp is: kwaliteit van de organisatie van de beroepsuitoefening: integrale zorg.

Dit houdt de mate in waar de door verschillende beroepsbeoefenaren verleende zorg op elkaar afgestemd is en een samenhangend aanbod vormt. Het gaat dus om de samenwerking van verschillende disciplines bij de primaire zorg van patiënten met diabetes mellitus.

Als de geformuleerde doelen van het project behaald zijn, voldoet het resultaat aan dit kwaliteitsaspect.

In principe heeft het project betrekking op alle aspecten, maar vanuit school is er geleerd dat er een aspect gekozen moet worden. De reden hiervan is om het project op een juiste manier af te bakenen.

Integrale zorg:

Om integrale zorg te bereiken worden er verschillende disciplines gecontacteerd. Hierdoor wordt gebruik gemaakt van hun visies, om de coördinatie en continuïteit van zorg op elkaar af te stemmen omtrent de diabetespatiënt.

Doelmatigheid:

Er wordt door middel van het project geprobeerd om de visies van verschillende disciplines op elkaar af te stemmen. Dit resulteert in doelmatigheid. Hierdoor ontstaat een betere continuïteit rond de zorg van de diabetespatiënt.

Beschikbaarheid:

Dit is de mate waarin de beroepsbeoefenaar (verschillende disciplines) beschikbaar is voor de patiënt. Doordat alle afspraken onderling vast worden gelegd, ontstaan er geen misverstanden. Doormiddel van deze vastlegging voldoet men weer aan de NIAZ accreditatie. In 2.1.3 wordt er uitleg gegeven over de NIAZ.

2.1.2 Evidenced based.

Tijdens de HBO opleiding staat wetenschappelijk onderzoek centraal. Het is de bedoeling dat er gebruik wordt gemaakt van wetenschappelijk onderzoek bij de uitwerking van de rol ontwerper. Naar aanleiding van het onderwerp is gezocht naar onderzoeken. Hierbij is één artikel gevonden. In de nursing van december 2004 staat een artikel over diabeteszorg in het ziekenhuis. Dit artikel is geschreven door twee diabetesverpleegkundigen.

In dit artikel staat geschreven dat diabetesverpleegkundigen regelmatig tegen situaties aan lopen die geen reclame zijn voor de Nederlandse gezondheidszorg. Er wordt op klinische afdelingen van veel ziekenhuizen te laks omgegaan met diabetespatiënten. Een diabetesverpleegkundige in een ziekenhuis uit Hilversum heeft naar aanleiding van deze klachten een kwaliteitsproject diabeteszorg opgezet. Zij is begonnen met een inventarisatie onder de patiënten die opgenomen waren. Daaruit bleek dat er vier problemen ten grondslag lagen aan de tekort schietende diabeteszorg.

Het gaat om:

- De attitude van hulpverleners;
- Onvoldoende kennis over voeding en diabetes
- Onduidelijkheid over therapieschema's;
- Verschillende hantering injectietechniek (tussen verpleegkundige en patiënt).

2.1.3 Externe kwaliteitsbevordering

Kwaliteitsverbetering vindt niet alleen plaats vanuit de instelling. Er worden eisen gesteld vanuit de overheid. Tevens spelen zorgverzekeraars hier een rol in. Een instelling moet hier zelf aan werken, op hun eigen manier. Als zij zich maar aan de eisen van de overheid houden.

Allereerst wordt de definitie van externe kwaliteitsbevordering beschreven. Daarna volgen de eisen vanuit de overheid.

Definitie:

Met externe kwaliteitsbevordering wordt bedoeld op activiteiten van organisaties of groepen die onafhankelijk zijn van het aanbod van zorg, maar die toch een wakend oog houden op de kwaliteit van zorg, zoals verleend door aanbieders van zorg. Vaak spreken zij daar de aanbieders ook op aan. Dit zijn onder andere: het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, de ziektekostenverzekeraars, de patiënten/ consumentenorganisaties en de Raad voor de Certificatie. (Verbeek, G. P. 79-80)

De raad voor Accreditatie:

Een methodiek voor externe kwaliteitsbevordering die de laatste jaren sterk in de belangstelling is komen te staan, is het middel van certificatie. Bij certificatie gaat het niet om overheidsregulering, maar om zelfordening.

De Raad voor Accreditatie omschrijft certificatie als:

Activiteiten op grond waarvan een onafhankelijke instantie kenbaar maakt dat er een gerechtvaardigd vertrouwen bestaat, dat een duidelijk omschreven onderwerp (product, dienst of proces) van certificatie in overeenstemming is met een bepaalde norm of een eisenstellend document.

Een certificaat is een (kwaliteit)verklaring die inhoudt dat de keurders dit vertrouwen hebben.

Het certificaat wordt verstrekt voor een bepaalde periode. Daarna vindt herkeuring plaats.

Ook in de zorgsector wordt een dergelijke toetsing ingevoerd. Daarvoor is een aantal redenen te geven. De 'kwaliteit' van zorginstellingen is niet zo makkelijk te meten. Van buitenaf is aan het ziekenhuis niet te zien of het goed functioneert. Een kwaliteitssysteem van een ziekenhuis zal evenmin erg doorzichtig zijn voor buitenstaanders. Certificatie, in de zin van onafhankelijke toetsing door deskundige buitenstaanders, kan (potentiële) patiënten, verwijzers en verzekeraars het vertrouwen geven dat de instelling inderdaad een goede manier van kwaliteitsbewaking heeft. Zorgaanbieders zullen er op hun beurt naar streven om een certificaat te hebben, omdat zij daardoor een goede naam krijgen bij publiek en verzekeraars. Het geeft hen een betere concurrentiepositie. De overheid heeft er duidelijk baat bij dat zorgaanbieders via het systeem van certificatie kwaliteitstoetsing laten doen, omdat er dan minder wetgeving en regelgeving nodig is voor de gezondheidszorg.

Maar certificatie is alleen zinvol op het moment dat er al het nodige aan kwaliteitsbevordering wordt gedaan door aanbieders van zorg. Certificatie is een sluitstuk op een systeem van kwaliteitsbevordering. Het is een valkuil om al aan certificatie te beginnen terwijl er nog onvoldoende interne kwaliteitsbevordering bestaat. Bij het certificeren wordt gebruikgemaakt van tal van eisen en normen die in de instelling gecheckt worden.

De instelling die getoetst wordt, heeft de beschikking over lange lijsten van regels voor het zorgproces: de wijze waarop dit verloopt en normen voor hoe het moet worden uitgevoerd.

(Verbeek, G. P. 81-82)

Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ)

Het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen toetst of zorginstellingen hun organisatie zó hebben ingericht, dat ze op reproduceerbare wijze een acceptabel niveau van kwaliteit van zorg voortbrengen. Dat gebeurt op verzoek van de zorginstellingen zelf. Is dat het geval, dan worden zij voor vier jaar geaccrediteerd: een bewijs voor een adequate en veilige organisatie.

Als partner voor verantwoording en verbetering wil het NIAZ zorginstellingen middels accreditatie stimuleren om de kwaliteit van de organisatie van de zorg te verbeteren en te borgen. Daarnaast kunnen zorginstellingen zich met een NIAZ-accreditatiebewijs in- en extern verantwoorden.

Het NIAZ is een instituut voor en door de zorg: opgericht door de brancheorganisaties van ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten en nog altijd sterk gedragen door de sector zelf. Niet voor niets maakt het NIAZ gebruik van 'peer review'. De toetsing gebeurt door speciaal opgeleide collega's uit andere zorginstellingen. Ook de instellingsbrede NIAZ Kwaliteitsnorm Zorginstelling is ontwikkeld door kwaliteitsdeskundigen en vakmensen uit de zorg.

Kwaliteitszorg moet verankerd zijn in de organisatie van een zorginstelling. Er moet binnen de organisatie sprake zijn van een cultuur, waarin iedereen alert is op verbetermogelijkheden en die ook aangrijpt. De 'Plan-Do-Check-Act cyclus', de Deming cyclus, vormt de rode draad door het hele NIAZ-accreditatieprogramma. Plan betekent dat iets nog niet is geregeld, maar dat de instelling dit wel van plan is. In de Do-fase krijgt dit gestalte in bijvoorbeeld protocollen, procedures en (schriftelijke) werkafspraken. Als het eenmaal is geregeld, gaat de Check-fase in. Daarin controleert het ziekenhuis structureel of de gemaakte afspraken werken in de praktijk. In de afsluitende Act-fase volgt op deze structurele controle waar nodig een verbeteringsactie. Daarmee is de verbeteringscyclus afgerond. Wat moet er dan wel gebeuren om de kwaliteit binnen zorginstellingen te borgen? In de eerste plaats moeten afspraken zijn gemaakt over de werkwijzen en communicatie op kritische punten in de primaire en ondersteunende processen. Die afspraken moeten bekend zijn en alle betrokkenen dienen daar ook naar te handelen. Daarnaast moeten alle afspraken structureel worden getoetst op effectiviteit en, waar nodig, bijgesteld. Zo ontstaat een continue verbetercyclus - een voorwaarde voor accreditatie. Het is beslist níet de bedoeling dat alles schriftelijk wordt vastgelegd, want dat zou kwaliteitszorg tot een bureaucratisch monster maken en de organisatie in een keurslijf dringen

(www.niaz.nl)

De methodiek van externe accreditatie staat sterk in de belangstelling, in het HagaZiekenhuis wordt ook met de NIAZ gewerkt.

De deming-cyclus, een plan- do- act- check cyclus, die de rode draad is door het gehele NIAZ-accreditatieprogramma is te herkennen in veel modellen die gebruikt worden in kwaliteitssystemen, zo ook in de methode intercollegiale toetsing, die gehanteerd wordt voor het project.

Ten eerste zijn de kwaliteitsproblemen rondom diabeteszorg geanalyseerd, vervolgens is er aan de hand van wetenschappelijke literatuur, richtlijnen, afspraken algemeen eisenkader criteria voor de wenselijke situatie opgesteld. Aan de hand van deze criteria wordt er via enquêtes de feitelijke zorg beoordeeld. Het project wordt afgesloten door een planning en implementatie van verbeteringen.

2.1.4 Multidisciplinaire samenwerking

Samenwerken gebeurt altijd door mensen. Vraag je professionals in de gezondheidszorg wat hun werk zo boeiend maakt, dan hoor je: het omgaan met mensen, de afwisseling door het contact met veel verschillende mensen. Vraag je wat moeilijk is in het werk, dan krijg je vaak hetzelfde antwoord. Blijkbaar staat of valt het werken in de gezondheidszorg met de kwaliteit van de contacten met anderen: de patiënten en de collega's.

In het ziekenhuis spelen zich vele processen af. Het product ziekenhuiszorg is het resultaat van onderling samenhangende behandelings- en zorgprocessen, waarbij de medewerkers sterk afhankelijk zijn van elkaar. De sterkte van de ketting wordt bepaald door de zwakste schakel. Vandaar dat het van belang is hoge eisen te stellen aan de coördinatie en controle van elke schakel van het primaire proces. De hele organisatie moet gericht zijn op de belangen van de patiënten en op het vlekkeloos laten verlopen van werkprocessen. Vanuit het continue aanbrengen van verbeteringen in werkprocessen moet worden toegewerkt naar het zodanig beheersen van het proces dat het niet fout kan gaan en onnodige kosten niet gemaakt kunnen worden. De kans op fouten en de daaruit voortvloeiende kosten wordt drastisch gereduceerd.

Er zijn verschillende disciplines bij de patiënt betrokken. De zorg is verdeeld in verschillende diensten. Hierdoor kan de nadruk komen te liggen op het productieproces in plaats van dat de patiënt centraal wordt gesteld. Om het totale zorgproces, waarbij meerdere zorgverleners en vaak ook verschillende disciplines betrokken zijn, goed te laten verlopen is samenwerking vereist. Effectieve communicatie van degenen die verantwoordelijk zijn voor de zorg is van groot belang.

Multidisciplinaire samenwerking is nodig om de kwaliteit van de werkprocessen te kunnen verbeteren. Alles wat wordt gedaan is een onderdeel van een proces; er worden achtereenvolgens stappen doorlopen die gezamenlijk leiden tot het doel van het proces.

Het doel wordt gezamenlijk vastgesteld, en elke discipline levert vanuit zijn eigen deskundigheid een bijdrage.

Met name wanneer er (qua inhoud en domein van de beroepsuitoefening) sprake is van duidelijke overlappingsen met andere disciplines, is het specificeren van het professionele zorgproduct van essentieel belang. Overlappingsen kunnen leiden tot dubbelwerk, tegenstrijdige adviezen, verwarring bij patiënten en verwijzers, maar ook tot vervaging van de beroepsidentiteit. Afspraken over afstemming van de te leveren zorg en multidisciplinaire samenwerking zijn alleen goed mogelijk als precies duidelijk is wie, wat doet en wanneer vanuit welke expertise.

Aan samenwerking tussen verschillende disciplines zijn drie belangrijke aspecten te onderscheiden: inhoudelijke, procedurele en relationele. Het inhoudelijke aspect van samenwerking betreft de gezondheidsproblemen van de patiënt en de behandeling hiervan. Het procedurele aspect van samenwerking gaat onder andere over spelregels, structuren en soorten overleg. Procedures zijn belangrijk om de inhoud voor het voetlicht te brengen. Samenwerking kost energie, tijd en geld. Het relationele aspect gaat over relatievorming, communicatie, cultuur en belangen, als zijnde factoren die van invloed zijn op samenwerkingsrelaties.

(Hollands, L. e.a. P. 103)

Inhoud:

Als mensen samenwerken, is het belangrijk dat iedere samenwerkingspartner een realistisch beeld heeft van zijn eigen competenties. Meestal liggen die binnen het aandachtsgebied van de eigen discipline. Iedere professional heeft immers tijdens zijn opleiding kennis en vaardigheden opgedaan binnen het aandachtsgebied van de eigen professie. Ook hebben de professionals een beeld van de aandachtsgebieden van andere professionals in de gezondheidszorg. Deze aandachtsgebieden zijn echter niet gemakkelijk af te bakenen.

(Schoemaker, E. e.a. P. 78)

Aandachtsgebieden:

De arts richt zich in zijn beroepsuitoefening vooral op gezondheidsproblemen die onder de noemer ziekten vallen. De verklaring voor ziekten zoekt hij meestal op het niveau van microsystemen. Andere disciplines in de gezondheidszorg, waaronder de verpleegkundige, richten zich doorgaans op feitelijke of dreigende gezondheidsproblemen, waarbij het accent juist niet ligt op ziekten. Voor verpleegkundigen is de actuele gezondheidstoestand van de patiënt het belangrijkste aangrijpingspunt. De verpleegkundige zoekt de verklaring voor gezondheidsproblemen en risico's voor het ontstaan ervan in het brede gebied van persoonlijke factoren, biologische factoren, socioculturele factoren, behandelfactoren en psychologische factoren.

Het paramedisch aandachtsgebied heeft misschien nog meer raakvlakken met dat van de verpleging dan met het aandachtsgebied van de medici. De gezondheidsproblemen waar verpleegkundigen en paramedici zich op richtten vertonen veel overlap. Het verschil ligt vooral in de reikwijdte en de diepte van het aandachtsgebied. Verpleegkundigen zijn meer te beschouwen als generalisten, terwijl paramedici in zekere zin meer specialisten zijn. Zij houden zich doorgaans intensiever bezig met een beperkter aantal gezondheidsproblemen. Bijvoorbeeld diëtisten houden zich vooral bezig met voedingsproblemen.

(Schoemaker, E. e.a. P. 78)

Allereerst wordt er vastgesteld dat de verantwoordelijkheden in de gezondheidszorg altijd gerelateerd zijn aan diagnostiek en behandeling, ofwel aan het verlenen van optimale zorg aan de patiënt. Alles draait dus om de patiënt met zijn gezondheidsproblemen. Daarvoor zijn verpleegkundigen verantwoordelijk. Voor adequate diagnostiek en behandeling zijn meestal verschillende gezondheidszorgprofessionals nodig. In samenwerking met anderen komen zij tot de best passende diagnoses, realistische prognoses, haalbare resultaten en werkzame interventies.

Iedere professional heeft ook zijn eigen competenties, waarvoor hij verantwoordelijk en aansprakelijk is.

Nu is voor lang niet ieder gezondheidsprobleem geavanceerde kennis nodig van een specifieke discipline. Op basaal niveau kan bijna iedere patiënt en iedere discipline gezondheid beoordelen en besluiten nemen over behandeling. Bij ingewikkelde en meervoudige problematiek zijn meestal competenties en invalshoeken nodig van bekwaame professionals die een specifieke beoordeling en behandeling geven vanuit het aandachtsgebied van de eigen discipline. Beoordelingen en handelingen van professionals in de gezondheidszorg spelen zich meestal af in het aandachtsgebied van de eigen discipline. Tegelijkertijd moeten specifieke disciplines die betrokken zijn bij de patiëntenzorg er zeker van kunnen zijn dat diagnoses en behandelplannen in hun eigen aandachtsgebied correct worden opgesteld, of dat nu door de eigen of door een andere discipline wordt gedaan.

(Schoemaker, E. e.a. P. 83)

Eenduidig taalgebruik

Verschillende ontwikkelingen werken in de hand dat de hulpverlener wordt gevraagd duidelijk te maken waaruit zijn handelen bestaat en op welke gronden beslissingen worden genomen.

Beheersbaarheid van kosten en kwaliteitseisen zijn voorbeelden van dergelijke ontwikkelingen. De roep om beheersbaarheid vereist dat disciplines in de gezondheidszorg gegevens leveren betreffende problematiek bij patiënten en over de beslissingen die zij nemen over bijvoorbeeld wel of niet starten van een behandeling.

Een andere ontwikkeling die verantwoording van het handelen noodzakelijk maakt is de veranderde visie op wat een kwalitatief goede hulpverlening nu eigenlijk inhoudt. Professionele hulpverlening wordt gezien als een activiteit waarbij de hulpverlener niet zozeer op zijn intuïtie afgaat, maar zich meer baseert op een gedegen vakkennis en het vermogen om gefundeerde beslissingen te nemen. Dergelijke beslissingen moeten inzichtelijk zijn voor anderen en op hun juistheid kunnen worden getoetst. Daarvoor moet overeenstemming zijn over de diagnose, daarvoor moet een duidelijk behandelplan worden aangegeven en het effect van de behandeling moet uiteindelijk worden geëvalueerd. De kwaliteit van de (interprofessionele) hulpverlening wordt dus niet alleen beoordeeld op het effect van de hulp, maar ook op de mate waarin men het proces methodisch en inhoudelijk kan verantwoorden.

Het samenwerken van verschillende disciplines maakt dat uitwisseling van gegevens over bevindingen en activiteiten van groot belang is. Iedere professional benadert de problematiek van de patiënt vanuit de eigen invalshoek.

(Schoemaker, E. e.a. P. 85)

Procedures

De verwijzer meldt degene naar wie wordt verwezen schriftelijk:

- motief voor de verwijzing
- voorgeschiedenis van de patiënt ten aanzien van het probleem waarvoor hij wordt verwezen
- de hulpverlening tot dan toe
- gebruik van middelen
- speciale wensen ten aanzien van de verwijzing en de daaropvolgende zorg

Degene naar wie wordt verwezen, meldt bij voorkeur schriftelijk aan de verwijzer na de intake-fase:

- of de verwijzing resulteert in hulpverlening
- wie de hulpverlening gaat uitvoeren
- wanneer met de hulpverlening wordt gestart
- wat de aard van de hulp wordt
- op wie en waarop de hulp wordt gericht
- wanneer eventueel tussentijdse rapportage zal plaatsvinden
- eventueel speciale wensen ten aanzien van de verwijzer

Een model voor samenwerking

Als er sprake is van goede samenwerking kan het werk op een zinvolle manier worden verdeeld en gecoördineerd worden. Doel moet zijn dat de patiënt zo snel mogelijk greep krijgt op de gezondheidsproblemen. Samenwerken kan de overzichtelijkheid bevorderen, maar het kan ook versnippering in de hand werken. Bij een goede samenwerking wordt gestreefd naar evenwicht.

Er staat centraal dat iedere discipline bereid moet zijn om (gedeelten van) zijn eigen professionele aandachtsgebied door een andere discipline of door de patiënt te laten uitvoeren.

De discipline om wiens aandacht het gaat, blijft wel verantwoordelijk voor de resultaten.

Belangrijke overwegingen bij het overdragen van zorg/ behandeling aan andere professionals zijn: wat is het beste voor de patiënt en ook: wat is het meest efficiënt en effectief.

Voor aansturing van anderen, voor coaching, voor instructie en voor controle op resultaten is een eenduidige terminologie noodzakelijk. Daarnaast moet je inzicht hebben in

besluitvormingsmethodieken. Door het gebruik van eenduidige taal en een inzichtelijke besluitvorming kunnen gezondheidszorgwerkers elkaar begrijpen als ze informatie uitwisselen over de gezondheidstoestand van de patiënt.

(Schoemaker, E. e.a. P. 97)

Relaties

Aan alle vormen van samenwerking liggen de onderlinge relaties tussen mensen ten grondslag.

De kwaliteit van de samenwerking is vaak de spiegel van de kwaliteit van deze relaties. Al deel je dezelfde werkruimte en de zorg voor dezelfde patiënt, al werk je met hetzelfde dossier, het draagt allemaal weinig bij aan een goede samenwerking als de participanten er niet in slagen een professionele relatie te ontwikkelen.

Effectieve samenwerking tussen mensen is mogelijk, ondanks verschillende achtergronden, ervaring en visie, als de medewerker maar tot een goede (professionele) relatie kunnen komen.

De bijdrage van iedere professional aan de samenwerking wordt bepaald door talrijke factoren.

In de eerste plaats is er natuurlijk de beroepsopleiding, maar ook opvoeding, sociale klasse, ervaring, stemming, gebeurtenissen uit het recente verleden, enzovoort spelen een rol.

Wanneer de doelen van de patiënt, zijn familie en alle betrokken disciplines gelijk zijn, wanneer het voor iedereen glashelder is wat er moet veranderen en welke rol iedereen heeft om de beoogde gezondheid te bewerkstelligen en wanneer ook de resultaten niet uitblijven, dan is de samenwerking optimaal. Dergelijke momenten van samenwerking doen zich niet dagelijks voor, maar we kunnen er wel naar streven.

De volgende vragen zijn van belang bij samenwerking vanuit gezamenlijke doelen:

- wat is het algemene doel van de samenwerking?
- wat is het doel van de individuele professional voor de patiënt?
- welk resultaat heb ik voor ogen bij de patiënt?
- wat is de gewenste uitkomst naar de mening van de patiënt en hoe ligt dat voor zijn familie?
- op welke punten verschillen deze doelen van elkaar?
- welke doelen blijven overeind? Zit er overlap in de werkwijze van de verschillende disciplines?
- Zijn er conflicterende normen/waarden?

Communicatie:

Heldere, bondige en directe communicatie is essentieel voor effectieve samenwerking en dus ook voor het bereiken van resultaten, vooral in het beginstadium. Bij samenwerking is er altijd sprake van communicatie. Hieronder valt het uitwisselen van informatie, meningen, eisen, wensen, enzovoort. Deze uitwisseling kan mondeling, schriftelijk, maar ook verbaal en non- verbaal zijn. Al eerder is gesteld dat het gebruik van eenduidige professionele taal voor diagnoses, resultaten en interventies noodzakelijk is bij een goede samenwerking.

Taal:

Het leren van elkaars vaktaal is van groot belang om samen te kunnen werken. Je weet dan niet alleen wat mensen bedoelen met hun vaktaal, je leert ook hoe disciplines binnen hun eigen cultuur communiceren. Door elkaars taal te leren, worden ook de regels duidelijker die gelden voor communicatie.

Frequentie en duur:

De frequentie en de duur van de communicatie is wisselend per gezondheidszorgprofessional. Generaliserend kun je zeggen dat in de algemene gezondheidszorg de tijd die met de patiënt wordt doorgebracht vaak kort is en een korte periode bestrijkt.

Vorm:

Er zijn veel vormen van communicatie tussen samenwerkende professionals. Meestal hebben we het gevoel dat directe mondelinge communicatie, waarbij ruimte is voor vragen en feedback, het beste werkt. Dit is op verschillende manieren mogelijk, bijv. geplande besprekingen en in de wandelgangontmoetingen. Professionals moeten niet alleen afspraken maken over mondelinge rapportage, ook de documentatie is van belang. Via de telefoon kan natuurlijk ook informatie worden uitgewisseld, van belang is dat men van elkaar weet wanneer en waar men te bereiken is.

Vertrouwelijkheid:

Bewaken van de vertrouwelijke informatie en geheimhoudingsplicht maken deel uit van professionele relaties.

(Schoenmaker, E. e.a. P. 104-110)

Multidisciplinaire zorgverlening:

Multidisciplinaire zorgverlening wordt vaak gekoppeld aan het methodisch handelen en het EVV-schap (eerstverantwoordelijke verpleegkundige/verzorgende).

Door alle disciplines die bij de behandeling en zorg zijn betrokken, worden dan doelen en acties geformuleerd. Dit kan neergeschreven worden in een gezamenlijk plan, maar ook in deelplannen (bijvoorbeeld een verpleegplan, een zorgplan, een medisch behandelplan, een paramedisch plan, een activiteitenplan). De disciplines bespreken in een multidisciplinair overleg (MDO) wat de problemen van de patiënt zijn en welke doelen hiervoor opgesteld kunnen worden. Iedereen is dus op de hoogte van de punten waaraan gewerkt gaat worden en waarop de nadruk komt te liggen. De doelen van elke discipline worden periodiek geëvalueerd. Ook hiervoor wordt het MDO gebruikt. Om goed multidisciplinair te kunnen werken, moet ook goed multidisciplinair worden samengewerkt. Dit is nogal eens lastig, vooral omdat de zorg van oudsher erg verkoperd was. Zorgverleners keken dan niet verder dan hun eigen eilandje. In de oude organisatievormen was het meestal elk voor zich. Er werd gesproken over de verpleging en de fysiotherapie enz. Een eilandjescultuur. Ieder maakt zich druk over wat er binnen de grenzen van eigen afdeling gebeurde en voor alles daarbuiten was weinig begrip. Ook weinig inzicht overigens. Door multidisciplinaire samenwerking in het kader van methodisch werken ontstaat dit inzicht vaak wel. De verschillende disciplines worden zich dan bewust van de mogelijkheden en onmogelijkheden van collega's van andere afdelingen en diensten. Door dit inzicht en bewustzijn ontstaat vaak ook begrip. Uiteraard is een cultuurverandering via multidisciplinaire samenwerking een proces dat tijd nodig heeft.

(Jong, J.H.J. de e. P. 297, 327)

2.1.5 De rol van het diabetesteam

Uitgangspunt bij de behandeling van diabetes is dat men hiermee zo goed en zelfstandig mogelijk leert omgaan. Zelfzorg staat dus voorop in de behandeling, maar dat betekent niet dat iemand met diabetes er alleen voor staat. Verschillende deskundigen kunnen een bijdrage leveren aan de behandeling. Goede diabeteszorg valt of staat met een goed diabetesteam. De Zorgstandaard van de Nederlandse Diabetes Federatie bepaalt dat het team in ieder geval moet bestaan uit een behandelend arts, diabetesverpleegkundige en diëtist. Patiënten vinden het belangrijk dat een ziekenhuis daarnaast ook beschikt over een podotherapeut (voor de voeten), cardioloog, oogarts, nefroloog (voor de nieren), maatschappelijk werker, psychologisch/psychiatrisch team, pedicure, bewegingsdeskundige of fysiotherapeut en een insulinepomptdeskundige.

Het vaste diabetesteam bestaat uit internisten, diabetesverpleegkundigen, diëtisten.

Verder gaan mensen met type 1 diabetes vijf jaar na de diagnose en mensen met type 2 diabetes direct na de diagnose, jaarlijks of 2-jaarlijks naar de oogarts. Soms is het nodig de medische psycholoog, de neuroloog, de nefroloog of de gynaecoloog bij de behandeling te betrekken. Al deze specialisten staan in nauw contact met het diabetesteam. Het is belangrijk dat de huisarts op de hoogte is van hoe de diabetes is ingesteld. Daarom geeft de internist de uitslagen van de onderzoeken en eventuele veranderingen in de behandeling door aan de huisarts.

(www.diabetescentrum.nl)

Het diabetesteam moet de drijvende kracht zijn achter het volledige diabetesbeleid van het ziekenhuis. De leden van het team moeten een sleutelrol vervullen bij het opstellen van de protocollen, bij de opleiding en motivatie van de artsen en verpleegkundigen van de afdelingen, bij het overtuigen van de ziekenhuisdirectie om de nodige financiële middelen ter beschikking te stellen enzovoort.

Het diabetesteam kan in grote ziekenhuizen onmogelijk alle opgenomen patiënten met diabetes individueel begeleiden. Daarom moet goed afgesproken worden wanneer het team ingeschakeld moet worden en welke taken aan andere zorgverleners gedelegeerd kunnen worden. Wanneer andere zorgverleners taken op zich nemen, kunnen de diabetesverpleegkundigen van het team waar nodig ondersteuning bieden.

Het is evident dat in de volgende situaties het team ingeschakeld moet worden:

- Bij bedreigende situaties, zoals bij ketoacidose, hyperosmolaire hyperglykemische ontregeling en frequente ernstige hypoglykemieën.
- Bij bepaalde diabetescomplicaties, zoals actieve voetwonden.
- Voor educatie van patiënten, met name bij wie met insuline wordt gestart.
- Bij zwangere patiënten met diabetes, op welke afdeling ze ook verblijven.

De leden van het diabetesteam:

Hier wordt de rol die de verschillende leden van het diabetesteam spelen afzonderlijk beschreven.

De diabetesverpleegkundige.

Een diabetesverpleegkundige is een verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd op het gebied van diabetes. De diabetesverpleegkundige in het ziekenhuis kan hulp bieden bij allerlei praktische zaken met betrekking tot diabetes. Ook met allerlei vragen op het gebied van omgaan en acceptatie van de ziekte, relaties, werk, sport en seksualiteit kunnen mensen bij haar terecht.

(www.diabetes-slotervaart.nl)

Door de intensivering van de diabetesbehandeling is de hulp van deze speciaal opgeleide paramedici onmisbaar geworden. Inschakeling van een diabetesverpleegkundige heeft geleid tot een aanzienlijke verbetering van de kwaliteit van de diabeteszorg. Deze verpleegkundige kan mede zorgdragen voor de overdracht van kennis, inzichten en ‘technische’ vaardigheden, zoals zelfcontrole met bloedglucose strips en injectie van insuline. De diabetesverpleegkundige is meestal het voornaamste aanspreekpunt van het diabetesteam. Het takenpakket bevat veel aspecten, zoals het opvangen en begeleiden van emotionele verwickelingen, het geven van instructie, zoals het injecteren van insuline, zelfcontrole van de bloedglucose spiegel, het gebruik van glucagon enzovoort. Daarnaast speelt de diabetesverpleegkundige een rol bij het leren interpreteren van bloedglucosewaarden, het helpen bij het uitdenken van strategieën om de diabetes een plaats te geven in het dagelijks bestaan en het geven van voorlichting over het hele brede gebied diabetes. Niet zelden speelt de diabetesverpleegkundige een belangrijke organisatorische en coördinerende rol, zoals het voorbereiden en uitvoeren van groepseducatie, de praktische uitwerking van de voetenkliniek enzovoort.

Diabeteseducatie is in de jaren tachtig een vast onderdeel geworden van de behandeling van diabetes. Goede voorlichting is van groot belang bij de preventie van diabetische voetafwijkingen, het opvolgen van het voedingsvoorschrift, de oogheelkundige controle en de preventie en bestrijding van cardiovasculaire risicofactoren. Diabeteseducatie alleen leidt zelden tot een verbetering van de glykemische controle, maar kan wel de motivatie verhogen voor bepaalde therapeutische veranderingen.

(Heine, H.J. P. 78, 324)

De diëtist

De diëtist zal de patiënt leren ‘om te gaan met voeding’, waarbij praktijkervaringen en bloedglucose zelfcontrole resultaten gebruikt kunnen worden om het inzicht te vergroten in de dieetfactoren die een invloed hebben op de bloedglucosespiegel. Het al experimenterend zelf laten ontdekken van bijvoorbeeld interactie tussen insuline, koolhydraten en (extra) lichaamsbeweging is waarschijnlijk de enige manier om de maaltijd ook voor diabetespatiënten een periodiek terugkerend genoegen te laten zijn in plaats van een verplicht nummer in ‘het gebruiken van voedingsmiddelen. Voorschriften of adviezen die haaks staan op de sociale haalbaarheid zijn uiteraard gedoemd om of in de wind geslagen te worden of te leiden tot ernstige frustraties en ontevredenheid.

De diëtiste dient structureel ingeschakeld te zijn. Ook al kan een verpleegkundige de eerste mondelinge en schriftelijke voedingsadviezen geven, dan heeft de diëtiste toch een specifieke deskundigheid om gedetailleerd en methodische voorlichting over voeding te geven, waarbij ze probeert zoveel mogelijk aan te sluiten bij het bestaande eetpatroon en de persoonlijke omstandigheden van de patiënt. De verdeling van de koolhydraten (suikers) en vetten zijn erg belangrijk bij een dieet gericht op diabetes. Aangezien alle diabetespatiënten verschillend zijn kan men niet volstaan met een algemeen dieetadvies. De diëtiste stelt samen met de diabetespatiënt een persoonlijk voedingsadvies op. Dit voedingsadvies is gericht op de persoonlijke omstandigheden van de patiënt. Het voedingsadvies van de diëtiste houdt rekening met de voeding, het medicatiegebruik (insuline of tabletten) en het bewegingspatroon van de individuele persoon. Per persoon kan het verschillen hoeveel en hoe vaak gesprekken met de diëtiste gepland worden. Het is voor alle diabetespatiënten raadzaam om 1x per jaar een afspraak bij een diëtiste te maken. Bij een jaarlijkse afspraak kunnen vragen, problemen en nieuwe ontwikkelingen in kennis op het gebied van de voeding van diabetespatiënten besproken worden.

Het verdient aanbeveling om iedere patiënt met of zonder overgewicht, na het ontdekken van de ziekte naar een diëtist te verwijzen, al is het maar voor eenmalig bezoek. Sommige artsen vinden dat medicaliserend, maar dat is juist niet de bedoeling.

Veel mensen denken namelijk dat zij helemaal geen suiker meer mogen als zij te horen krijgen diabetes te hebben. Zij kijken op alle verpakkingen en zien tot hun grote schrik dat bijna overal suiker in zit. Het gevolg is dat mensen soms helemaal niets meer durven te eten. Om een dergelijke situatie te voorkomen is het zinvol dat de diëtiste uitleg geeft over wat een patiënt niet, maar vooral ook wat hij nog wel mag eten.

Het is van belang dat de arts (en diabetesverpleegkundige en andere genoemde disciplines) de patiënt uitlegt dat de diëtist voorlichting geeft over wat men wel kan eten. Alle betrokken disciplines hebben een taak in de voedingsadvisering. Een goede samenwerking en afstemming over de adviezen tussen onder andere arts, diëtist en (diabetes)verpleegkundige is van groot belang. De communicatie onderling moet zo nodig worden verbeterd. Dat wil zeggen: overleg, afstemming, rapportage. Dit is vooral nodig om te voorkomen dat er tegenstrijdige adviezen worden gegeven.

Indicaties voor verwijzen naar de diëtist:

- Diabetes is recent gediagnosticeerd
- Overgewicht en/of hypertensie en/of dyslipidemie
- Vragen over voeding
- Problemen met de voeding
- De medicatie wordt veranderd, bijvoorbeeld een ander type medicatie of een ander insulineschema
- De leef- of werkomstandigheden veranderen
- De patiënt wil optimaal effect met zelfcontrole behalen
- Zwangerschap of zwangerschapswens
- Screening op of begeleiding eetproblemen
- Maag- darmproblematiek
- Complicaties waarbij aanpassing van het dieet zinvol is
- Er moet onderzocht worden of de voedingsgewoonten van de patiënt een optimale regulatie in de weg staan
- (half)jaarlijkse controle.

(Heine, H.J. P. 324, voedingsrichtlijn NDF)

De internist

De huisarts verwijst patiënten door naar de internist als er complicaties ontstaan door de diabetes of als de behandeling van de diabetes problemen opleveren die niet in de huisartsenpraktijk opgelost kunnen worden. Een internist is een arts die zich gespecialiseerd heeft in behandeling van inwendige ziekten, waaronder diabetes mellitus.

De behandeling van de internist richt zich op het goed instellen van de diabetes. Een goede instelling vermindert de kans op complicaties op lange termijn.

De internist zal, net als de huisarts, de behandeling niet alleen richten op het goed onder controle krijgen van de glucosespiegel. Andere risicofactoren zoals o.a. een te hoge bloeddruk, te hoog cholesterol worden ook behandeld door de internist.

De internist ziet mensen met diabetes regelmatig voor controle terug op de polikliniek.

Dat betekent o.a. dat er elke 3 maanden bloedonderzoek en dat er 1x per jaar een uitgebreid lichamelijk onderzoek plaatsvindt.

De internist is in het algemeen het startpunt in het ziekenhuis voor mensen met diabetes met betrekking tot het inschakelen van andere hulpverleners in het ziekenhuis.

De internist zal alle mensen met diabetes altijd doorverwijzen naar de diëtiste en de oogarts.

Mensen met diabetes die insuline gebruiken zal hij altijd verwijzen naar de diabetesverpleegkundige.

(www.diabetes-slotervaart.nl)

De arts draagt de medische eindverantwoordelijkheid. Hij dient op de hoogte te zijn van en inzicht te hebben in de hoofdlijnen van de taken van de verschillende disciplines. Vermeden moet worden dat alle educatieve taken worden uitbesteed aan andere disciplines. Ook de arts moet op de hoogte zijn van de principes van educatie en elk contact met de patiënt hiervoor zoveel mogelijk aangrijpen.

(Heine, H.J. P. 324)

De verpleegkundige.

De verpleegkundige is meestal het voornaamste aanspreekpunt voor patiënten. Het takenpakket bevat veel aspecten, zoals: het opvangen en begeleiden van emotionele ontwikkelingen, het geven van instructie, zoals het injecteren van insuline, zelfcontrole van de bloedglucosespiegel enzovoort.

Daarnaast observeert de verpleegkundige of de patiënt de instructies goed uitvoert en of hij of zij zijn voedingspatroon aanpast. De rapportage van deze punten in het verpleegkundig dossier is vereist.

De oogarts

Alle diabetesen moeten gecontroleerd worden door een oogarts omdat er ernstige netvliesafwijkingen kunnen ontstaan zonder dat iemand dat merkt. Diabetes is de belangrijkste oorzaak van blindheid in de westerse wereld bij mensen tussen 20 en 75 jr. Mensen met diabetes type 2 worden bij ontdekken van de ziekte verwezen naar de oogarts, mensen met diabetes type 1 na ongeveer 5 jaar na het ontdekken. Afhankelijk van de mate van oogschade bepaalt de oogarts de behandeling en de controlefrequentie.

De medisch psycholoog

Diabetes heeft verregaande consequenties voor het dagelijks functioneren, zowel in praktische als in emotionele zin.

Het proces van aanpassing begint bij het vernemen van de diagnose.

Een chronische ziekte betekent altijd: verwerken en ermee leren leven.

De meeste mensen komen er zelf – met behulp van hun naaste omgeving- wel uit. Zij vinden een manier van omgaan met hun ziekte. De ziekte krijgt een plaats in hun leven.

Voor sommige mensen kan de periode van het vernemen van de diagnose, net als de periode waarin complicaties ontstaan, zeer belastend zijn.

Zo kunnen er zorgen zijn over de mogelijke negatieve gevolgen van de ziekte voor de relatie of het werk. Andere mogelijke problemen zijn: somberheid, angst voor hypo's of complicaties, eetproblemen, moeite om je aan leefregels zoals b.v. een dieet te houden, moeite om je eigen grenzen aan te geven of nee te zeggen.

Voor diabetespatiënten zijn vaak de angst voor complicaties, en de altijd aanwezige leefregels en behandelroutine het meest belastend.

De psycholoog is er voor alle psychosociale aspecten van diabetes.

Belangrijk om te weten is dat de medisch psycholoog mensen vaak met een paar gesprekken weer een beetje op weg kan helpen. Ze hoeven niet te praten over hun jeugd of over oud zeer, en ze worden niet binnenstebuiten gekeerd. De medisch psycholoog biedt een objectief luisterend oor, en adviezen of tips over houding, gedrag of gedachten. Ook kan de medische psycholoog mensen helpen om de nieuwe leefregels makkelijker in te passen in het dagelijkse leven. En bieden zij hulp bij het omgaan met andere mensen, zoals meer voor zichzelf opkomen.

Belangrijk is dat mensen weer meer handvatten en grip krijgt op hun leven en henzelf.

(www.diabetes-slotervaart.nl)

De podotherapeut

Bij diabetes is het belangrijk om de voeten goed te verzorgen ten einde de voeten gezond te houden en zo de kans op chronische voetproblemen of zelfs amputaties te voorkomen.

Om voetproblemen te voorkomen is het belangrijk dat diabetespatiënten hun voeten in goede conditie houden door het goed verzorgen van de voeten door goede schoenen te dragen, de voeten elke dag te wassen (goed drogen!) en na te kijken.

Als er onverhoopt toch chronische problemen met de voeten dreigen te ontstaan dan kan de podotherapeut wellicht het tij keren.

De podotherapeut behandelt patiënten met voetklachten die voortvloeien uit het niet goed functioneren van de voeten. (Bijvoorbeeld bij een afwijkende stand van de voeten of delen van de voet.) De podotherapeut richt zich bij diabetespatiënten niet alleen op de behandeling van voetproblemen, maar ook op het voorkómen daarvan. De podotherapeut kan informatie verstrekken over voetverzorging, voeten en schoenen inspecteren waardoor problemen tijdig opgespoord kunnen worden.

De podotherapeut kan hulpmiddelen ter correctie en bescherming van standsafwijkingen van voeten en tenen aanmeten (podotherapeutische zolen en ortheses).

Verder kan de podotherapeut helpen bij de wondverzorging van een voet door tijdelijke hulpmiddelen toe te passen zoals, bijvoorbeeld een drukverdelend verband om het genezingsproces van een wond te bevorderen.

(www.diabetes-slotervaart.nl)

De pedicure

Bij diabetes is het belangrijk om de voeten goed te verzorgen, om de voeten gezond te houden en zo de kans op chronische voetproblemen of zelfs amputaties te voorkomen.

Om voetproblemen te voorkomen is het belangrijk dat diabetespatiënten hun voeten in goede conditie houden door het goed verzorgen van de voeten door goede schoenen te dragen, de voeten elke dag te wassen (goed drogen!) en na te kijken.

Aanvullend op de dagelijkse voetverzorging door de patiënt zelf is de zorg van een algemene pedicure aan te raden om voetproblemen te voorkomen.

Er zijn pedicures die een extra opleiding gedaan heeft voor het verzorgen van voeten van diabetespatiënten.

Dit betekent dat zij extra kennis heeft van voetproblemen die bij diabetespatiënten kunnen ontstaan.

De volgende afwijkingen van de voet kan de gespecialiseerde pedicure behandelen bij mensen met diabetes:

- likdoorns
- eeltplekken
- kalknagels
- likdoorns tussen tenen
- hoornnagels

(www.diabetes-slotervaart.nl)

Samenwerking in het diabetesteam

Het proces van diabetesteam vorming heeft als belangrijkste doel de inbreng van de afzonderlijke leden in het educatieproces zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen, waardoor de patiënt een ondubbelzinnige benadering geboden kan worden. Het tot stand brengen van optimaal teamwork is geen gemakkelijke zaak en vraagt bij de beoefenaars van de verschillende disciplines vaak ingrijpende wijzigingen in attitude en mentaliteit. Regelmatig overleg binnen het diabetesteam is noodzakelijk om een goede werkwijze te behouden en te bevorderen.

(Heine, H.J. P. 324)

Multidisciplinair team in het HagaZiekenhuis, locatie Leyenburg.

Op deze locatie bestaat het team uit: (diabetes)verpleegkundigen, artsen, diëtisten en de oogarts.

Op de poli heelkunde en op de gipskamer komen veel patiënten met een diabetische voet. De multidisciplinaire samenwerking miste hierin, terwijl dit van essentieel belang is. Er komen meerdere aspecten bij kijken dan alleen de chirurgische. Het reguleren van bloedsuikers, het aanmeten van schoenen zijn tevens belangrijke aspecten. Hierdoor is het diabetische voeten spreekuur opgezet. Tijdens dit spreekuur zijn aanwezig de nurse practitioner, gipsverbandmeester, wondverpleegkundige, orthopedisch schoenmaker, verpleegkundigen gipskamer, diabetesverpleegkundige en om de veertien dagen een revalidatiearts.

Daarnaast zijn de volgende specialisten direct oproepbaar: (vaat)chirurg, orthopeed, internist en dermatoloog.

2.1.6. Coördinatie en continuïteit van zorg

Verpleegkundigen voeren dagelijks activiteiten uit met als doel de zorg optimaal te coördineren en de continuïteit te bevorderen. Voorbeelden van dit soort activiteiten zijn: het overleggen met collega's, het maken en bijhouden van een verpleegplan of het benaderen van collega's uit andere disciplines om de zorg onderling af te stemmen. Coördinatie is van groot belang bij het waarborgen van de kwaliteit van de zorgverlening.

Activiteiten ten aanzien van coördinatie en continuïteit zijn een belangrijk onderdeel van de werkzaamheden als verpleegkundige. Je probeert immers voortdurend de verpleegkundige zorgverlening en de activiteiten van andere betrokkenen op elkaar af te stemmen, zodat de patiënt die zorg krijgt die hij of zij nodig heeft.

(Transferpuntvaardigheidsonderwijs, P.17-20)

Streven naar continuïteit van de zorg.

Streven naar continuïteit van de zorg betekent erop toezien dat de zorg doorgang vindt, ook als de zorgvrager naar een verpleeghuis of naar huis gaat. Er is ook sprake van continuïteit van zorg, als de taken van verschillende disciplines goed op elkaar zijn afgestemd. Het perspectief van de zorgvrager wordt bepaald door de kwaliteit van het leven.

Bij chronisch zieken moeten verpleegkundigen bij interventies rekening houden met de 'carrière' die zorgvragers al achter de rug hebben. Concreet betekent dit dat verpleegkundigen oog hebben voor wat bijvoorbeeld een opname voor de zorgvrager betekent. Wat is er allemaal aan voorafgegaan? Was hij voorbereid op de opname of kwam de opname toch plotseling? Hoe denkt de zorgvrager straks verder te gaan, hoe ziet hij de toekomst? In de anamnese kan hierbij al stilgestaan worden, zodat voorkomen wordt dat er bij het ontslag allerlei verrassingen zijn.

2.1.7 Het primaire proces

Bij de beroepsuitoefening ligt de nadruk op de zorgvragergebonden taken, zoals ze in het beroepsprofiel van de verpleegkundige staat beschreven.

Dit wordt het zogenaamde primaire proces genoemd.

A. Vaststellen van de benodigde zorg

De verpleegkundige verkent en beoordeelt de vraag van de zorgvrager, zodat zij zich een beeld kan vormen van de aard van de zorgvraag en de behoefte aan verpleegkundige zorg.

Op grond van deze informatie wordt de zorg toegewezen aan een verpleegkundige of aan een andere beroepsbeoefenaar. De verpleegkundige verzamelt vervolgens informatie over de gezondheid en het bestaan van de zorgvrager. Ze gaat na op welke wijze de zorgvrager zijn situatie beleeft en welke verwachtingen en vragen er bestaan. Deze informatie krijgt ze van de zorgvrager, van andere disciplines en via eigen observaties. In bepaalde situaties dient de verpleegkundige zich ook te baseren op andere bronnen, zoals naasten. In een kortdurende of acute situatie zal het verzamelen van gegevens zich vooral concentreren op de meest noodzakelijke informatie. In andere gevallen zal dit meer uitgebreid plaatsvinden. Op grond van deze informatie krijgt de verpleegkundige inzicht in de feitelijke of potentiële gezondheids- en/of daaraan gerelateerde bestaansproblemen van de zorgvrager en stelt zij de verpleegkundige diagnoses. Binnen dit taakgebied zijn de volgende drie kerntaken te onderscheiden.

A1 De vraag naar verpleegkundige zorg introduceren en verkennen

De verpleegkundige vormt zich een beeld van de zorgvrager en zijn (uitgangs)situatie, op grond waarvan zorgtoewijzing kan plaatsvinden. Daarnaast maakt de verpleegkundige de zorgvrager wegwijs in de zorg; zij informeert de zorgvrager over de gang van zaken binnen de instelling, afdeling of groep en bespreekt de mogelijkheden van de zorgverlening. Hierbij stemt ze de informatie af op de behoefte van de zorgvrager.

A2 Gegevens verzamelen.

De verpleegkundige verzamelt op systematische wijze gegevens over de situatie van de zorgvrager of een groep. Op deze wijze komt zij tot een verpleegkundig zorgaanbod dat aansluit bij zorgvraag van de zorgvrager of een groep.

A3 Verpleegkundige diagnoses stellen.

Aan de hand van de verzamelde gegevens stelt de verpleegkundige, de verpleegkundige diagnoses vast in samenwerking met de zorgvrager. De verpleegkundige realiseert zich dat gezondheids- en/ of daaraan gerelateerde bestaansproblemen vaak niet eenduidig, maar verweven en complex zijn. Te onderscheiden zijn acute, langdurige, chronische, actuele of potentiële problemen.

B. Plannen van de zorg

In de planningsfase worden de beoogde resultaten, de verpleegkundige interventies, de afspraken met andere disciplines en de evaluatiemomenten in overleg met de zorgvrager vastgelegd in een verpleegplan. Bij het plannen van zorg kan de verpleegkundige te maken krijgen met belangen van anderen (zoals die van de instelling en andere disciplines) die haar kunnen beperken in het kiezen van verpleegkundige interventies. Het plannen van zorg bestaat uit de volgende kerntaken.

B1 Het beoogde resultaat van de verpleegkundige zorg formuleren

De verpleegkundige formuleert het resultaat van de zorgverlening en geeft hierin prioriteiten aan. De resultaten kunnen gericht zijn op het wegnemen, reduceren of voorkomen van het probleem, maar ook op het accepteren van de situatie. Daarnaast maakt de verpleegkundige een onderscheid tussen resultaten op korte en lange termijn. Het beoogde eindresultaat wordt beschreven in termen van concreet haalbaar gedrag.

B2 Verpleegkundige interventies kiezen

De verpleegkundige gebruikt een breed scala aan interventies om doelgerichte verandering in de situatie te bewerkstelligen. Deze interventies kunnen in intensiteit variëren van het geheel overnemen van de zorg tot het ondersteunen van de zorgvrager middels voorlichting. De keuze voor een interventie is onder meer afhankelijk van het beoogde resultaat en de mogelijkheden van de zorgvrager.

C. Uitvoeren van de zorg

De verpleegkundige verleent haar zorg in vele verschillende situaties, op uiteenlopende momenten, binnen verschillende instellingen en aan diverse doelgroepen. Dit alles beïnvloedt de manier waarop ze de interventies kan uitvoeren. De interventies die de verpleegkundige verricht kunnen in drie soorten verdeeld worden. Het betreft interventies die voortkomen uit de vastgestelde verpleegkundige diagnoses en behoren tot het autonome aandachts- en competentiegebied van de verpleegkundige. Daarnaast verricht de verpleegkundige handelingen die voortvloeien uit problemen waarvan het aandachts- competentiegebied gedeeld wordt met andere disciplines en uit hun diagnostische en therapeutische werkzaamheden. En ten slotte signaleert de verpleegkundige problemen waarvan de behandeling buiten haar aandachts- en competentiegebied valt. Voor deze problemen verwijst ze de zorgvrager door naar de betreffende disciplines. Onder dit taak gebied vallen de volgende kerntaken.

C1 Observeren en signaleren

De verpleegkundige observeert, analyseert en interpreteert behoeften van de zorgvrager die het uitgangspunt vormen voor de verpleegkundige zorgverlening. Deze observaties vinden plaats in het kader van haar eigen zorgverlening en in het kader van de zorgverlening van andere disciplines. Daarnaast heeft de verpleegkundige een rol in het signaleren van gezondheidsbedreigende factoren.

C2 Verzorgen

Onder verzorgen wordt verstaan het geheel of gedeeltelijk overnemen van de zorg die de zorgvrager anders zelf zou hebben uitgeoefend om in zijn persoonlijk functioneren te kunnen voorzien. Deze basiszorg omvat onder ander persoonlijke verzorging, zorg voor opname van voeding en vocht, voor de uitscheiding, de mobiliteit, de ademhaling, de temperatuur, de circulatie het slaap- waakritme en de directe leefomgeving.

C3 Begeleiden

Bij begeleiden gaat de verpleegkundige in eerste instantie uit van een ondersteunende benadering. In bepaalde situaties is deze echter niet toereikend. De verpleegkundige zal dan overgaan tot sturende begeleiding. Dit is afhankelijk van de aard van de problemen, de gemoedstoestand en de verstandelijke condities van de zorgvrager. Bij sturing ligt het initiatief vooral bij de verpleegkundige. Zij richt zich op het vergroten van de onafhankelijkheid en de zelfcontrole van de zorgvrager. Daarbij streeft zij naar groei en ontplooiën van de zorgvrager.

C4 Verpleegtechnisch handelen.

Verpleegtechnisch handelen is het uitvoeren van handelingen betreffende diagnostische en therapeutische werkzaamheden van de eigen en van andere disciplines. Hiermee wordt bedoeld op zowel voorbehouden handelingen, als op overige handelingen en verrichtingen die niet voorbehouden zijn maar wel risicovol.

C5 Informeren en adviseren

De verpleegkundige richt zich op het bevorderen van kennis en inzicht van de zorgvrager, waardoor het eigen vermogen van de zorgvrager wordt vergroot. Informatie is algemeen van aard en kan gaan over het uitvoeren van onderzoek en behandeling, de rechten en plichten van de zorgvrager, de functie en de deskundigheid van andere disciplines. Bij adviseren gaat het om deskundige suggesties en raad vanuit een individueel gerichte vraag.

C6 Preventie en voorlichting geven.

Bij preventie gaat het om het signaleren en voorkomen, dan wel het in een zo vroeg mogelijk stadium aanpakken van gezondheids- en of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en de gevolgen hiervan, ter voorkoming van erger. Bij voorlichting gaat het om informatieverschaffing over specifieke onderwerpen om problemen te voorkomen en goede leefgewoonten te bevorderen, zowel groeps- als individueel gericht.

C7 Coördineren.

Coördineren is het op elkaar afstemmen van de verschillende vormen van zorg rond de zorgvrager. Hiervoor is overleg nodig met eigen en andere disciplines. De coördinatie is ook gericht op het bewaken van de continuïteit van de verpleegkundige zorg. Rapporteren en overdracht zijn hiervoor belangrijke vereisten.

D. Evalueren van de zorg

De evaluatie heeft zowel betrekking op het verpleegproces als op het totale zorgproces. Bij de evaluatie binnen het verpleegproces gaat het vooral om het beoordelen van het effect van de verpleegkundige zorg en om de samenwerking met de zorgvrager. Het evalueren van het totale zorgproces heeft met name betrekking op de kwaliteit (zoals efficiëntie en effectiviteit) van de zorgverlening, de samenwerking met andere disciplines en de tevredenheid van de zorgvrager over de organisatie van de zorg.

(Leistra, E. e.a., P. 22-30)

3. Normeren.

In deze stap worden criteria vastgesteld die aangeven waarneer het doel bereikt is. Door middel van het opstellen van criteria wordt de wenselijke situatie beschreven. Een criterium is een kenmerk of maatstaf op grond waarvan beoordeling plaats vindt. Het is een aspect waaraan wordt verondersteld dat het iets zegt van de kwaliteit van zorg. Criteria geven aan waarneer het doel bereikt is. Drie soorten criteria kunnen worden onderscheiden volgens Donabedian:

1. Structuuraspecten: Wat is nodig om het doel te bereiken? (voorwaarden)
2. Procesaspecten: Wat moet gedaan worden om het doel te bereiken? (handelen)
3. Resultaataspecten: Wat moet exact bereikt worden? (product)

Voor het formuleren van de criteria is er gebruik gemaakt van de richtlijnen van diabetesfederatie (uitleg diabetesfederatie, zie bijlage V), algemeen eisenkader, het primaire proces van opname tot ontslag (verpleegkundige methodiek), wetenschappelijke literatuur en concept diabetes protocol van diabetesverpleegkundigen.

Structuuraspecten:

- De artsen, diabetesverpleegkundigen, diëtiste, voedingsassistenten en verpleegkundigen zijn tijdens kantooruren telefonisch te bereiken.
- De disciplines zijn aanwezig in het HagaZiekenhuis om in consult gebracht te worden.
- De verschillende disciplines staan open voor verandering en er is een open communicatie.
- De verschillende disciplines zorgen voor privacy en een rustige omgeving tijdens de voorlichting en behandeling van diabetes.
- De verschillende disciplines zijn voldoende op de hoogte van de behandeling en het ziektebeeld diabetes.
- Algemene regels voor de verpleging en verzorging van patiënten met diabetes mellitus staan systematisch geordend in standaard verpleegplannen en verpleegkundige protocollen zorggebonden handelingen (AEK)
- De afspraken over afstemming van de te leveren zorg en multidisciplinaire samenwerking wie, wat doet en wanneer vanuit welke expertise worden beschreven en nageleefd.
- Verschillende disciplines hebben afspraken over mondelinge rapportage en documentatie.
- Er zijn duidelijk afspraken over de vorm van communicatiemiddelen.
- De verschillende disciplines stellen zich beschikbaar op.

Procesaspecten:

- De verschillende disciplines worden voldoende op de hoogte gebracht van ons project doormiddel van de presentatie, deze zal plaats vinden aan het eind van het traject.
- Tijdens het onderzoeken van het project wordt er rekening gehouden met de normen van de NIAZ.

Verzamelen en interpreteren van gegevens.

- De verpleegkundige voert, binnen 24 uur, een anamnesegegesprek en legt de rapportage vast op het anamneseformulier. Dit gesprek bestaat uit het verzamelen, selecteren, interpreteren en controleren van de gegevens bij de patiënt. (AEK)
- De verschillende disciplines geven op eenduidige wijze informatie aan de patiënt omtrent het ziektebeeld.

Plannen van zorg:

- De arts legt een behandelingsschema vast.
- De verpleegkundige stelt, binnen 24 uur, aan de hand van de verpleegkundige diagnose(s) een individueel verpleegplan op door:
 - verpleegdoelen te formuleren
 - de gewenste resultaten van de verpleegkundige zorg te bepalen
 - de verpleegkundige interventies te kiezen
 - afspraken met andere disciplines in te plannen
 - evaluaties in te plannen
- De verpleegkundige verwerkt de gemaakte afspraken die samen met de verschillende disciplines zijn afgesproken in het verpleegkundig dossier (AEK)
- De verschillende disciplines overleggen zowel mondeling als schriftelijk met elkaar over de behandeling bij de patiënt.
- De taken van de verschillende disciplines staan op papier, zodat iedereen weet wat zijn taken zijn en uit welke expertise.

Uitvoeren van zorg:

- De verschillende disciplines zijn op de hoogte van het concept diabetesprotocol .
- De verschillende disciplines hanteren de onderlinge afspraken die volgens protocol zijn vastgelegd (zie bijlage diabetes protocol VI).
- De gemaakte afspraken worden door de verschillende disciplines mondeling teruggekoppeld. Bijvoorbeeld tijdens de visite.
- Tijdens de behandeling maken de verschillende disciplines gebruik van het communicatieformulier.
- De verschillende disciplines documenteren hun bevindingen op het communicatieformulier.
- De artsen zorgen ervoor dat de diabeteslijst duidelijk en leesbaar is voor de verpleegkundigen.
- De verpleegkundigen maken tijdens de opname gebruik van de injectietechniek schema, zodat zij op een eenduidige manier injecteren.
- De verschillende disciplines spelen in op de behoeftes van de patiënt en handelen als dit mogelijk is, hierna.

Evaluatie en rapportage:

- De verpleegkundige rapporteert de verkregen informatie schriftelijk in het verpleegkundig dossier, en registreert en administreert volgens het daartoe bestemde (geautomatiseerde) systeem.
- Indien er, behalve verpleegkundigen en arts, nog andere disciplines bij de behandeling betrokken zijn, is er wekelijks een multidisciplinair overleg met alle betrokken disciplines omtrent de behandeling.
- In het geplande multidisciplinaire overleg wordt met betrekking tot de patiënt aandacht besteed aan de volgende punten:
 - Rapportage van relevante gegevens
 - Evaluatie van de behandeling
 - Evaluatie over het psychosociaal welbevinden van de patiënt
 - Zo nodig bijstelling van het behandelplan/ verpleegplan
 - Zo nodig bijstelling van de afspraken aangaande de begeleiding
 - Afspraken over het aandeel in de behandeling/ zorg van elke discipline
- De verpleegkundige legt afspraken tot verandering in de verpleegkundige zorg en behandeling, die de arts of andere niet- verpleegkundige disciplines met de verpleging en patiënt overeenkomen, in het verpleegkundig dossier van de patiënt vast (AEK)

Coördinatie van zorg:

- De verpleegkundige stelt, wanneer het ontslag bekend is, de ontslagdatum vast in overleg met patiënt en andere disciplines
- De verpleegkundige maakt gebruik van de controlewerklijst bij ontslag of overplaatsing van de patiënt:
 - vermeldt welke activiteiten verricht moeten worden met betrekking tot het ontslag of overplaatsing, wanneer en door wie
 - parafeert wat gerealiseerd is
 - kijkt de dag voor ontslag/ overplaatsing en op de dag zelf de checklist na en treft maatregelen met betrekking tot de niet gerealiseerde acties (AEK).
- De verpleegkundige evalueert, middels evaluatiecriteria, de geboden zorg tijdens het verblijf van de patiënt en vraagt of de patiënt suggesties heeft voor verbetering van de kwaliteit van zorg (AEK)

Resultaataspecten:

- De aanbevelingen van ons onderzoek voldoen aan de normen van de NIAZ.
- Afspraken over afstemming van de te leveren zorg en multidisciplinaire samenwerking is duidelijk beschreven wie, wat doet en wanneer vanuit welke expertise.
- De kwaliteit van zorg omtrent de diabetespatiënt is verhoogd. Dit houdt in dat er verantwoorde diabeteszorg wordt gegeven, die tegemoet komt aan de reële wensen en behoeften van de patiënt en die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend.
- De samenwerking tussen verschillende disciplines is verbeterd, doordat de afspraken onderling beter zijn gecoördineerd.
- Er is eenduidige zorg rond diabetespatiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis, zodat de patiënt sneller goed geïnformeerd en geïnstrueerd met ontslag kan.

4. Meten.

Nadat nauwkeurig is omschreven hoe de wenselijke zorg- of hulpverlening eruit moet zien, worden gegevens verzameld over hoe op dit moment feitelijk gehandeld wordt.

Om te kunnen toetsen is het noodzakelijk eerst het werkelijk uitgevoerde handelen te registreren. De vraag die in deze stap centraal staat is: hoe worden gegevens over het werkelijk uitgevoerde handelen op een eenvoudige en doeltreffende wijze verkregen? Gegevens kunnen verkregen worden volgens schriftelijke vastlegging.

Bij iedere meting moet er een aantal basisvragen beantwoordt worden, om tot een afgewogen meetprocedure te komen:

- Waarom meten we?
- Wat moet gemeten worden?
- Hoe kan dat gemeten worden, wanneer en door wie?

Valide en betrouwbaar zijn meetinstrumenten wanneer daadwerkelijk gemeten wordt wat men wil weten en deze uitslag is hetzelfde op verschillende momenten, afgenomen door verschillende disciplines.

De eisen die aan het instrument worden gesteld voor het verzamelen van de gegevens zijn:

- Het instrument moet relevant zijn voor de gegevens die je wilt verzamelen.
- Het instrument mag niet teveel tijd vragen, van degene die ermee moeten werken.
- En het instrument mag niet bedreigend zijn voor degene die ermee te maken krijgen.

Er zijn verschillende methoden om gegevens te verzamelen. Tijdens dit project is gebruik gemaakt van een enquête voor beroepsbeoefenaars (verschillende disciplines) en patiëntenenquêtes. Door de verschillende disciplines te contacteren d.m.v. de enquête wordt er een breed scala aan inzichten en meningen verzameld. Om daarbij een vergelijk te kunnen maken krijgen alle disciplines dezelfde vragen voorgelegd. Deze vragen komen tot stand na uitgebreid literatuur onderzoek, waarbij een goed beeld ontstaat van het te onderzoeken werkgebied.

5. Toetsen en interpreteren.

Tijdens de stap toetsen en interpreteren worden de verzamelde gegevens uit de praktijk vergelijken met de opgestelde criteria. Als er verschil is tussen de wenselijke en werkelijk verleende zorg is het aanbrengen van veranderingen in het handelen noodzakelijk.

Het is de bedoeling dat er conclusies worden getrokken uit de verzamelde gegevens. Hiervoor moeten de werkelijk uitgevoerde handelingen met in de criteria geformuleerde wenselijke handelingen vergeleken worden, zodat kan worden nagegaan of het handelen inderdaad overeenkomt met de afgesproken criteria.

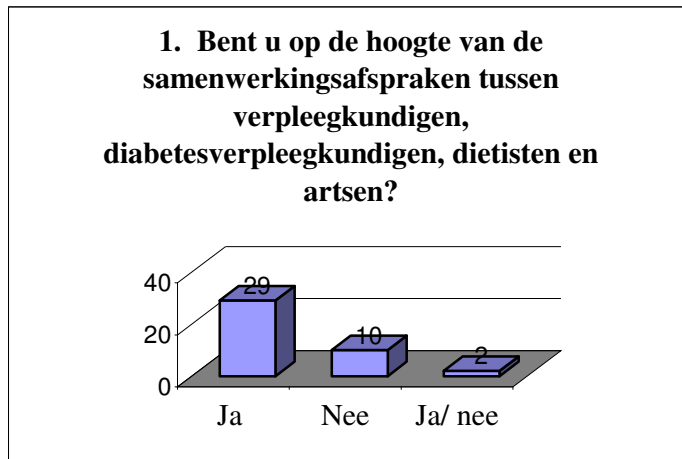
(Hollands, L e.a. (2004) P. 36- 37)

5.1. Verwerking enquêtes

In deze paragraaf worden de verzamelde gegevens per discipline en patiënten weergegeven in grafieken en hieruit worden conclusies getrokken.

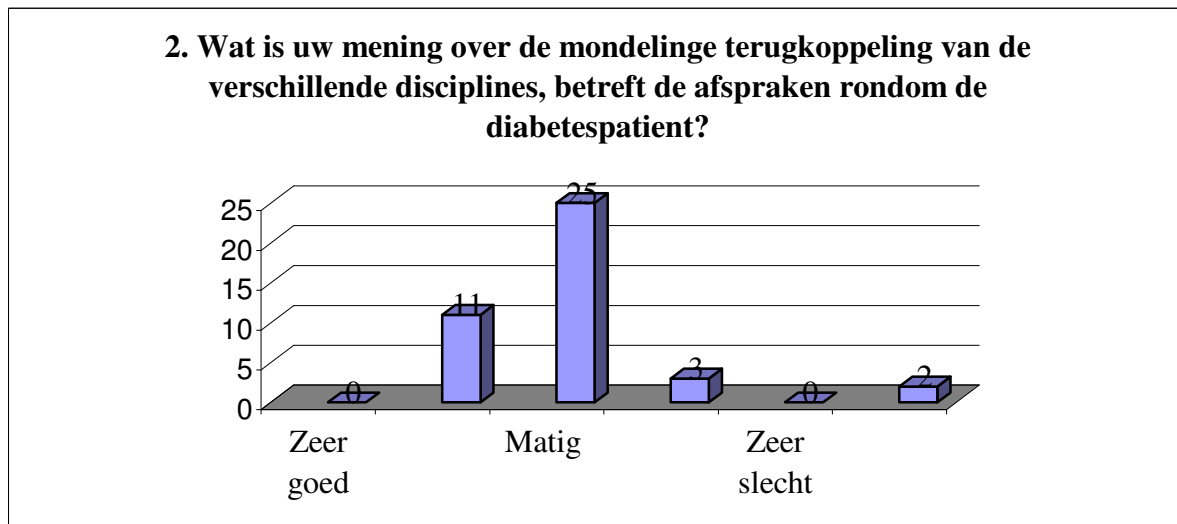
5.1.1 Verplegend personeel

Van de ongeveer zeventig uitgedeelde enquêtes bij het verplegend personeel van de afdelingen 15a, 12a en 12 b (verpleegkundigen, leerling verpleegkundigen en ziekenverzorgenden) zijn er éénneveertig enquêtes geretourneerd.



Opmerkingen:

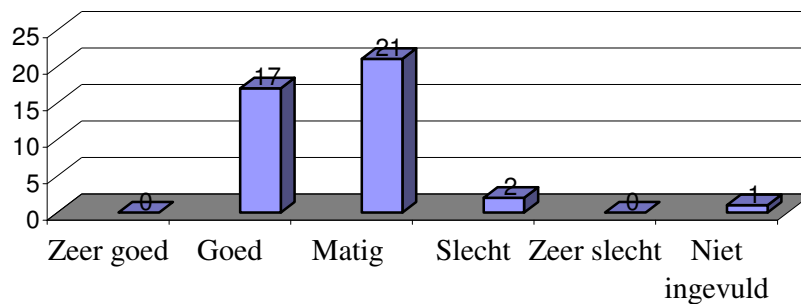
- Welke, ik ken alleen het communicatieformulier.



Opmerkingen:

- 2x goed m.b.t. de diabetesverpleegkundige.
- Arts en diëtiste matig.

3. Wat is uw mening over de schriftelijke terugkoppeling van verschillende disciplines, betreft de afspraken rondom de diabetespatiënt?



4. De huidige diabeteslijst is overzichtelijk en goed werkzaam.

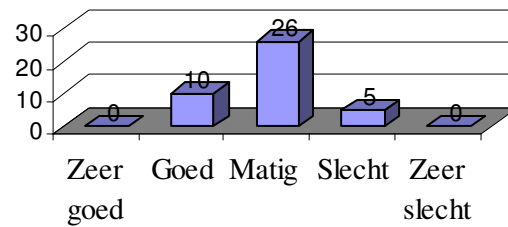
Ja omdat,

- De diabeteslijst is overzichtelijk. De dosering van de vorige dagen is goed te zien, mede de bloedsuikers. (bij een niet complexe patiënt): 3x
- Genoeg ruimte op de diabeteslijst: 2x
- Het is een kwestie van gewenning: 1x
- Het is goed dat het formulier Haga-breed is ingevoerd, dus er is 1 beleid: 1x

Nee omdat,

- Te weinig ruimte om de behoeftes op te schrijven. B.v. de hoeveelheid insuline en/of tabletten de patiënt gebruikt, de hoeveelheid dagcurves enz.: 22x
- Er is geen plaats om de thuismedicatie op te schrijven: 5x
- Onduidelijk wie de bloedsuiker controles uitvoert: 2x
- Onduidelijk wie de insuline spuit: 2x
- Onduidelijk of de patiënt het nog moet leren: 1x
- Het wordt onoverzichtelijk als de patiënt een perfusorpomp gebruikt: 3x
- Rommelig geheel door b.v. het krassen of door te veel informatie, dit maakt het onoverzichtelijk en onleesbaar: 9x
- De situatie en zorgvraag van de patiënt staat niet beschreven, zodoende is er geen gezamenlijk beleid: 2x
- Er zijn geen duidelijke scheidingslijnen zijn tussen dagen, dosering en tijden: 1x
- Tijden van bloedsuiker prikken en medicatie geven ontbreekt soms: 1x
- Er worden teveel afkortingen gebruikt: 2x
- De bladen liggen vaak los in de mappen: 2x
- De leerling-verpleegkundige wordt onvoldoende ingewerkt met de diabeteslijst: 1x
- Artsen vullen het onvolledig in, slechte doordosering: 3x

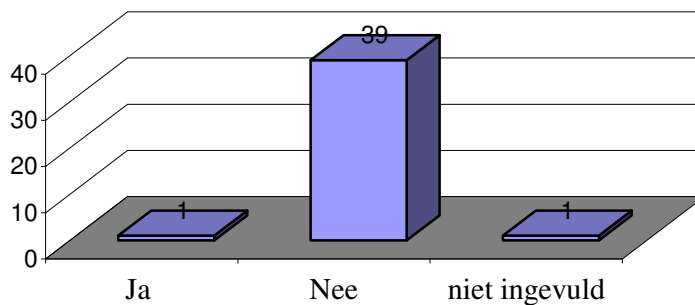
5. Het communicatieformulier wordt gebruikt om duidelijk naar voren te laten komen wat de onderlinge afspraken zijn van de verschillende disciplines. Hoe wordt het volgens u gebruikt?



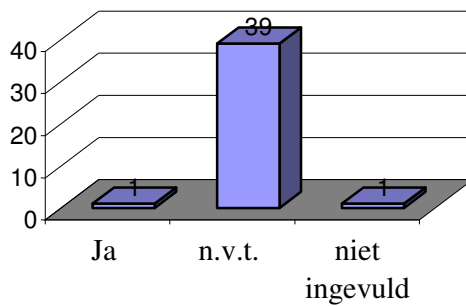
Opmerkingen:

- Eén van de verpleegkundigen geeft aan dat er bevordering in zit met het gebruik van het communicatieformulier.
- Jammer dat dit formulier ook voor familiegesprekken is daardoor wordt het onoverzichtelijk.
- Arts leest communicatieformulier niet.
- Diëtiste schrijft nog wel eens op afsprakenblad.

6. Bent u op de hoogte van het bestaan van de diabetespas? zo ja vul vraag 7 in.



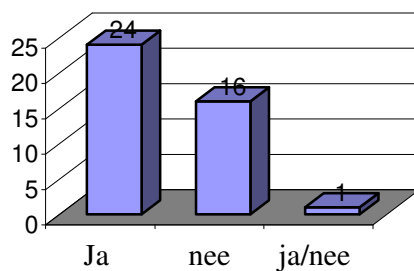
7. Het invoeren van de diabetespas zal ik een kwaliteitsverbetering vinden.



Opmerkingen:

- Omdat het merendeel bij vraag 6 aangeeft de diabetespas niet te kennen, is het antwoord n.v.t. van toepassing.

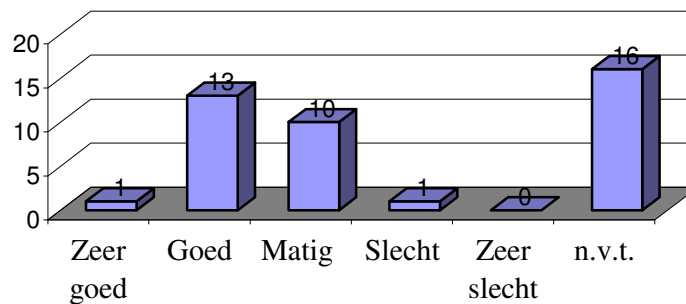
8. Bent u op de hoogte van de diabetesprotocollen in het HagaZiekenhuis? Zo ja vul vraag 9 in.



Opmerkingen:

- Middels de presentatie van M.Boogaard.
- Internisten zijn bezig met een nieuw protocol.

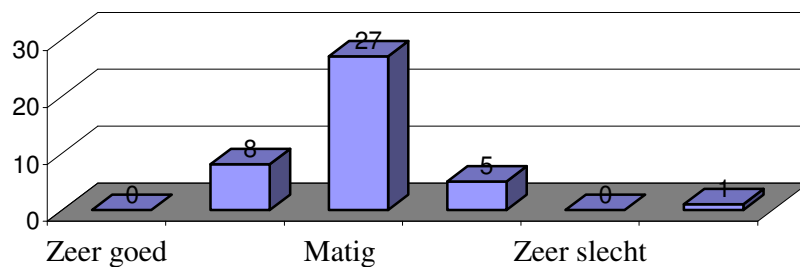
9. Hoe denkt u over de protocollen in het HagaZiekenhuis, locatie Leyenburg omtrent de diabetespatiënt?



Opmerkingen:

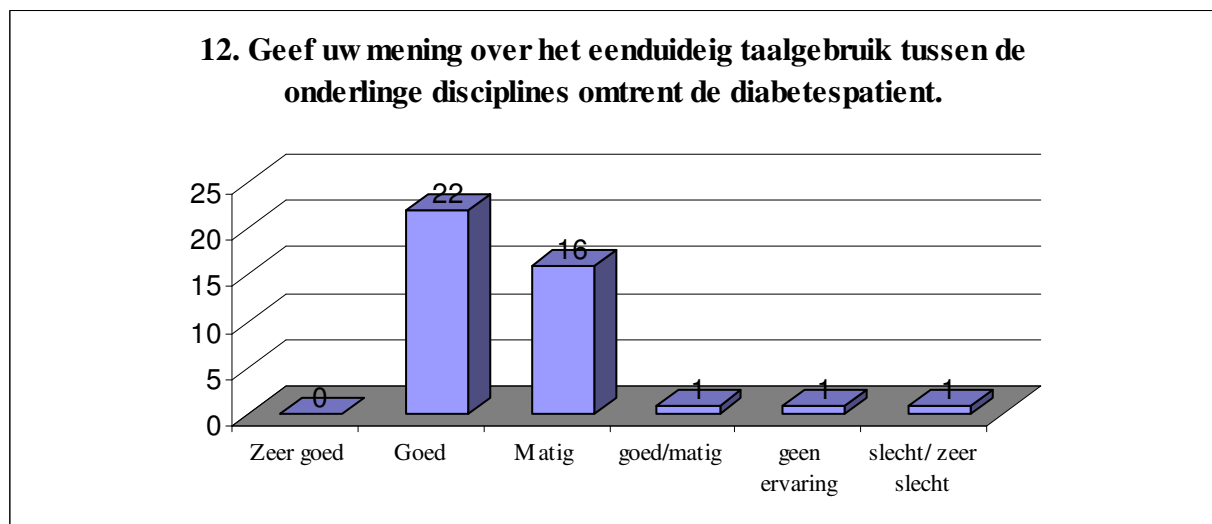
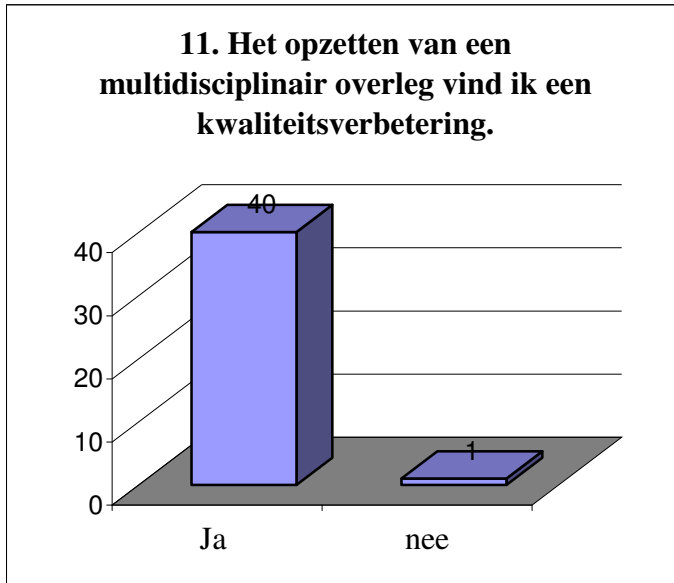
- Niet al het personeel is op de hoogte van de protocollen, daarom is er in de grafiek 'n.v.t.' opgenomen.

10. Wat vindt u van de wijze waarop de observaties, interventies, afspraken en uitspraken worden gedocumenteerd?



Opmerkingen:

- 1x matig: m.b.t. nieuwe diabetes: insuline injecteren.
- Eén verpleegkundige vraagt zich af of artsen wel met diabetesverpleegkundigen en diëtiste overleggen.



Opmerkingen:

- Voor verpleegkundige i.p geen probleem. Voor patiënt kan het taalgebruik soms lastig zijn. Zeker bij onervaren nieuwe diabeet. Deze krijgt er een hele nieuwe vocabulair bij.

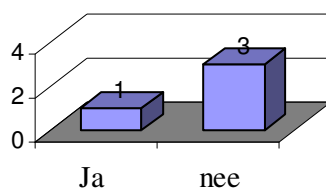
13. Ziet u met betrekking tot de multidisciplinaire samenwerking rondom de diabetespatiënt verbetermogelijkheden. Zo ja welke?

- Zelfscholing: 1x
- Een eenduidig beleid tussen de verschillende disciplines: 7x
- Vaker de diabetesverpleegkundige en diëtiste in consult brengen: 4x
- Elkaar feedback geven op de gemaakte afspraken: 1x
- Er moet duidelijkheid komen wie welke taken uitvoert per discipline (werkafspraken): 3x
- En betere communicatie/ verslaglegging zowel mondeling als schriftelijk tussen verschillende disciplines: 12x
- Vaste tijd en datum van overleg tussen verschillende disciplines: 1x
- Zoveel mogelijk dezelfde diëtiste per afdeling en patiënt i.v.m continuïteit: 1x
- Uitwisselen van eventuele nieuwe ontwikkelingen: 1x
- Het doordoseren duurt te lang en is onleesbaar. Artsen kijken nauwelijks naar de thuismedicatie en / of er wordt niet ver genoeg doorgedoseerd: 5x
- Het laboratorium belt afwijkende bloedsuikers te laat door naar de afdeling: 1x
- Multidisciplinair overleg voor diabetespatiënten: 9x
- Betere zorg op maat bieden en kwaliteit verbeteren: 2x
- De diabetesverpleegkundige zou het advies en / of observaties zelf in de groene status moeten rapporteren: 1x
- De voorlichting van de diëtiste zou beter kunnen: 1x
- Een informatiefolder voor de patiënt over het leren van insuline spuiten: 1x
- Onduidelijkheid wie de bloedsuikercontrole uitvoert en hoe vaak, soms prikt het lab overbodig omdat de patiënt zelf kan prikken: 1x
- De afspraken en behandelingen zouden beter naar de patiënt teruggekoppeld kunnen worden: 1x
- Protocollen schrijven en aanpassen rondom de diabetespatiënt: 1x
- De diabeteslijst moet worden aangepast: 8x

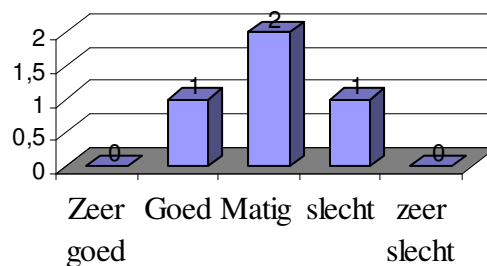
5.1.2 Arts- assistenten

Van de zes uitgedeelde enquêtes bij de arts- assistenten van de afdelingen 15a,12a en 12 b zijn er vier enquêtes geretourneerd.

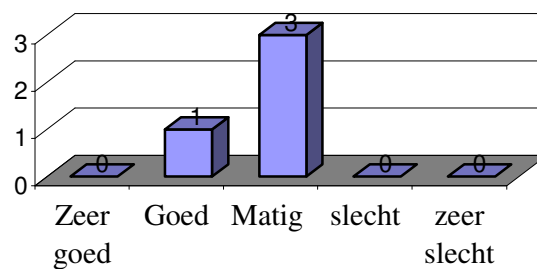
1. Bent op de hoogte van de samenwerkingsafspraken tussen verpleegkundigen, diabetesverpleegkundigen, dietisten en artsen?



2. Wat is uw mening over de mondelinge terugkoppeling van de verschillende disciplines, betreft de afspraken rondom de diabetespatiënt?



3. Wat is uw mening over de schriftelijke terugkoppeling van verschillende disciplines, betreft de afspraken rondom de diabetespatiënt?



4. De huidige diabeteslijst is overzichtelijk en goed werkzaam,

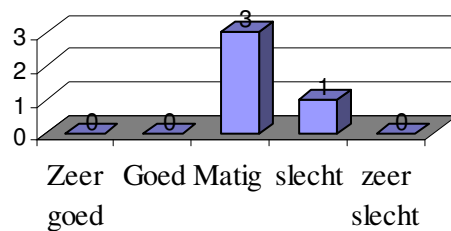
Ja omdat,

-

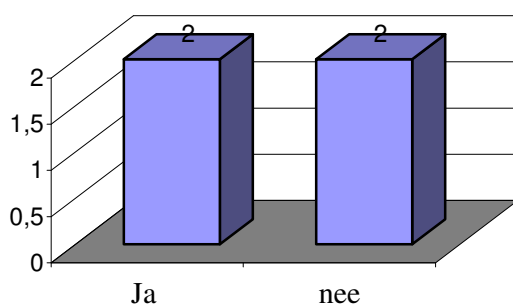
Nee omdat,

- Wellicht voorgedrukte tijden aan toevoegen en 1 à 2 regels per dag.
- Ruimte maken voor streefglucose + ruimte bovenaan voor thuismedicatie+ hba1c.
- Te weinig ruimte voor ontregelde diabetes, juist daar is overzicht nodig, maar het wordt een rommeltje. 2x
- Zelfs orale medicatie moet steeds doorgedoseerd worden, terwijl dat niet nodig is.

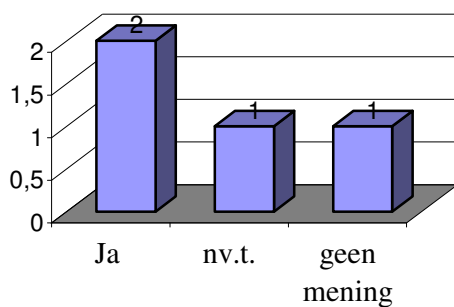
5. Het communicatieformulier wordt gebruikt duidelijk naar voren te laten komen wat de onderlinge afspraken zijn van de verschillende disciplines. Hoe wordt dit volgens u gebruikt?



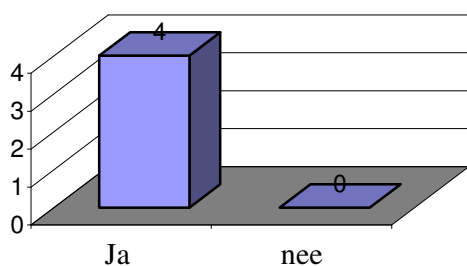
6. Bent u op de hoogte van het bestaan van de diabetespas? Zo ja vul vraag 7 in.



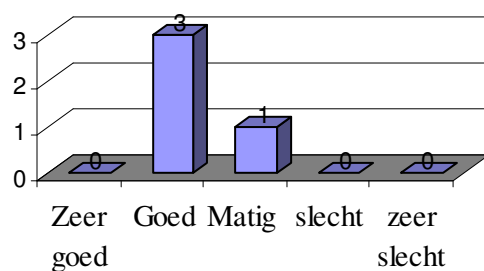
7. Het invoeren van de diabetespas zal ik een kwaliteitverbetering vinden



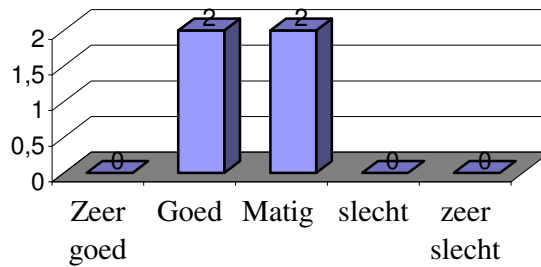
8. Bent u op de hoogte van de diabetesprotocollen in het HagaZiekenhuis? zo ja vul vraag 9 in.



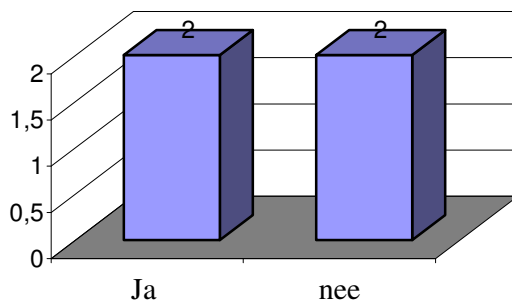
9. Hoe denkt u over de protocollen in het HagaZiekenhuis, locatie Leyenburg omtrent de diabetespatient?



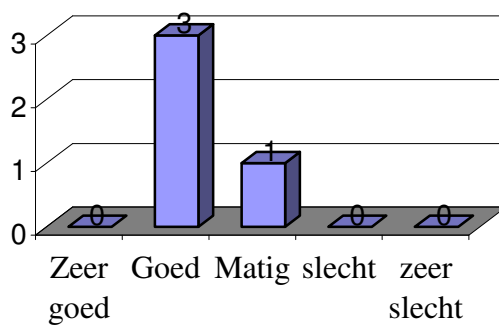
10. Wat vindt u van de wijze waarop de observaties, interventies, afspraken en uitspraken worden gedocumenteerd?



11. Het opzetten van een multidisciplinair overleg vind ik een kwaliteitsverbetering.



12. Geef uw mening over het eenduidig taalgebruik tussen de onderlinge disciplines, omtrent de diabetespatient.

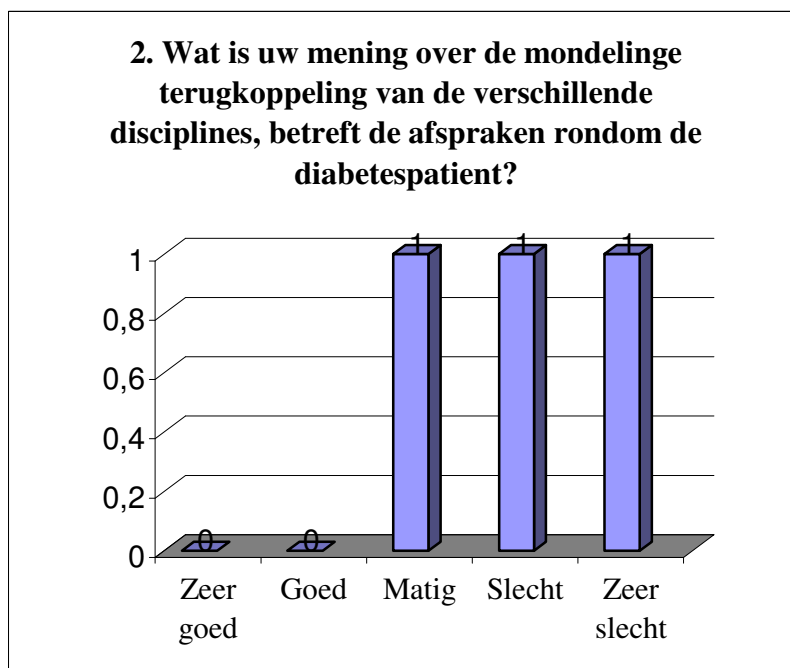
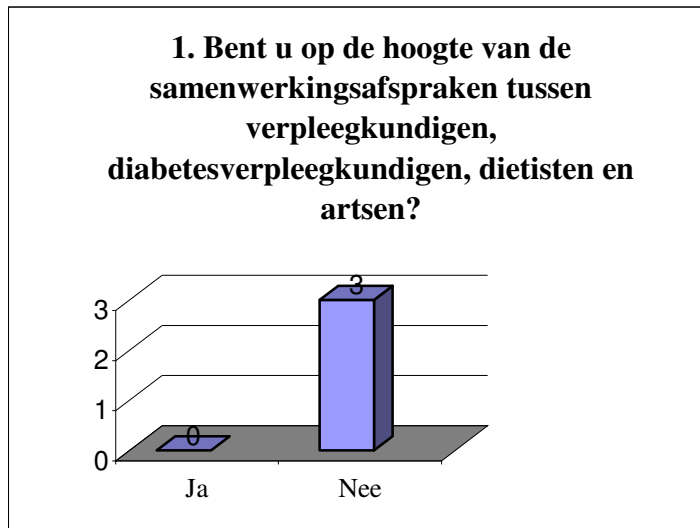


13. Ziet u met betrekking tot de multidisciplinaire samenwerking rondom de diabetespatiënt verbetermogelijkheden. Zo ja welke?

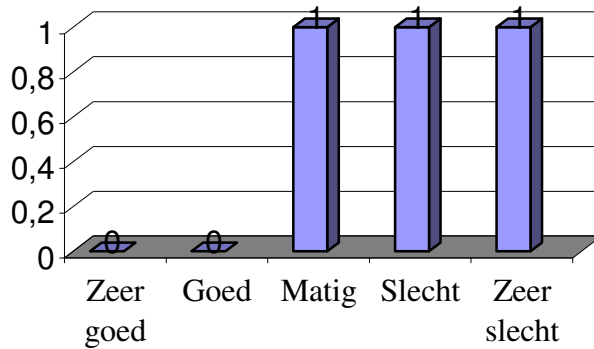
- Alle diabeteszorg door één verpleegkundige per dienst laten doen en laten communiceren door diegene.
- Invoeren insulinepomp protocollen.
- Stoppen met doordoseren als patiënt vaste medicatie inneemt of spuit.
- Terugkoppeling m.b.t. insulinedoseringen en glucose.
- Uitleg met betrekking tot soorten insuline en werking.
- Niet alleen glucoses of insulines schrijven in diabeteslijst, maar ook bevindingen van diëtiste en diabetesverpleegkundige, liefst direct na consult. Of in artsenstatus?

5.1.3 Diëtisten

Van de drie uitgedeelde enquêtes bij de diëtisten, die zijn verbonden aan de afdelingen 15a, 12a en 12b zijn er drie enquêtes geretourneerd.



3. Wat is uw mening over de schriftelijke terugkoppeling van de verschillende disciplines, betreft de afspraken rondom de diabetespatiënt?



4. De huidige diabeteslijst is overzichtelijk en goed werkzaam,

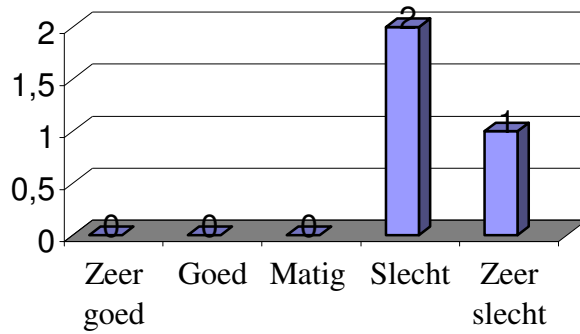
Ja omdat,

- De bloedglucose lijsten en medicatie zijn wel overzichtelijk.

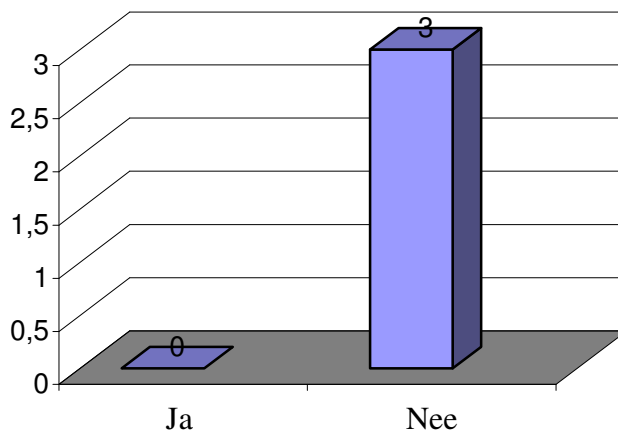
Nee omdat,

- Niet duidelijk wat er met diabeteslijst bedoeld wordt.
- Er soms verschil bestaat tussen medicatie op de diabeteslijst en de verpleegkundige status.
- Er wordt vaak gekrast.
- Niet goed leesbaar ingevuld.
- Afspraken glucose meten onduidelijk (wanneer en hoe vaak).
- Diabeteslijst moeilijk te vinden.
- Lijst wordt wisselend ingevuld.

5. Het communicatieformulier wordt gebruikt om duidelijk naar voren te laten komen wat de onderlinge afspraken zijn van de verschillende disciplines. Hoe wordt dit volgens u gebruikt?

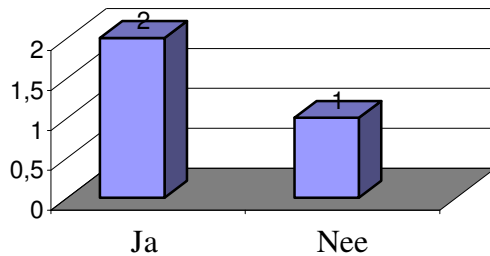


6. Bent u op de hoogte van het bestaan van de diabetespas?



7. Het invoeren van de diabetespas zal ik een kwaliteitsverbetering vinden.
Niet van toepassing, omdat men niet op de hoogte is van de diabetespas.

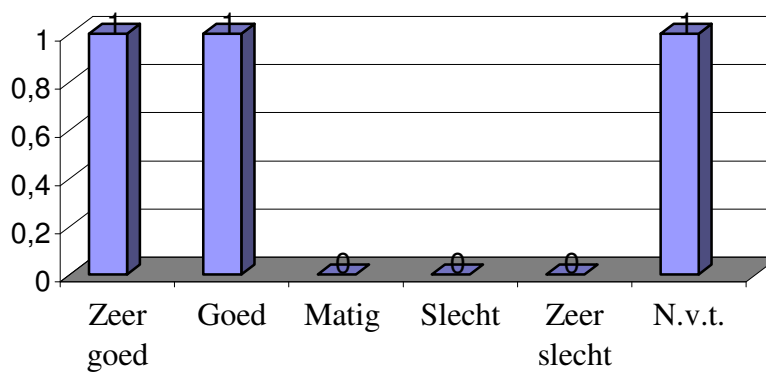
8. Bent u op de hoogte van de diabetesprotocollen in het Haga-ziekenhuis?



Opmerkingen:

- Door 1 diëtiste aangegeven dat zij alleen op de hoogte is van dieet protocollen.

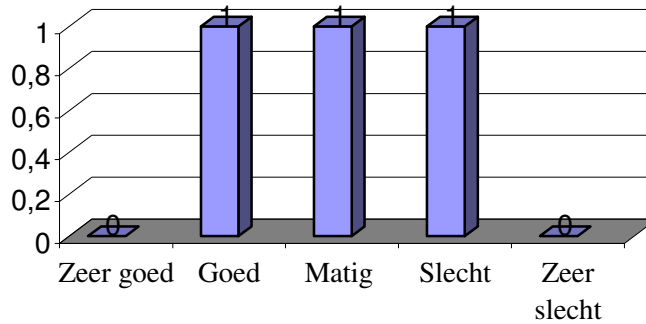
9. Hoe denkt u over de protocollen in het HagaZiekenhuis, locatie Leyenburg omtrent de diabetespatient?



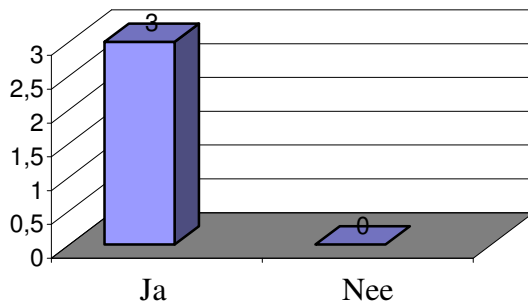
Opmerkingen:

- Door 1 diëtiste aangegeven dat zij alleen op de hoogte is van dieet protocollen.

10. Wat vindt u van de wijze waarop observaties, interventies, afspraken en uitspraken worden gedocumenteerd?



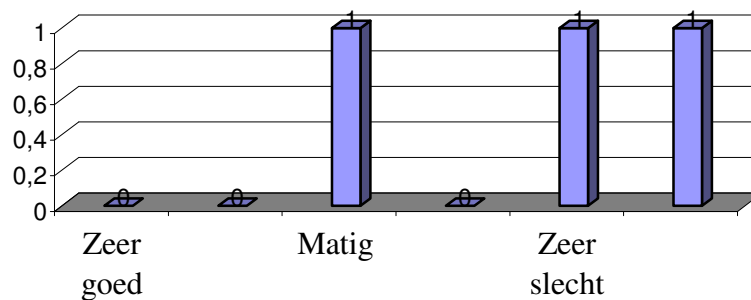
11. Het opzetten van een multidisciplinair overleg vind ik een kwaliteitsverbetering.



Opmerkingen:

- Alleen als dit MDO poliklinisch vervolg heeft.

12. Geef uw mening over het eenduidig taalgebruik tussen de onderlinge disciplines omtrent de diabetespatient?



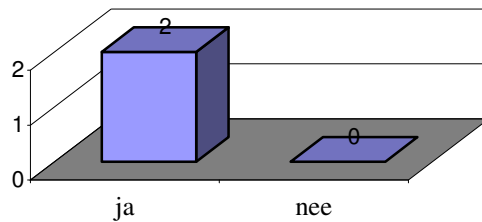
13. Ziet u met betrekking tot de multidisciplinaire samenwerking, rondom de diabetespatiënt verbetermogelijkheden. Zo ja welke?

- Multidisciplinair overleg.
- Opzetten van een diabetespolikliniek.
- Verbetering onderlinge communicatie.
- Er is een lange weg te gaan, met name poliklinisch veel te bereiken met onderlinge samenwerking.
- Meer gestructureerd (mondeling) overleg.
- Meer gestructureerd (schriftelijk) overleg, bijvoorbeeld een multidisciplinaire checklist.
- Poliklinisch dienen er veel dingen worden verbeterd. Hierdoor zal de zorg klinisch ook deels verbeteren (bijvoorbeeld als patiënten beter worden doorverwezen naar diëtist en diabetesverpleegkundige en als er gestructureerd overleg is).

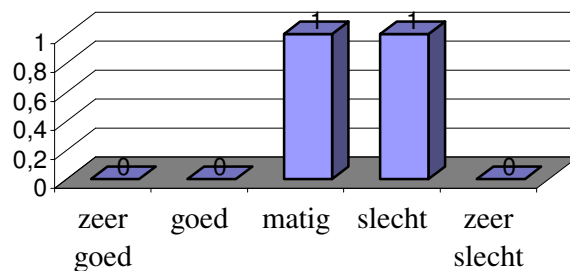
5.1.4 Diabetesverpleegkundigen

Van de vier uitgedeelde enquêtes bij de diabetesverpleegkundigen, zijn er twee enquêtes geretourneerd.

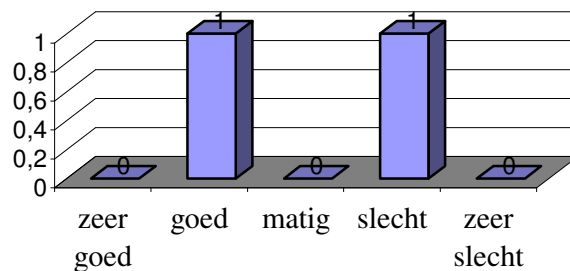
1. Bent u op de hoogte van de samenwerkingsafspraken tussen verpleegkundigen, diabetesverpleegkundigen, dietisten en artsen?



2. Wat is uw mening over de mondelinge terugkoppeling van de verschillende disciplines, betreft de afspraken rondom de diabetespatient?



3. Wat is uw mening over de schriftelijke terugkoppeling van verschillende disciplines, betreft de afspraken rondom de diabetespatient?



4. De huidige diabeteslijst is overzichtelijk en goed werkzaam.

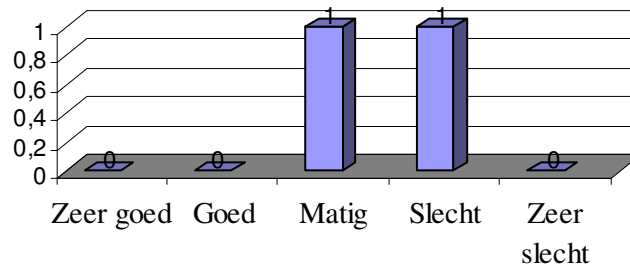
Ja omdat,

-

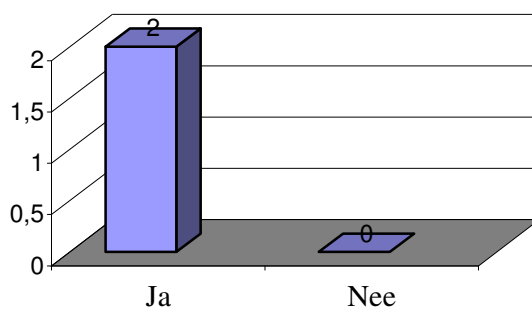
Nee omdat,

- Te weinig ruimte voor bijzonderheden van allerlei aard.
- Voor noteren glucosewaarden die extra gecontroleerd worden te weinig ruimte.
- Regels te kort en onduidelijk.
- Aftekenen van medicatie gebeurt niet goed.
- Medicijnkaartje (recept) wordt vaak niet gecontroleerd.

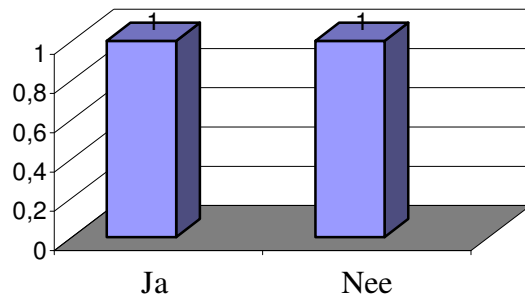
5. Het communicatieformulier wordt gebruikt om duidelijk naar voren te laten komen wat de onderlinge afspraken zijn van de verschillende disciplines. Hoe wordt dit volgens u gebruikt?



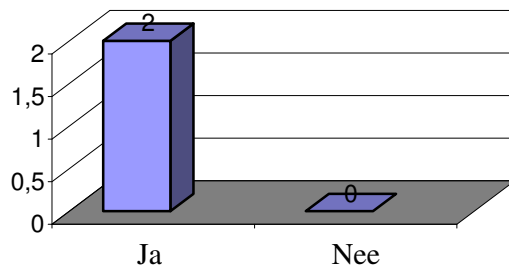
6. Bent u op de hoogte van het bestaan van de diabetespas? Zo ja, vul vraag 7 in.



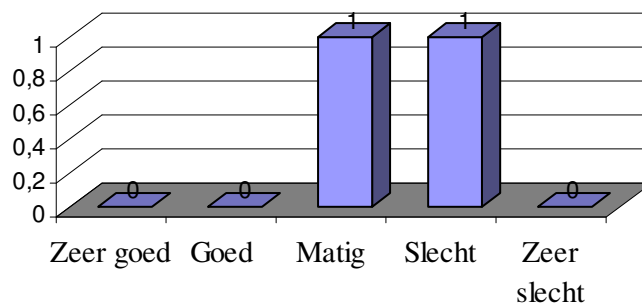
7. Het invoeren van de diabetespas zal ik een kwaliteitsverbetering vinden.



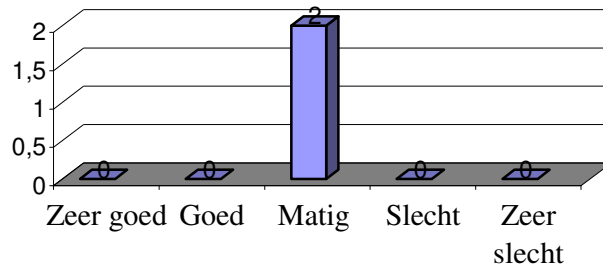
8. Bent u op de hoogte van de diabetesprotocollen in het HagaZiekenhuis? Zo ja, vul vraag 9 in.



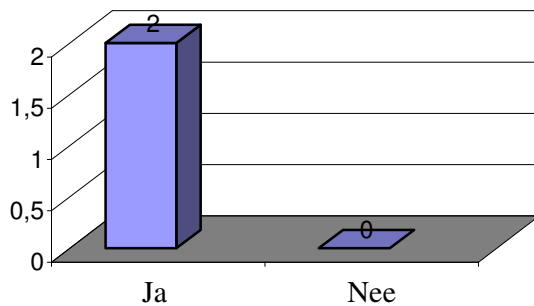
9. Hoe denkt u over de protocollen in het HagaZiekenhuis, locatie Leyenburg omtrent de diabetespatient?



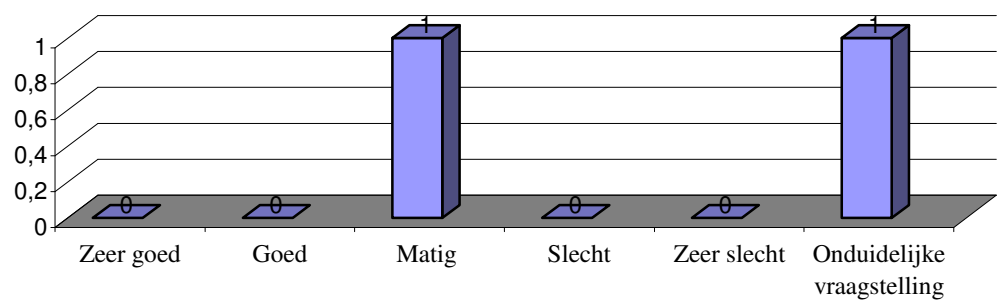
10. Wat vindt u van de wijze waarop de observaties, interventies, afspraken en uitspraken worden gedocumenteerd?



11. Het opzetten van een multidisciplinair overleg vind ik een kwaliteitsverbetering.



12. Geef uw mening over het eenduidig taalgebruik tussen de onderlinge disciplines omtrent de diabetespatiënt?

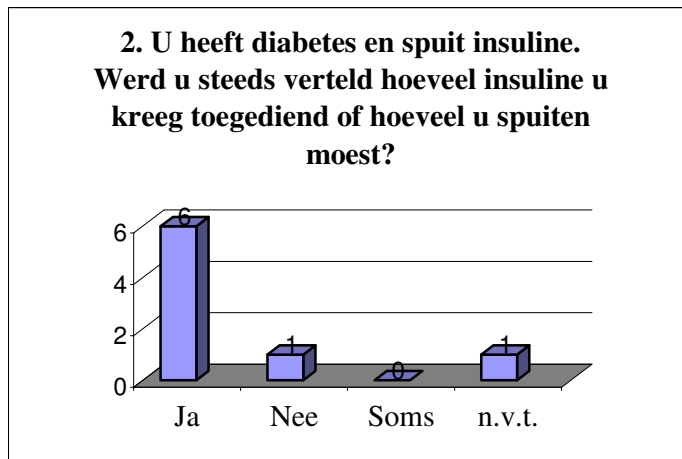
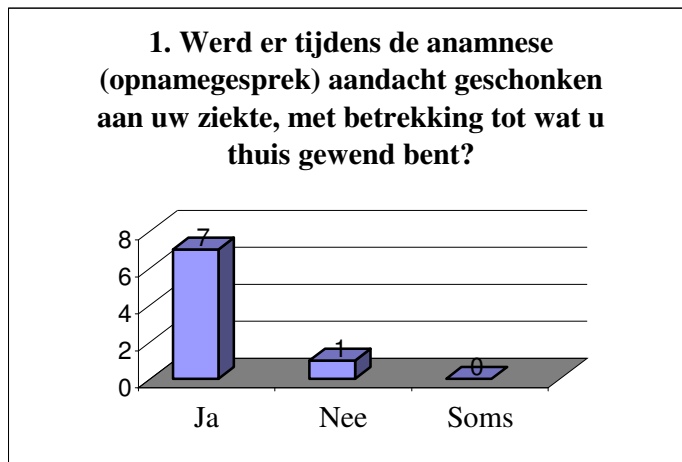


13. Ziet u met betrekking tot de multidisciplinaire samenwerking rondom de diabetespatiënt verbetermogelijkheden. Zo ja, welke?

- De diabetesverpleegkundige is de spil van de zorg, zij/ hij moet bij alle veranderingen betrokken worden, dit gebeurt te weinig. Voorbeeld: opzet voetenpoli zonder dat diabetesverpleegkundigen er in gekend is, pas toen alles geregeld was kregen wij een uitnodiging.
- Eenduidigheid over ieder zijn inzichten en uitleg bespreken.
- Van elkaar weten welke informatie er gegeven wordt.
- ‘Probleempatiënten’ direct met elkaar bespreken en daarna duidelijk afspraken kunnen maken. Voor de patiënt duidelijk, kan dan niet meer onder de gemaakte afspraken uit. Zodat je met alle disciplines op één lijn zit.
- Alleen patiënten bespreken met multiple problemen, niet zomaar iedere patiënt bespreken tijdens een multidisciplinair probleem.

5.1.5. Patiënten

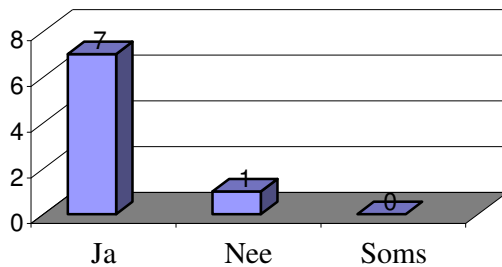
Van de acht uitgedeelde enquêtes bij de patiënten, zijn er acht geretourneerd.



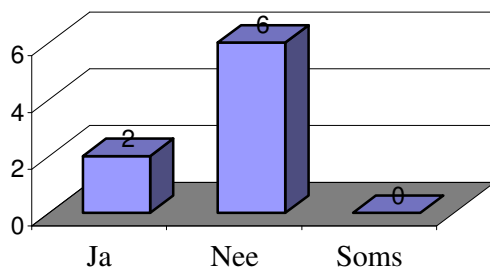
Opmerkingen:

- Eenmaal is nee ingevuld, maar deze patiënt spuit vaste hoeveelheden.
- Eenmaal is niet van toepassing ingevuld, omdat de patiënt net gearriveerd is.

3. Werd er naar u geluisterd wanneer u een opmerking maakte over de hoeveelheid insuline?



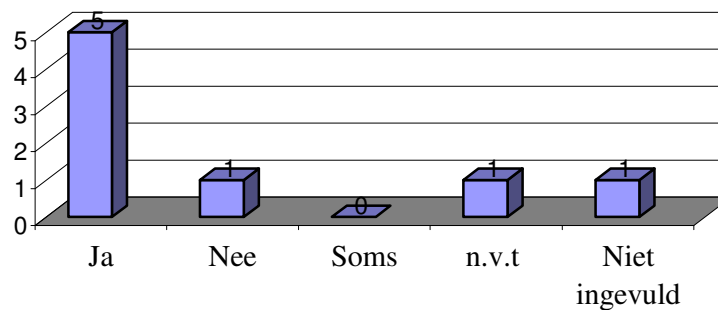
4. Kreeg u tijdens deze opname vaak eten of drinken aangeboden, dat u thuis niet neemt omdat u diabetes heeft?



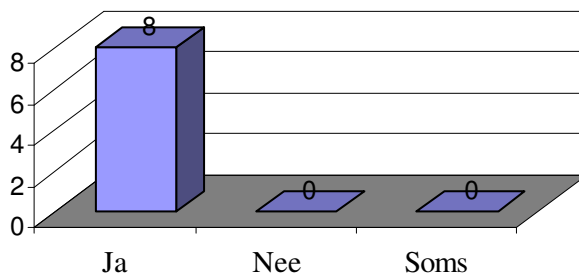
Opmerkingen:

- Eén patiënt krijgt bijvoorbeeld jam enzovoorts aangeboden, wat zij thuis niet eet.

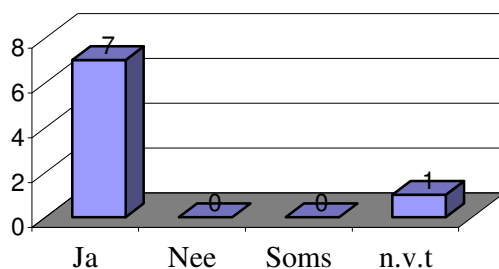
5. Werd er naar u geluisterd wanneer u een opmerking maakte over het eten?



6. Heeft u de indruk dat de verpleegkundigen tijdens deze opname voldoende aandacht hebben gegeven aan uw diabetes?



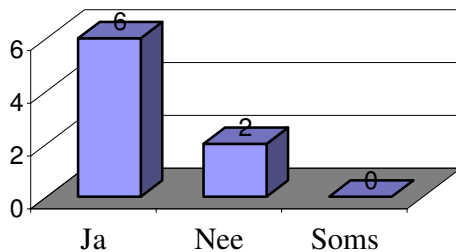
7. Heeft u de indruk dat de artsen voldoende aandacht schenken aan uw diabetes?



Opmerkingen:

- Eenmaal is niet van toepassing ingevuld, omdat de patiënt net gearriveerd is.

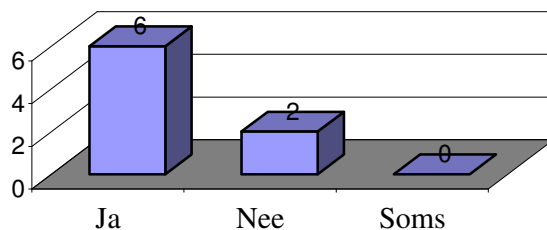
8. Werd er tijdens deze opname hetzelfde materiaal gebruikt (denk aan insulinepen, injectienaald en insuline) dat u thuis ook gewend bent te gebruiken?



Opmerkingen:

- Eén patiënt gebruikt thuis wisselampullen. In het ziekenhuis verkrijgt patiënt wegwerppennen. Deze vindt patiënt lastig in te drukken (zwaar).
- Eén patiënt gebruikt thuis grotere naalden.

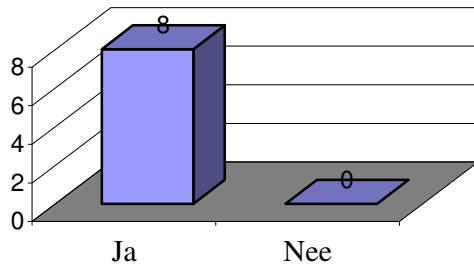
9. Werd er tijdens deze opname op dezelfde manier met het materiaal omgegaan (denk aan injectietechniek en injectieplaats) als u dat thuis gewend bent te doen?



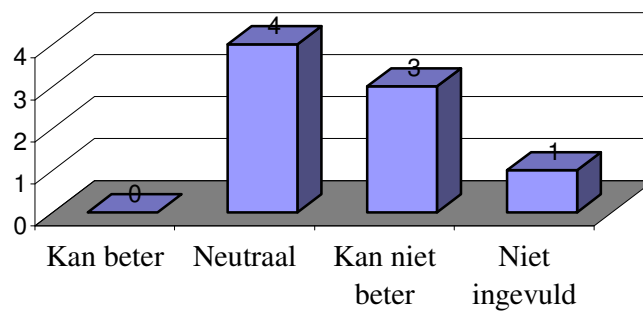
Opmerkingen:

- Eenmaal is nee ingevuld, de patiënt spuit echter zelfstandig.

10. Bent u tevreden over de manier waarop tijdens deze ziekenhuisopname met uw diabetes is omgegaan?



11. Denkt u dat de zorg voor mensen met diabetes in het Haga Ziekenhuis nog beter kan?



Toelichtingen en opmerkingen:

- Meer uitleg naar familieleden toe.
- Het aanbieden van een diabetesverpleegkundige. Mevrouw heeft 25 jaar diabetes en is nog nooit bij een diëtiste of diabetesverpleegkundige geweest.

5.2 Conclusies.

5.2.1 Verplegend personeel

Het merendeel van het verplegend personeel is op de hoogte van de samenwerkingsafspraken tussen de verschillende disciplines omtrent de diabetespatiënt. Deze samenwerkingafspraken staan beschreven in protocollen. Ze zijn te vinden op het intranet, tevens is er op iedere interne afdeling een concept diabetes informatiemap met samenwerkingsafspraken te vinden.

Het overgrote deel van het personeel zijn op de hoogte van de protocollen. Uit het onderzoek is gebleken dat het personeel op 12b, vergeleken met de andere twee afdelingen minder op de hoogte zijn van de protocollen. Diegene die op de hoogte zijn van de protocollen (de helft van geretourneerde enquêtes) vinden de kwaliteit goed tot matig.

De mondelinge en schriftelijke terugkoppeling tussen verschillende disciplines is matig. Daarbij is een klein percentage die de terugkoppeling als goed ervaren.

Uit onderzoek is gebleken dat de huidige diabeteslijst onoverzichtelijk en rommelig is. Er is onvoldoende ruimte voor bijvoorbeeld de standen van de perfusorpompen. De persoonlijke gegevens van de diabetespatiënt staan niet goed beschreven onder andere de thuismedicatie, wie de medicatie toedient en wie en wanneer de bloedsuikercontrole uitvoert. Tevens is hier geen ruimte voor.

Als er bij complexe patiënten frequent bloedsuikercontrole uitgevoerd moet worden, is er onvoldoende ruimte om dit te noteren.

Het verplegend personeel vindt dat het doordoseren van artsen te lang duurt en het is vaak onleesbaar, door o.a. afkortingen en gekras. Daarnaast kijken artsen nauwelijks naar de thuismedicatie of er wordt niet ver genoeg doorgedoseerd.

Het gebruik van het communicatieformulier wordt volgens het verplegend personeel matig gebruikt. Tevens is er opgevallen dat de diëtiste soms hun bevindingen rapporteren op het afsprakenblad, in plaats van het communicatieformulier.

Eén van de recente ontwikkelingen omtrent diabetes is de diabetespas. Opvallend is dat veertig personen niet op de hoogte zijn van deze ontwikkeling. Slechts één persoon is op de hoogte, zij vindt dit echter een kwaliteitsverbetering.

Het verplegend personeel vindt dat de observaties, interventies en afspraken matig gedocumenteerd worden. Eén verpleegkundige vraagt zich af of de artsen met de diëtisten en diabetesverpleegkundigen overleggen.

Veertig personen vinden het opzetten van een multidisciplinair overleg een kwaliteitsverbetering voor de coördinatie en continuïteit rondom de diabetespatiënt.

Men is tamelijk tevreden over het eenduidige taalgebruik tussen de verschillende disciplines.

Als laatste gaf het personeel aan dat er een eenduidig beleid moet komen rondom de zorg en er wordt aangegeven dat de diëtiste en diabetesverpleegkundige vaker in consult moeten worden gebracht.

5.2.2 Arts-assistenten.

Uit het onderzoek is gebleken dat drie van de vier arts-assistenten niet op de hoogte zijn van de samenwerkingsafspraken. Daarentegen zijn ze allen op de hoogte van de protocollen. Dit is tegenstrijdig, omdat samenwerkingsafspraken in de protocollen staan. De arts-assistenten vinden de protocollen goed beschreven.

Zowel de mondelinge als schriftelijke terugkoppeling ervaren zij als matig.

De huidige diabeteslijst wordt door alle vier als onoverzichtelijk en niet werkzaam ervaren. Dit heeft de volgende redenen:

- Wellicht voorgedrukte tijden aan toevoegen en 1 a 2 regels per dag.
- Ruimte maken voor streefglucose + ruimte bovenaan voor thuismedicatie+ hba1c.
- Te weinig ruimte voor ontregelde diabetes, juist daar is overzicht nodig, maar het wordt een rommeltje. 2x
- Zelfs orale medicatie moet steeds doorgedoseerd worden, terwijl dat niet nodig is.

Volgens de arts-assistenten wordt er matig tot slecht gebruik gemaakt van het communicatieformulier.

Er zijn twee arts-assistenten op de hoogte van de diabetespas. Beiden vinden het een kwaliteitsverbetering. Één heeft geen mening en bij de ander is het niet van toepassing.

De observaties, intervisies en afspraken die gedocumenteerd worden vinden ze goed tot matig.

Uit het onderzoek is gebleken dat niet alle arts-assistenten behoefte hebben aan een multidisciplinair overleg. Twee van de vier vinden het een kwaliteitsverbetering.

Als laatste geven de artsen de volgende verbeteringspunten aan: dat één verpleegkundige per dienst met de diabetespatiënten bezig houdt. Stoppen met doordoseren als patiënt vaste medicatie gebruikt.

5.2.3 Diëtisten

Als eerste komt duidelijk naar voren dat de drie diëtisten op de hoogte zijn van de samenwerkingsafspraken. Zij zijn op de hoogte van de protocollen waar de samenwerkingsafspraken staan beschreven. Echter geeft één van de diëtisten aan alleen op de hoogte te zijn van de dieetprotocollen. Deze worden als goed beschouwen.

Zowel de mondelinge als schriftelijke terugkoppeling wordt als slecht tot zeer slecht ervaren.

De diëtisten geven aan dat de huidige diabeteslijst niet werkzaam en onoverzichtelijk is. Het is niet goed leesbaar, er wordt ingekrast. Tevens valt hun op dat de recepten in het verpleegkundigdossier afwijken van de medicatie op de diabeteslijst.

Het communicatieformulier wordt volgens hen slecht tot zeer slecht gebruikt. Opvallend is dat geen van hen op de hoogte zijn van de recente ontwikkeling: de diabetespas.

Allerdrie de diëtisten vinden het een kwaliteitsverbetering als er een multidisciplinair overleg plaats zal vinden.(mits het poliklinisch vervolg heeft) Het eenduidig taalgebruik ervaren zij als slecht.

Als laatste geven de diëtisten aan dat zij het erg belangrijk vinden dat de nazorg verbeterd wordt. De onderlinge samenwerking tussen de verschillende disciplines moet verbeterd worden, zodat de kwaliteit van zorg wordt verbeterd.

5.2.4 Diabetesverpleegkundigen.

De diabetesverpleegkundigen vinden dat de mondelinge terugkoppeling verbeterd moet worden. Ze zijn op de hoogte van de samenwerkingsafspraken en van de protocollen, echter vinden ze de kwaliteit hiervan matig tot slecht.

De diabeteslijst is onoverzichtelijk en niet werkzaam volgens de diabetesverpleegkundig.

Zij geven aan dat het communicatieformulier matig tot slecht wordt gebruikt. Het tegenstrijdige hiervan is dat de diabetesverpleegkundigen en diëtisten zelf gebruik behoren te maken. Dit kan echter komen doordat het formulier ontbreekt of verkeerd zit in het verpleegkundigdossier.

Beiden zijn op de hoogte van de diabetespas, één van hen vindt dit een kwaliteitsverbetering.

Het multidisciplinair overleg vinden ze beiden een kwaliteitsverbetering, omdat complexe patiënten gelijk besproken kunnen worden, zodat alle disciplines op één lijn komen te zitten.

Als laatste geven ze aan dat ze te weinig of te laat bij de zorg betrokken worden.

5.2.5 Patiënten

Uit het onderzoek is gebleken dat de patiënt zelf positief is over de kwaliteit van zorg in het HagaZiekenhuis. Dit heeft betrekking op de verschillende disciplines. Één patiënt gaf aan dat zij nog nooit een diabetesverpleegkundige en diëtiste heeft gezien, terwijl zij al vijftientig jaar diabetes heeft.

De belangrijkste conclusies:

- Zevenenveertig van de vijftig geënquêteerden geeft aan het opzetten van multidisciplinair overleg een kwaliteitsverbetering te vinden voor de coördinatie en continuïteit rondom de diabetespatiënt.
- Eén van de recente ontwikkelingen omtrent diabetes is de diabetespas. Opvallend is dat maar vijf van de geënquêteerden op de hoogte is van deze nieuwe ontwikkeling.
- Er is veel commentaar op de huidige diabeteslijst, dit is een lijst waar de bloedsuikers en het medicatiebeleid diabetesmedicatie op genoteerd staat. Er is onvoldoende ruimte. De persoonlijke gegevens van de diabetespatiënt staan niet goed beschreven onder andere de thuismedicatie, wie de medicatie toedient en door wie en wanneer de bloedsuikercontrole uitgevoerd moet worden. Het verplegend personeel vindt dat het doordoseren van artsen te lang duurt en het is vaak onleesbaar, door o.a. afkortingen en gekras. De artsen vinden het vervelend dat zij dagelijks de orale anti-diabetica door moeten doseren, terwijl patiënt altijd hetzelfde gebruikt en stabiel in de bloedsuikers is. Het merendeel van de ondervraagden vindt dat het communicatiemiddel, de diabeteslijst verbeterd kan worden.
- Eén derde van de geënquêteerden is niet op de hoogte van de samenwerkingsafspraken tussen de verschillende disciplines, zij zijn ook niet op de hoogte van de bestaande protocollen rondom diabetes.

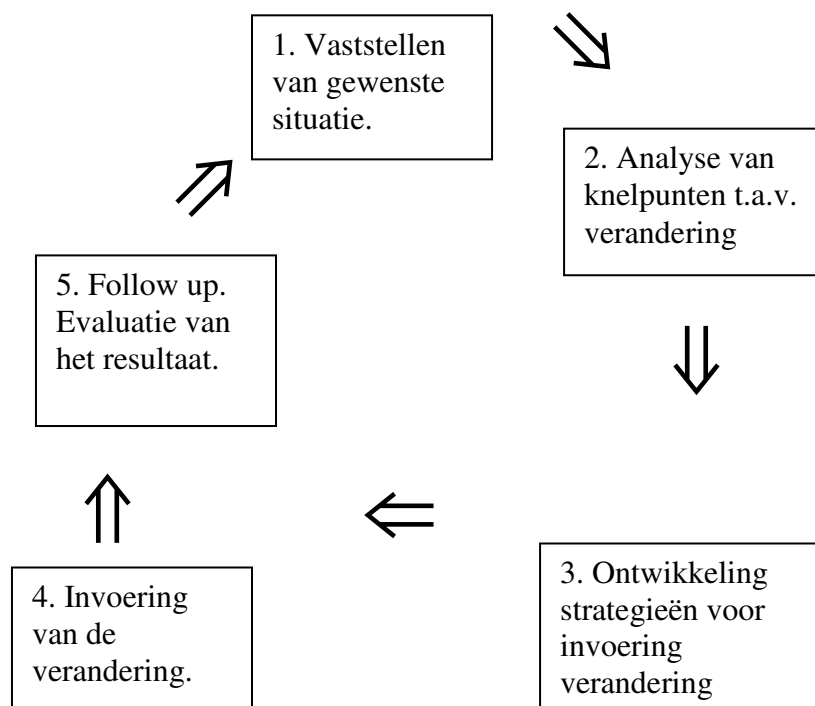
Uit het onderzoek is gebleken dat de patiënt zelf positief is over de kwaliteit van zorg in het HagaZiekenhuis. Er zijn acht patiënten enquêtes geretourneerd.

6. Veranderen en evaluatie van veranderingen.

Deze laatste stap is essentieel in kwaliteitszorg. In deze stap worden veranderingen doorgevoerd die noodzakelijk zijn voor verbetering van de zorg. Veranderen vormt de meest complexe stap in kwaliteitsbevordering. Een proces van verandering gaat gewoonlijk in een aantal stappen: (implementatiecyclus van Grol)

1. Het identificeren van barrières om tot verandering te komen. De belemmeringen en problemen bij het invoeren van veranderingen liggen meestal op verschillende terreinen.
2. Het kiezen van geschikte en effectieve maatregelen om deze problemen op te lossen en de verandering te realiseren. Er zijn verschillende methoden om de kwaliteit van zorg te verbeteren en het handelen van beroepsbeoefenaren te veranderen. Hoewel verschillende methoden apart soms niet voldoende zijn om de gewenste verandering te realiseren, zijn ze in combinatie wel vaak effectief.
3. Het ontwikkelen van een duidelijk plan of strategie voor het invoeren van een verandering.
4. Het invoeren van de verandering en de evaluatie van de resultaten: is de verandering ook werkelijk tot stand gekomen?

(Hollands, L e.a. (2004) P. 38-42)



Uit de enquêtes zijn meerdere conclusies getrokken. Vanuit deze conclusies worden aanbevelingen geschreven. Deze zijn aanbevolen aan het verplegend personeel rondom de diabetes patiënt van de afdelingen 12A, 12B en 15A, de interne artsen, de daarbij behorende disciplines diabetes verpleegkundigen, diëtisten en de diabetes patiënten. De aanbevelingen zullen worden geschreven via de implementatiecyclus. De meest opvallende conclusie wordt in een implementatiecyclus beschreven, daarna worden andere belangrijke aanbevelingen beschreven. Het belangrijkste punt is het ontwikkelen van een diabetesteam.

Implementatiecyclus:

1. Vaststellen van gewenste situatie.

Om goede resultaten te bereiken, dient men een eenduidig beleid te hebben rondom de primaire zorg van de diabetespatiënt.

De algemene principes zijn hiervoor van toepassing:

Men richt een diabetes team op (hoe dit tot stand komt staat in de implementatiecyclus beschreven) met vertegenwoordigers van artsen, diëtisten, diabetesverpleegkundige en vertegenwoordigers van het klinisch laboratorium. Het verplegende personeel dient hier tevens bij aanwezig te zijn. Dit zullen de verpleegkundigen zijn die op de afdelingen in de diabetescommissie zitten. Zij zijn het aanspreekpunt over diabetes op de desbetreffende afdeling. Op de afdelingen 15a en 12a is dit al ontwikkeld, voor de afdeling 12b is het opstarten hiervan een aanbeveling. De diabetescommissie is verantwoordelijk voor de implementatie van vernieuwingen/ veranderingen die voortvloeien uit de bijeenkomsten van het diabetes team en de opleiding van hun collega's.

Het doel van het diabetes team is de inbreng van de afzonderlijke leden in het educatieproces zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen, waardoor de patiënt een ondubbelzinnige benadering geboden kan worden. Het diabetes team moet de drijvende kracht zijn achter het volledige diabetesbeleid van het ziekenhuis.

Tijdens de bijeenkomsten zullen alle bovengenoemde disciplines aanwezig zijn. Hierbij komen problemen naar voren die betrekking hebben op de kwaliteit rondom de diabetespatiënten. Deze knelpunten worden hierin besproken. De interventies die hieruit voortvloeien, om de knelpunten te verhelpen, worden onderverdeeld tussen de leden. Tijdens de volgende bijeenkomst wordt de stand van zaken besproken. Op deze manier creëer je een eenduidig beleid.

Belangrijke argumenten om het diabetes team in te voeren zijn de betere medische resultaten, de kortere opnameduur, de grote tevredenheid van de patiënt en het verplegend personeel (dat een houvast krijgt voor een moeilijk en wederkerend probleem) en een betere relatie met de eerste lijn.

(Heine, R.J. (2004) P. 121- 128)

2. Analyse van knelpunten t.a.v. verandering.

- Gezien het een grootschalig project is, zal er veel overtuigingskracht nodig zijn tegenover collega's en ziekenhuisdirectie.
- Personeel is niet op de hoogte en heeft geen inzicht.
- Er is geen interesse met betrekking op het diabetes team.
- Personeel heeft weerstand tegenover veranderingen.

3. Ontwikkeling strategieën voor invoering verandering

Fasen	Activiteiten	Middelen	Tijdspad	Resultaat
Oriëntatie	Presentatie project.	Ruimte reserveren, beamer reserveren.	Week 43 zijn uitnodigingen verstuurd. 7 november 2006 vindt presentatie plaats.	Verschillende disciplines zijn geïnformeerd over het project.
Inzicht	Een notitie schrijven met bevindingen naar uitcoördinatoren van de interne afdelingen 12A,12B, 15A, diabetesverpleegkundigen, dr. Smit, diëtisten en vertegenwoordiger laboratorium.	Het schrijven van een notitie.	De notities worden in week 47 door M. Boogaard verstuurd	De doelgroep weet precies wat de nieuwe werkwijze inhoudt en wat er aan nieuw handelen verwacht wordt.
Acceptatie	Het organiseren van een bijeenkomst tussen de verschillende leden, waarin aanbeveling onderling besproken wordt.	Notitie schrijven, waarin datum, ruimte en tijdstip van evaluatie beschreven staat.	In december 2006 vind deze bijeenkomst plaats.	Aan de hand van de notitie nemen de verschillende leden tijdens de bijeenkomst een besluit over het wel of niet starten van een projectgroep. Het besluit wordt door G.Lohman teruggekoppeld naar M.Boogaard.
Verandering	Het implementeren van het diabetesteam(projectgroep). Taken leden worden verdeeld, voorzitter, enz. dit zal M.Boogaard doen naar aanleiding van het besluit. Leden gaan aan de slag met het aanpakken van de knelpunten.	Alle disciplines zijn vertegenwoordigd, ruimte reserveren, de verschillende taken tijdens een bijeenkomst onderverdelen (notulist, voorzitter). De taken van de disciplines worden besproken.	Het streven is dat in januari 2007 de eerste bijeenkomst van de projectgroep plaats vind.	Bijeenkomst heeft plaatsgevonden.
Behoud	De voorzitter zorgt ervoor dat er maandelijks een bijeenkomst plaatsvindt.	Organisatorische, financiële en structurele voorwaarden voor blijvende toepassing moeten worden vervuld	Elke maand vindt er een bijeenkomst plaats.	Kwaliteit van zorg wordt gewaarborgd rondom diabeteszorg.

4. Invoering van de verandering.

Invoering vindt plaats wanneer bovenstaand schema heeft plaatsgevonden.

5. Follow up. Evaluatie van het resultaat.

Na vier bijeenkomsten wordt geëvalueerd hoe de bijeenkomsten ervaren wordt door de verschillende disciplines. Er wordt bekeken of het diabetes team kwaliteit van zorg bevordert en behoudt.

Dit vindt plaats tijdens een bijeenkomst. Van te voren wordt er een agenda gemaakt.

Wanneer deze implementatiecyclus is doorlopen en positief ontvangen wordt, kan men aan de slag met de knelpunten die naar voren zijn gekomen tijdens het project. Dit zijn de overige aanbevelingen:

- Het invoeren van een diabeteskaart.

De diabeteskaart is bedoeld voor alle diabetici. Op de kaart vult de patiënt of eventueel de diabetesverpleegkundige, alle informatie over de diabetesregulering in. Bij opname neemt de patiënt zelf de kaart mee naar het ziekenhuis, zodat alle gegevens op de verpleegafdeling bekend zijn. Op de achterkant noteert de diëtist gegevens over de verstrekte voedingsinformatie

(artikel Jacqueline Putker).

De diabeteskaart heeft drie doelstellingen:

1. Informatie voor de patiënt.
2. Het zorgteam ondersteunen. De diabeteskaart is een instrument dat toelaat om samen met de patiënt therapiedoelen af te spreken, streefdoelen vast te stellen en de medicatie inname te controleren en te structureren.
3. De communicatie binnen het team verbeteren. Het is de bedoeling dat de patiënten de diabeteskaart meenemen wanneer zij een zorgverlener raadplegen. Op die manier zijn alle zorgverleners goed op de hoogte van de afgesproken behandel doelen, het medicatieschema en de gemaakte afspraken. Ook de patiënt wordt op die manier nauw betrokken bij de opvolging en behandeling.

Door het gebruik van de diabeteskaart is het zorgproces rondom de patiënt duidelijk. Door de diabeteskaart wordt de patiënt begeleid door een beter samenwerkend team. De kaart maakt de communicatie tussen de verschillende zorgverleners gemakkelijker.

(Pover, M. de (2004) P. 210- 211)

- De bestaande protocollen in het protocollenboek worden onder de aandacht gebracht van het personeel, ieder moet op de hoogte zijn van bestaande protocollen. Deze protocollen zijn nu nog een concept, waardoor ze verder ontwikkeld moeten worden.
- Geef de ziekenhuisopname door aan de diabetesverpleegkundige bij wie de patiënt onder behandeling is, zij zijn vaak niet op de hoogte.
- Wanneer de verpleging en / of het laboratorium de bloedglucose meet, is het belangrijk dat de patiënt aan het eind van de opname een overzicht van de waarden mee krijgt. Dit om de continuïteit te bewaken.
- Het is van belang dat de verpleegkundige op de hoogte is hoe vaak en wanneer de bloedglucose van de patiënt geprikt wordt. Hier worden duidelijke afspraken over gemaakt.

- Het ontwerpen van een klinisch pad, met daarin de taakverdeling, ieders verantwoordelijkheid, in welke gevallen schakel je de diabetesverpleegkundigen in en wie is daarvoor verantwoordelijk. Dit ook om de coördinatie en continuïteit te bewaken. Enkele voorbeelden van een klinisch pad kunnen zijn diabetes de novo en insulineresistentie.
(artikel Jacqueline Putker)
- Het aanbieden van diabetesscholing, gezien het kennistekort omtrent diabetes.
(artikel Jacqueline Putker)
- Het ontwikkelen van een nieuw formulier voor het noteren van bloedsuikerwaarden en het medicatiebeleid. Er moet genoeg ruimte zijn voor bloedsuikercontroles en wie deze prikt, ruimte voor het noteren van de pompstanden, ruimte voor het noteren van thuismedicatie, injectieplaats en wie injecteert. Er wordt een manier bedacht dat de artsen orale medicatie niet steeds opnieuw hoeven door te doseren.
- Het opzetten van multidisciplinair overleg.
De disciplines bespreken in een multidisciplinair overleg (MDO) wat de problemen van de patiënt zijn en welke doelen hiervoor opgesteld kunnen worden. Iedereen is dus op de hoogte van de punten waaraan gewerkt gaat worden en waarop de nadruk komt te liggen. De doelen van elke discipline worden periodiek geëvalueerd. Tijdens het MDO worden alleen complexe patiënten besproken. Dit om effectieve zorg te leveren. Het advies is om dit wekelijks te laten plaats vinden.

Om alle aanbevelingen in te voeren zijn de volgende algemene principes van toepassing:

- Men brengt de problemen in kaart en stelt prioriteiten vast. Het is immers onbegonnen werk om alles tegelijk aan te pakken. Het is beter om eerst één duidelijk omschreven project op te starten. Wanneer dit goed loopt, verlaagd dit de drempel om andere projecten te starten. Bovendien kan men zo expertise opbouwen en de opgedane ervaring gebruiken in het volgende project.
- Men zorgt voor opleiding en betrokkenheid van het personeel. Er kunnen op iedere afdeling twee verpleegkundigen als aanspreekpunt ten aanzien van diabetes worden aangewezen als deze er nog niet zijn.

Het opzetten van een dergelijk werkgroep vraagt heel wat om overtuigingskracht tegenover collega's en ziekenhuisdirectie. Belangrijke argumenten om het in te voeren zijn de betere medische resultaten, de kortere opnameduur, de grotere tevredenheid van de patiënt en het verplegend personeel (dat een houvast krijgt voor een moeilijk en steeds wederkerend probleem) en een betere relatie met de eerste lijn.

(Heine, R.J.(2004) P.122-123)

Bronnenlijst

Boeken:

- Braas, C. Couwelaar van, R. en Kat, J. (2001). Taaltopics, Rapporteren. Tweede druk. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Giebing, H. (1999) Kwaliteitsbewaking voor en door verpleegkundigen, een methode om de verpleegkundige beroepsuitoefening te toetsen. Tweede druk, tweede oplage. Leiden: Spruyt, van Mantgem en de Does bv.
- Heine, R.J. Tack, C.J. (2004). Handboek Diabetes Mellitus. Derde druk. Utrecht: De Tijdstroom.
- Jong de, J.H.J. Kerstens, J.A.M., Vermeulen, M.M. (2003) Handboek verpleegkundige. Eerste druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem.
- Hollands, L. Hendriks, L. Ariens, H. e.a. (2004). Elementen van kwaliteitszorg, begrippen en opvattingen over kwaliteitszorg. Vierde druk. Utrecht: Lemma BV.
- Houweling, S.T. Kleefstra, N. Verhoeven, S. e.a. (2004). Protocolaire diabeteszorg, Mogelijkheden voor taakdelegatie. Tweede druk.
- Koetsenruijter, R. Heide van der, W. en Wit, K. (2003). Reflectie, In de verpleegkundige beroepsuitoefening. Utrecht: Lemma BV.
- Leistra, E. Liefhebber, S. Geomini, M. Hens, H. (2004).Beroepsprofiel van de verpleegkundige. Eerste druk, vierde oplage. Elsevier gezondheidszorg/ LEVV
- Londen van, J. Grotendorst, A. Serge, P.M. (1996). Gekwalificeerd voor de toekomst, Eindrapport commissie kwalificatiestructuur. Eerste druk. Zoetermeer, Rijswijk.
- Pool, A. Pool-Tromp, C. Veltman-van Vugt, F. e.a. (2001). Met het oog op de toekomst, Beroepscompetenties van hbo-verpleegkundigen. Utrecht: NIZW.
- Schoemaker, E. Albersnagel, E. (2003). Regie van het primaire proces. Groningen / Houten: Wolters-Noordhoff b.v.
- Transferpunt vaardigheidsonderwijs. (2001). Coördinatie en continuïteit van zorg, skillslab- serie voor verpleegkundige beroepsvaardigheden. Eerste druk, eerste oplage. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verbeek, G. (2005). Het spel van kwaliteit en zorg. Vijfde druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Wouterlood, I. Rijen van, M. (1993). Diabetes mellitus type twee, werkafspraken in gezondheidscentra. Eerste druk. Eindhoven: Sansevieria.
- Pover, M, de. e.a. (2004). Multidisciplinaire aanpak van diabetes mellitus. Apeldoorn/Antwerpen: Garant uitgevers.
- Nederlandse Diabetes Federatie (2000). Richtlijnen en adviezen voor goede diabeteszorg. Maastricht: PlantijnCasterie.

Internet:

- www.diabetes.nl (20 Juli 2006)
- www.diabetes-slotervaart.nl (04-09-2006)
- www.diabetescentrum.nl (04-09-2006)
- <http://www.hulpguids.nl/wetten/wgbo.htm> (20 Juli 2006)
- www.niaz.nl (13 augustus 2006)

Artikel:

Putker, J. (2004) Nursing december

Bijlagen.

- I. Begrippenlijst
- II. Artikel Jacqueline Putker
- III. Methodische ziektebeeld omschrijving
- IV. Ontwikkelingen in vraag en aanbod van de gezondheidszorg
- V. Nederlandse Diabetes Federatie
- VI. Concept diabetesprotocol
- VII. Enquête personeel
- VIII. Enquête patiënten

I. Begrippenlijst.

- Algemeen Eisen Kader: een kwaliteitssysteem is voor ziekenhuis Leyenburg en haar medewerkers een middel om de kwaliteit te bewaken en verbeteren en maat tegelijkertijd aan patiënten, consumenten en verzekeraars, de overheid en andere beroepsorganisaties duidelijk op welke wijze dit wordt gedaan. Voor de verpleegkundige beroepsgroep vormt het AEK zo een kwaliteitssysteem. Het systeem is ontworpen door verpleegkundigen zelf.
(*Algemeen Eisen Kader, ziekenhuis Leyenburg*)
- Betrouwbaarheid: constantheid in wat je meet. Onder dezelfde omstandigheden dien je steeds dezelfde meetresultaten te vinden.
(*Stevens, 1997*)
- Communicatieformulier: dit formulier zit in het verpleegdossier van het HagaZiekenhuis. Op dit formulier schrijven de paramedici hun bevindingen en interventies.
- Controlewerklijst: dit is een werklijst waarop de interventies die tijdens een ontslag moeten worden uitgevoerd, staan beschreven.
- Corticosteroïden: bijnierschors hormonen.
(*Zakwoordenboek der geneeskunde, 2000*)
- Diabeteslijst: de lijst waarop de bloedsuikers en medicatiebeleid van de patiënten genoteerd staat.
- Dyslipidemie: veranderd gehalte aan vetten in het bloedserum.
(*Zakwoordenboek der geneeskunde, 2000*)
- Eerst verantwoordelijk verpleegkundige: het is een organisatievorm. Een belangrijk kenmerk van EVV schap is dat elke patiënt een eigen verpleegkundige of verzorgende krijgt toegewezen. Zij is verantwoordelijk voor de gehele zorg, van opname tot ontslag. Gedurende de tijden dat zij aanwezig is op de afdeling verzorgt zij de patiënt zelf en voor de tijden van afwezigheid regelt zij dat een ander de zorg op zich neemt.
(*Handboek verpleegkunde, 2003*)
- Evidenced Based: het baseren van besluitvorming vanuit wetenschappelijk onderzoek.
(*Schoot, Stevens, 2000*)
- Glycaemie: glucosegehalte van het bloed.
(*Zakwoordenboek der geneeskunde, 2000*)
- Hyperglycaemie: sterk verhoogt glucosegehalte van het bloed.
(*Zakwoordenboek der geneeskunde, 2000*)
- Hypertensie: verhoogde slagaderlijke bloeddruk.
(*Zakwoordenboek der geneeskunde, 2000*)
- Hypoglycaemie: te laag glucosegehalte van het bloed.
(*Zakwoordenboek der geneeskunde, 2000*)
- Intercollegiale toetsing: is een vorm van interne toetsing door de zorgverleners zelf op basis van door hen opgestelde criteria en is dus een middel om de kwaliteit van het professionele handelen te bevorderen. De essentie hiervan is, het beoordelen van werkelijkheid aan de hand van criteria, gevolgd door het aanbrengen van veranderingen die systematisch worden geëvalueerd.
(*Verbeek, 1993*).
- Morbiditeit: ziekte in een populatie.
(*Sassen, 2004*)

- Mortaliteit: doodsoorzaken.
(Sassen, 2004)
- Ontwerper: deze rol richt zich op veranderen, verbeteren van de zorginhoud, het zorgproces of procedures hiervoor. Innovatie en kwaliteitsverbetering staan centraal. De hbo verpleegkundige werkt op een pro-actieve wijze mee aan het verbeteren van de zorg. Zij maakt hierbij gebruik van informatie uit verschillende bronnen, wetenschappelijk onderzoek en literatuurstudie. Het ontwerpen kan specifiek beroepsinhoudelijk deel betreffen, maar kan ook gaan om de multidisciplinaire aanpak van een probleem.
(Clusterboek differentiatie, 2005-2006)
- Ortheses: hulpmiddel ter ondersteuning van een bepaalde motorische functie van een lichaamsdeel, meestal aangebracht en gedragen aan het lichaam.
(Zakwoordenboek der geneeskunde, 2000)
- Prevalentie: het totale aantal personen of bestaande ziektegevallen op een bepaald moment of in een bepaalde tijdsperiode.
(Sassen, 2004)
- Valide: eenvoudiggesteld: je meet wat je wilt meten.
(Stevens, 1997)
- Verpleegkundig methodiek: de methodiek van het primaire proces. Dit omvat:
 - Diagnosticeren.
 - De keuze van verpleegkundige resultaten.
 - De keuze van verpleegkundige interventies.
 - De uitvoering van verpleegkundige zorgverlener.
 - Evalueren van verpleegkundige zorg.
(Praktijkleerboek, 2004-2005)

II. Artikel Jacqueline Putker.

Diabeteszorg in het ziekenhuis, De patiënt weet het beter

Als diabetespatiënt zou je erop mogen vertrouwen dat je tijdens een ziekenhuisopname in goede handen bent. Toch blijkt de zorg voor deze patiënten op verpleegafdelingen voor verbetering vatbaar. Een probleem dat aanpak verdient, zeker nu diabetes vanwege de vergrijzing en ongezonde leefgewoontes aan een opmars is begonnen.

Diabetesverpleegkundige Bjorn de Vries stuurde Nursing onlangs een e-mail met als kop: 'Een ziekenhuisopname is voor mensen met diabetes vaak een griezelige of zelfs levensbedreigende gebeurtenis.' Hij schrijft: 'Regelmatig kom ik situaties tegen die geen reclame zijn voor de Nederlandse gezondheidszorg. Er wordt op klinische afdelingen van veel ziekenhuizen naar mijn mening te laks omgegaan met diabetespatiënten. In sommige gevallen worden patiënten echt aan hun lot overgelaten.

Je kunt niet zomaar zeggen dat jonge mensen hun ziekte goed hanteren en ouderen er meer moeite mee hebben.

Er zijn legio voorbeelden, waarvan sommige echt schrijnend.'

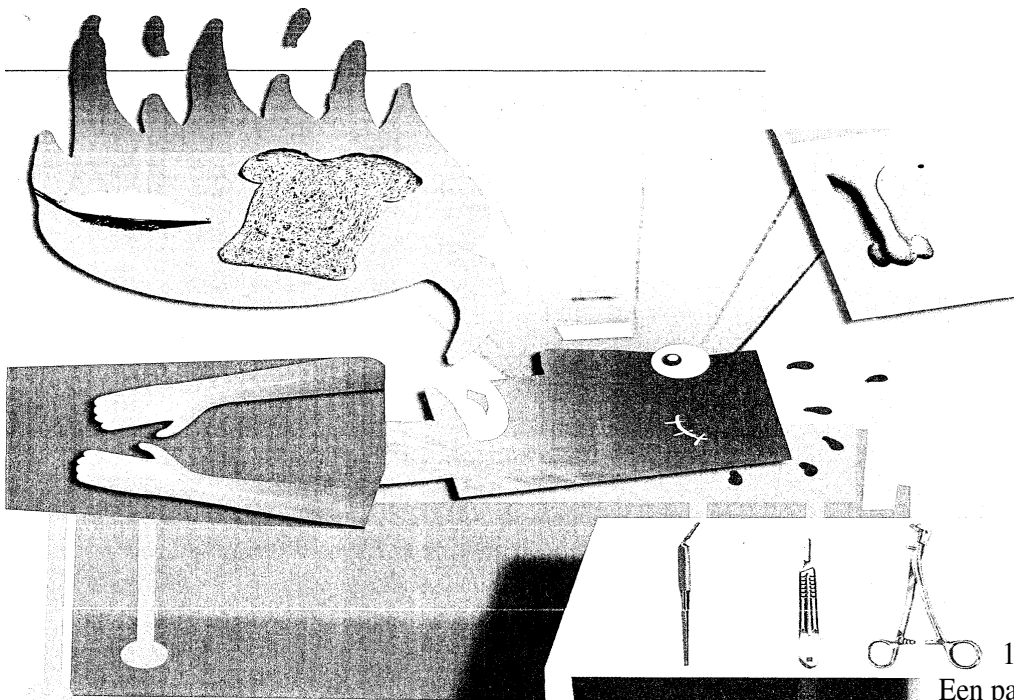
Bjorn, werkzaam in een ziekenhuis in de regio Rijnmond, staat niet alleen met zijn bevindingen. Vorig jaar luidde ook al de Diabetes Vereniging Nederland (DVN) de noodklok over de Nederlandse ziekenhuizen. In een artikel in het DVN-tijdschrift Diabc beschreven twee diabetespatiënten hun ervaring tijdens een opname. Ze raakten allebei ernstig ontregeld doordat de zorg tekort schoot. De DVN ontving na publicatie van dat artikel bijna honderd reacties van mensen met soortgelijke ervaringen. En dat zijn dan alleen de mensen die het artikel lazen én de moeite namen een reactie te schrijven. Het topje van de ijsberg dus. In zijn e-mail beschrijft Bjorn twee casussen. 'Deze zouden uit ieder ziekenhuis in Nederland afkomstig kunnen zijn', zegt Bjorn. 'De signalen van diabetesverpleegkundigen over dit onderwerp zijn unaniem. Ze noemen vergelijkbare casussen tijdens scholingen.'

Een patiënt krijgt tijdens zijn opname te horen dat hij diabetes heeft. Vervolgens geven de verpleegkundigen hem twee weken lang zijn insuline-injecties. Op de dag van ontslag bedenkt iemand dat deze patiënt misschien zelf moet leren injecteren en dat het misschien handig is als hij meer van diabetes af zou weten. De patiënt moet opeens met spoed naar de diabetesverpleegkundige voor uitleg en instructie. De andere casus: een patiënt die met een ketoacidose is opgenomen, mag van de IC naar een verpleegafdeling. Aan het begin van de nacht wordt ze niet lekker, moet braken en voelt zich benauwd. De verpleegkundige komt kijken en vraagt of ze iets tegen de misselijkheid moet pakken. Pas nadat de patiënte zelf heeft aangetoond dat haar bloedglucosegehalte veel te hoog is en oppert dat ze mogelijk weer een ketoacidose heeft, wordt ze tegen de ochtend met spoed weer naar de IC gebracht. Als ze zelf niet had aangegeven dat misselijkheid, braken, een Kussmaul-ademhaling en een benauwd gevoel symptomen zijn van een ketoacidose, had ze hieraan kunnen overlijden.

Vier oorzaken Diabetesverpleegkundige Jacqueline Putker uit Ziekenhuis Hilversum hoorde van patiënten over vergelijkbare ervaringen als Bjorn beschrijft. Zij heeft daarom in 2003 in haar ziekenhuis een kwaliteitsproject diabeteszorg opgezet. Het begon met een inventarisatie onder de patiënten die waren opgenomen. Daaruit bleek dat er vier problemen ten grondslag lagen aan de tekort schietende diabeteszorg. Door bijscholing van verpleegkundigen, arts-assistenten en voedingsassistenten en de introductie van de 'diabeteskaart' werden die aangepakt (zie kader 'Project Ziekenhuis Hilversum: diabeteskaart en bijscholing'). Het gaat om:

- de attitude van hulpverleners;
- onvoldoende kennis over voeding en diabetes;
- onduidelijkheid over therapieschema's;
- verschillende hantering injectietechniek (tussen verpleegkundige en patiënt).

We bespreken ze aan de hand van enkele casussen.



1. Attitude

Een patiënt spuit zelf altijd insuline loodrecht in de buik. Ze wordt opgenomen voor een operatie aan haar knie. In het ziekenhuis vertelt de verpleegkundige dat ze niet meer zelf mag spuiten; de verpleegkundigen doen dat gedurende de opname. De patiënt krijgt te maken met een verpleegkundige die drie keer insuline injecteert met wisselende injectietechnieken. Ook spuit ze in het bovenbeen in plaats van in de buik, zoals de patiënt gewend is. De patiënt is verbaasd, want ze weet dat deze variatie in techniek en spuitplaats gevolgen hebben voor haar bloedglucose.

Jacqueline: 'Verpleegkundigen en artsen die een patiënt een korte tijd zien verpleegkundige beschouwt de patiënt als onmondig en neemt het spuiten onnodig uit handen. Verpleegkundigen kunnen er vaak maar moeilijk mee omgaan als een patiënt zelf veel beter op de hoogte is van zijn ziekte, en houden rigide vast aan wat zij zelf gewend zijn op de afdeling.'

Bjorn: 'Patiënten wordt hun autonomie ontnomen die we op de polikliniek juist stimuleren. Ze worden afhankelijk gemaakt; ze mogen hun bloedglucose niet meer zelf controleren of hun insulinedosering aanpassen. Terwijl de praktijk uitwijst dat ze dit

beter wel kunnen doen. Dan kunnen ze hun maaltijden ook nog warm opeten. Op veel afdelingen wordt eerst het eten rondgebracht en dan pas de insuline gespoten.

Vlak voor de maaltijd dus, zonder rekening te houden met welk soort insuline het is. Patiënten raken hiervan in de war.' Jacqueline: 'Uiteraard krijg je te maken met heel uiteenlopende patiënten: je kunt niet zonder meer zeggen dat jonge mensen hun ziekte goed hanteren en ouderen er meer moeite mee hebben. Er zijn ook jonge mensen die niet snappen of niet willen snappen hoe ze hun glucose regelen, en ouderen die heel goed van alles op de hoogte zijn. Wees je bewust van de grote verscheidenheid en besef dat je soms dus juist wél corrigerend moet handelen. Daarom moet je zelf over voldoende basiskennis beschikken, zodat je weet wanneer je zelf alert moet zijn of wanneer je de regulatie gerust kunt overlaten aan de patiënt.

^Een te lage glucose moet je met eten corrigeren, geen insuline nemen is volstrekt fout!!^

Project Ziekenhuis Hilversum: diabeteskaart en scholing

'Een verpleegkundige kan onmogelijk zoveel inzicht hebben in geschikte spuitplaatsen als ik', vertelde een patiënt na een ziekenhuisopname aan diabetesverpleegkundige Jacqueline Putker. De patiënt was verbaasd dat ze opeens zichzelf niet meer mocht injecteren toen ze in het ziekenhuis lag. 'Daarom hebben we de diabeteskaart ontwikkeld', zegt Jacqueline. Op de kaart vult de patiënt, of eventueel de diabetesverpleegkundige, alle informatie over de diabetesregulering in. Bij opname neemt de patiënt zelf de kaart mee naar het ziekenhuis, zodat alle gegevens op de verpleegafdeling bekend zijn. Op de achterkant noteert de diëtist gegevens over de verstrekte voedingsinformatie. De introductie van de diabeteskaart in Ziekenhuis Hilversum ging samen met een bijscholing voor meer dan honderd verpleegkundigen en enkele tientallen arts-assistenten en voedingsassistenten. Met dit initiatief won het ziekenhuis dit jaar de tweede prijs bij de toekenning van de Kwaliteitsprijs Diabeteszorg. Deze prijs is ingesteld door Novo Nordisk Farma BV.

2. Voeding en diabetes

Tijdens een opname heeft een patiënt ineens veel meer insuline nodig dan normaal. Geen van de verpleegkundigen of artsen vraagt zich af hoe dat komt. Als de patiënt na het ontslag bij de diabetesverpleegkundige komt, blijkt dat ze twee keer per dag een aantal glazen appelsap of sinaasappelsap heeft gekregen van de voedingsassistente. De patiënt dacht dat ze het zonder problemen kon drinken omdat het haar werd aangeboden. Jacqueline: 'Op pakken appelsap en sinaasappelsap kan dan wel staan 'niet gezoet', dat neemt niet weg dat vruchtensap veel pure vruchtensuikers bevat. Suiker uit vruchten is net zo goed suiker. Een voedingsassistente zou daarvan op de hoogte moeten zijn en moet op het voedingslijstje van de patiënt nagaan of die het wel mag hebben. De strikte regel dat suiker verboden is voor diabetespatiënten is inderdaad losgelaten, maar nu heerst vaak hardnekkig het misverstand dat suiker er helemaal niet meer toe doet. Dat is niet het geval. Een zelfregulerende patiënt zal zijn hoeveelheid insuline aanpassen aan de hoeveelheid glucose - ofwel koolhydraten - die hij inneemt. Maar als een insulineafhankelijke patiënt niet zichzelf reguleert, is de inname van koolhydraten gebonden aan bepaalde marges. Ook bij patiënten die een oraal antidiabeticum gebruiken, is de voeding van invloed op de bloedglucose. Na het eten van een taartje bij de koffie hebben deze patiënten aan het eind van de ochtend een hoge bloedglucose. Dat mag af en toe best, maar overdrijf het niet, luidt het advies.'

3. Therapieschema's

Een patiënt is ingesteld op drie injecties kortwerkende insuline voor de maaltijden en een keer per dag langwerkende insuline als basis. Voor het avondeten komt de verpleegkundige vertellen dat het niet nodig is voor het eten kortwerkende insuline te spuiten. Dat heeft de arts-assistent afgesproken, omdat de patiënt een bloedglucose heeft van 4,0 mmol/l. De patiënt houdt voet bij stuk dat hij wel insuline nodig heeft, maar ook de verpleegkundige houdt vol: nee, zo is het afgesproken, geen insuline. 's Avonds blijkt de patiënt een bloedglucose te hebben van 18 mmol/l en moet er alsnog insuline bijgespoten worden.

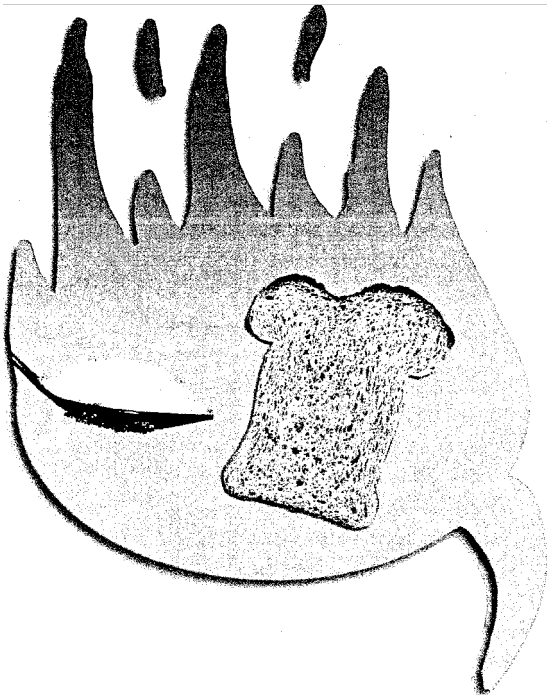
Jacqueline: 'Een volstrekt onnodige ontregeling. De arts-assistent begrijpt niet dat deze insuline-afhankelijke patiënt voor iedere maaltijd insuline nodig heeft. Een te lage glucose moet je met eten corrigeren, maar geen insuline nemen is volstrekt fout. De arts bekijkt alleen hoe de situatie is, zonder terug en vooruit te kijken. Bovendien: als de patiënt aangeeft dat iets niet klopt, moet je daarnaar luisteren.' Bjorn: 'Bij het inspuiten wordt ook onvoldoende rekening gehouden met de soort insuline. Je moet weten hoe lang voor de maaltijd je ultrakortwerkende, kortwerkende insulines en mix-insulines moet toedienen, en wanneer de langwerkende insulines.' (Zie kader Insulines.)

4. Spuittechniek

In de casus onder het kopje 'Attitude' (zie hierboven), waarin de verpleegkundige steeds anders injecteerde, is de verbazing van de patiënt begrijpelijk. Jacqueline: 'Elke spuitplaats kent z'n eigen opnamesnelheid van insuline. Insuline die in de buik wordt gespoten, wordt sneller opgenomen dan insuline die in het bovenbeen is gespoten. Daarom is de buik de voorkeursplaats voor het injecteren van kortwerkende insuline. Het verdient aanbeveling bij meerdere inspuitingen per dag, steeds hetzelfde spuitgebied op hetzelfde tijdstip van de dag te gebruiken, bijvoorbeeld alle ochtendinspuitingen in de buik en alle avondinspuitingen in de dijen. Om spuitplekken (lipedystrofie) te voorkomen, spuit je steeds minstens één centimeter naast de vorige spuitplek. Van invloed is verder de naaldlengte (er zijn naalden van 5, 6 en 8 mm) en de manier van inspuiten: schuin (in een hoek van 45 graden) in een huidplooi, of loodrecht. Gebruik je bijvoorbeeld bij iemand met weinig vet op het dijbeen een 8 mm naald, dan bestaat het risico dat je in de spier spuit; de insuline zou dan veel te snel worden opgenomen en kan er een hypo ontstaan.'

Ziekenhuisopname: stress

Een ziekenhuisopname, een operatie en pijn veroorzaken stress en kunnen de stofwisseling ontregelen, twee factoren die bij een diabetespatiënt leiden tot een ontregelde glucoseregulering. Medicatie en het veranderde activiteitenpatroon kunnen hetzelfde effect hebben. Een reden te meer voor deskundige diabeteszorg tijdens een opname. Zeker als je beseft dat een te hoge of te lage bloedglucosewaarde onder meer de wondgenezing belemmert. Voeg daaraan toe dat diabetes een enorme impact heeft op het leven van patiënten. Jacqueline: 'Vaak beseffen ze dat diabetes tot veel complicaties kan leiden. Het is niet gek dat diabetespatiënten angsten hebben: spuitangst die kan stammen uit de kindertijd, angst voor complicaties in de toekomst, angst omdat ze zich ervan bewust zijn dat ze niet altijd therapietrouw zijn, iedere meting van de bloedglucose is een confrontatie met de ziekte.'



tegenwoordig heerst er het hardnekkige misverstand dat suiker er niet meer toedoet. Dat is niet het geval.

Soort	Merkenamen	Werking (uur)			Opmerkingen
		Begin	Piek	Werkingsduur	
Kortwerkende insuline	Actrapid®, Humuline regular®, Insuman rapid®, Insuman infusat®, Velosulin®	0,5-1	1-4	7-8	Werken na 30 minuten, daarom een half uur voor de maaltijd injecteren.
Kortwerkende insuline	Novorapid® en Humalog®	0,25	0,5-1,5	2-5	Nieuwe insulines met ultrakorte werking. Ze beginnen binnen 10 minuten te werken; analoog daarom kort voor de maaltijd injecteren. Omdat de insulines korter werken is het gebruik van een snack tussen de maaltijden niet meer nodig.
Middellangwerkende insuline	Insulatard®, Humuline NPH®, Insuman basal®	1-2	2-12	14-24	Kunnen het beste zo veel mogelijk op een zelfde tijdstip geïnjecteerd worden; dit kan zowel 's morgens als 's avonds.
Langwerkende insuline	Monotard®	2,5	7-15	24	Wordt bijna niet meer gebruikt. Voor toediening geldt hetzelfde als voor middellangwerkende insuline.
Langwerkende insuline-analoog	Lantus®	1-2	geen	24	Werkt na anderhalf uur, insulineniveau blijft daarna constant. Doordat er geen piekwaarde is neemt de kans op (nachtelijke) hypo aanzienlijk af.
Mengsel van kort- en middellangwerkende insuline	Mixtard®, Humuline	0,5-1		12-24	Mix van insulines met kortwerkende insuline. Een half uur voor de maaltijd injecteren.
	Humalog Mix®	0,25		12-24	Mix van insulines met kortwerkende insuline-analoog. Kort voor de maaltijd injecteren.
	NovoMix®	0,2-0,4		4-24	

Hoe verder?

Het is duidelijk dat de zorg voor diabetespatiënten meer aandacht moet krijgen. Door de vergrijzing en onze leefstijl - weinig beweging, meer fastfood - is er een forse stijging van het aantal volwassenen en kinderen met diabetes,

een ontwikkeling die zich de komende decennia verder voortzet. Als verpleegkundige op een verpleegafdeling moet je dus goed op de hoogte zijn van de zorg voor opgenomen diabetespatiënten. Daarover zijn de beide diabetesverpleegkundigen het eens. Jacqueline: 'Verpleegkundigen op de afdeling vragen al heel snel of een diabetesverpleegkundige kan langskomen. Maar wij kunnen het beleid aan bed niet overnemen. Met een aandachtsvelder op elke afdeling los je het probleem maar ten dele op, want de anderen op de afdeling nemen de kennis dan misschien veel minder op. Je moet niet alle kennis weghalen bij generalistische verpleegkundigen en onderbrengen bij gespecialiseerde verpleegkundigen.' Bjorn: 'Het probleem ligt denk ik bij meer specialistisch worden van gezondheidszorg; iedere patiënt wordt in een protocol gestopt. Maar protocollen gaan uit van een gezonde die een ziekte of een onderzoek

Heeft iemand al een chronische ziekte, dan past het protocol niet meer. We ontwerpen in ons ziekenhuis op moment verschillende klinische paden en nemen daarbij de onder de loop: wat is ieders verantwoordelijkheid, in welke gevallen schakel je een diabetesverpleegkundige en wie is daarvoor verantwoordelijk?

Nu komt het voor dat bijvoorbeeld patiënt in het weekend wordt opgenomen en tot maandag moet wachten voordat er afspraken over de diabeteszorg gemaakt worden. Dat is absurd. Ik vind dat er ook afdelingsverpleegkundigen in het weekend uitleg moeten kunnen geven over het ziektebeeld insuline-injecties.'

Ziekenhuis Hilversum heeft vorig diabetesbijscholing opgezet: 11 0 verpleegkundigen, 25 arts-assistenten 43 voedingsassistenten namen deel. 'Het voorzagt dus duidelijk in behoefte', benadrukt Jacqueline. om het project te borgen moet je scholing wel elk jaar opnieuw aanbieden.'

Hoeveel mensen hebben diabetes.

Naar schatting leden in 2000 in Nederland 36,1 per 1000 mannen van twintig jaar en ouder en 44,0 per 1000 vrouwen van twintig jaar en ouder aan diabetes (type 1 en 2). In absolute cijfers: 212.500 mannen en 270.200 vrouwen. In totaal dus ruim 480.000 personen.

(Bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid)

de prevalentie in België in datzelfde jaar werd geschat op 32,9 gevallen per 1000 inwoners. Voor mannen valt de schatting hoger uit dan voor vrouwen. Mannen:27,5 per 1000 inwoners. Vrouwen:24,7 per 1000 inwoners. (bron: Wetenschappelijk >Instituut Volksgezondheid).

De gemiddelde prevalentie in Nederland per 1000 inwoners van diabetes naar leeftijd en geslacht. Hieruit blijkt dat naarmate de vergrijzing voortschrijdt, het aantal diabetespatiënten toeneemt.

Nursing december 2004.

Meer informatie: www.dvn.nl

www.diabetes-vdv.be

III. Methodische ziektebeeld omschrijving.

Anatomie

Eilandjes van langerhals en alvleesklier

Omschrijving en oorzaak

Bij iemand met diabetes heeft kan de glucose niet in de cel worden opgenomen. Hierdoor zal het bloedsuikergehalte stijgen. We kunnen diabetes indelen in twee typen.

Diabetes Mellitus type 1

Deze vorm wordt ook wel insuline-afhankelijke diabetes genoemd. Het wordt veroorzaakt doordat de eilandjes van Langerhans in de alvleesklier absoluut geen insuline meer kunnen maken. Vroeger heette deze vorm van diabetes ook wel jeugddiabetes, omdat de aandoening zich meestal op jeugdige leeftijd openbaart.

De diagnose wordt meestal gesteld naar aanleiding van de klachten als dorst en veel plassen. Het bloedsuikergehalte is veel te hoog en soms zijn er ketonen in de urine. Dit type diabetes komt voor bij ongeveer zes op de duizend mensen, dat is 0,6% van de Nederlandse bevolking.

Diabetes Mellitus type 2

Dit wordt ook wel niet-van-insuline-afhankelijke diabetes genoemd. Hierbij maakt het lichaam wel insuline, maar de glucose kan toch niet in de cel worden opgenomen. Ook al maken de eilandjes van Langerhans voldoende insuline, de lichaamscellen zijn minder gevoelig voor insuline. Daardoor kan de glucose de cel niet in. Men spreekt dan van insulineresistentie. Dit betekent 'weerstand tegen insuline'.

Deze vorm van diabetes komt vooral voor bij mensen die veel te zwaar zijn. Daarnaast maakt de lever extra glucose aan, ook al is de bloedsuikerspiegel reeds verhoogd. Deze spiegel zal daardoor nog verder stijgen. Deze vorm van diabetes openbaart zich meestal pas op oudere leeftijd, gewoonlijk boven de 40 jaar.

De verschijnselen van type 2 diabetes zijn dezelfde als die van type 1. De klachten treden echter alleen veel geleidelijker op, omdat de werkzame hoeveelheid insuline in het lichaam veel langzamer afneemt dan bij type 1 diabetes. Vaak wordt de diabetes bij toeval ontdekt, bijvoorbeeld bij bloed- of urineonderzoek voor een keuring. Type 2 diabetes komt voor bij vijftien tot twintig op de duizend mensen, dat is 1,5 tot 2% van de Nederlandse bevolking.

Symptomen

Veel voorkomende klachten en verschijnselen bij diabetes zijn:

- Sufheid, moeheid
- Veel plassen
- Hevige dorst
- Hongergevoel
- Huidinfecties, zoals steenpuisten
- Wondjes die niet of maar langzaam helen
- Jeuk
- Wazig zien

Complicaties

Diabetes mellitus kan op langere termijn gepaard gaan met complicaties in de vorm van beschadigingen van diverse organen. Dit geldt voor alle typen van diabetes, zowel type 1 als type 2 diabetes. Een belangrijke factor bij het ontstaan van deze complicaties en de snelheid waarmee zij voortschrijden is de mate van diabetes regulatie. Hoe slechter iemand is ingesteld, des te groter de kans op het ontstaan en snel verergeren van deze complicaties.

Complicaties treden vooral op in die cellen en weefsels, die voor de opname van glucose niet direct afhankelijk zijn van insuline, zoals zenuwcellen en bloedvatcellen. Dit heeft tot gevolg dat een te hoge bloedsuikerspiegel direct leidt tot een stijging van de glucosespiegel in deze weefsels. Deze overmaat aan glucose leidt op een aantal manieren tot orgaanschade: glucose kan zich hechten aan allerlei eiwitten, waardoor onoplosbare en schadelijke 'versuikeringproducten' ontstaan. Daarnaast ontstaan ophopingen van tussenproducten als sorbitol in de cel, waardoor een groot aantal chemische processen in gang worden gezet, die tot de uiteindelijke beschadigingen leiden.

1. Aandoeningen van de grote slagaderen

- * kransslagadervernauwing, leidend tot hartinfarct
- * vernauwing van de slagaders naar het hoofd en de hersenen, leidend tot beroerte
- * vernauwing van de slagaders naar de benen

2. Aantasting van de kleine bloedvaatjes en haarvaten ('micro-angiopathie')

- * aandoeningen van het netvlies ('retinopathie')
- * aantasting van de nieren ('nefropathie')

3. Aantasting van het zenuwstelsel en de zenuwen ('neuropathie')

- * klachten van gevoelsstoornissen aan de benen
- * aandoeningen van de zenuwen naar inwendige organen:

het hart: duizeligheid bij overeind komen

de maag: gestoorde lediging van de maag

de blaas: blaasstoornissen

de geslachtsorganen: impotentie

4. Aantasting van bind- en steunweefsels

- * verstijving van bindweefsel: stijve handen

Therapie

Doel van de behandeling is normaliseren van de stofwisseling. De normale bloedsuikerspiegel varieert tussen de 4 en 7 mmol/l (millimol per liter). Bij iemand met diabetes kan deze spiegel tot zeer hoog, soms wel 30 of 40 mmol/l, oplopen. Door de bloedsuikerspiegel te normaliseren zullen de klachten verdwijnen, en de kans op complicaties op de lange termijn worden verkleind.

De basis van de behandeling is een voedingsadvies. Dit geldt voor beide typen diabetes. Het komt in feite neer op het gebruiken van gezonde voeding die meehelpt een evenwichtig bloedsuikergehalte te handhaven. De diëtist zal dit voedingsadvies doorspreken en helpen met de samenstelling van de dagelijkse maaltijden. Ook is het advies voor regelmatige lichaamsbeweging te zorgen.

Mensen met type 1 diabetes dienen insuline te spuiten. Het plotselinge tekort aan insuline moet immers opgevangen worden, omdat het lichaam zelf het niet meer maakt. Insuline moet altijd worden toegediend per injectie. Het is de enige manier waarop het kan werken. De moderne behandeling omvat of het tweemaal per dag toedienen van een mengsel van kort- en middellang werkende insuline, of een schema waarbij 4-maal per dag, te weten voor iedere maaltijd en voor het slapen gaan, insuline wordt toegediend. Bij inspanning, stress en dergelijke zijn aanpassingen van de hoeveelheden toe te dienen insuline nodig. Mensen met type 2 diabetes kunnen soms volstaan met het volgen van het voedingsadvies. Voor mensen die te zwaar zijn geldt als allerbelangrijkste motto: AFVALLEN. Vaak zijn echter tabletten, of in een later stadium insuline noodzakelijk, om de diabetes goed in te stellen.

De soorten medicijnen die er zijn met werking:

Sulfonylureum preparaten

Sulfonylurea stimuleren de afgifte van insuline vanuit de beta-cellen van de eilandjes van Langerhans. Door de hogere insuline spiegels wordt de glucose gemakkelijker en sneller in de weefsels opgenomen.

Er zijn verschillende preparaten op de markt, die verschillen wat betreft de kracht van hun bloedglucose verlagend effect, en snelheid en duur van werking. Een van de eerste preparaten was tolbutamide (Rastinon). Later kwamen glibenclamide (Daonil) en gliclazide (Diamicon) op de markt, en recent is ook het middel glimepiride (Amaryl) beschikbaar gekomen.

In principe worden deze medicamenten zo'n 10 minuten voor een maaltijd ingenomen.

Niet iedereen met type 2 diabetes reageert gunstig op het gebruik van deze medicamenten; men schat dat circa 10-15% van de mensen met deze aandoening niet een voldoende daling van de bloedglucose spiegel bereikt. Daarnaast zijn de effecten vaak tijdelijk. Na een aanvankelijke sterke daling van de bloedglucoses vermindert geleidelijk aan de effectiviteit, en is aanvullende behandeling met andere tabletten of overschakelen op insuline noodzakelijk.

Gebruik bij diabetes type 2

Sulfonylurea zijn met name effectief bij mensen met type 2 diabetes, die nog niet zo lang deze aandoening hebben, en niet te zwaar zijn. Bij overgewicht is het te adviseren om als behandeling eerst met een biguanide (Glucophage) te starten.

De belangrijkste bijwerkingen van sulfonylurea zijn:

1. stimulering van de eetlust, waardoor onder andere iemand zwaarder kan worden;
2. te lage bloedglucose spiegels (hypoglycemie), met name bij de lang door werkende preparaten als Daonil.

Biguanides

In principe worden deze medicamenten tijdens de maaltijd ingenomen. De dosering varieert van 1 x daags 500 mg (Glucophage), tot 3 x daags 850 mg (Glucophage Forte)

Biguanides zijn met name effectief bij mensen met type 2 diabetes, die nog niet zo lang deze aandoening hebben, en overgewicht hebben. In de UKPDS is aangetoond dat zij leiden tot minder aan diabetes gerelateerde complicaties. Het mechanisme daarvan is nog niet opgehelderd.

De belangrijkste bijwerkingen van biguanides zijn:

1. darmklachten en diarree
2. een metaalachtige smaak in de mond.

Alfa-glucosidase remmers

Enzymen in de darm

Dieetmaatregelen nemen nog steeds een belangrijke plaats in bij de behandeling van diabetes mellitus. Koolhydraten zoals zetmeel en suikers zijn een belangrijk onderdeel van de dagelijks voeding. Als zodanig kunnen zetmeel en meervoudige suikers niet via de dunne darm opgenomen worden in het lichaam.

Ze dienen eerst afgebroken te worden tot enkelvoudige suikers. Zo wordt zetmeel in de dunne darm door amylase, afkomstig uit de speekselklieren en alvleesklier, afgebroken tot dubbelsuikers. Deze dubbelsuikers worden dan verder afgebroken tot enkelvoudige suikers door speciale enzymen, alfa-glucosidasen genoemd, die zich in de wand van de dunne darm bevinden.

Acarbose

Het spreekt voor zich dat, indien dit verteringsproces vertraagd kan worden, het aanbod van enkelvoudige suikers voor opname zal gespreid worden in de tijd. Dit heeft tot gevolg dat de stijging van de bloedsuikerwaarde na de maaltijd minder sterk zal zijn. Deze vertraging van het verteringsproces kan bewerkstelligd worden door medicijnen, die de alfa-glucosidase enzymen remmen.

Er is al veel onderzoek gedaan met dit soort middelen. Toch is de vraag welke patiënten met name voordeel hebben van een dergelijke behandeling nog niet beantwoord. Alfa-glucosidase remmers, zoals acarbose, lijken vooral bij diabetes mellitus type 2 nuttig te zijn als dieetmaatregelen niet het gewenste resultaat opleveren. Ook zouden alfa-glucosidase remmers een plaats kunnen hebben als toevoeging indien het gebruik van een maximale dosis sulfonyleureum preparaat niet leidt tot een goede diabetes instelling.

Bij type 1 diabetes?

Over lange termijn effecten is nog onvoldoende bekend. Ook is er nog weinig bekend over de zin of onzin van combinatie van alfa glucosidase remmers als acarbose met insuline. Een recent onderzoek toonde wel een geringe daling van het HbA1c gehalte bij personen met type 1 diabetes, die naast 4-maal daags insuline acarbose gingen gebruiken.

Dosis en bijwerkingen

Het lijkt verstandig een behandeling te starten met een lage dosis bv 3 maal 50 mg per dag tijdens de maaltijden. Dit kan zonodig verhoogd worden op geleide van de bloedsuikerwaarden. De bijwerkingen op maag-darmgebied kunnen indien aanwezig in de loop van de behandeling verminderen. Indien ze toch te ernstig blijven moet de dosis verminderd worden. Wanneer een hypoglycemie optreedt, dient men glucose (druivensuiker) te nemen om de hypo te corrigeren, en geen gewone rietsuiker. Immers, door het gebruik van de acarbose wordt de splitsing van rietsuiker, een dubbelsuiker, vertraagd!!

Thiazolidines

Deze middelen hebben hun effect door verbetering van de insuline werking, leidend tot toegenomen opname van glucose in de weefsels, en verminderde extra aanmaak van glucose door de lever. Middelen uit deze groep zijn:

- * ciglitazone
- * pioglitazone
- * englitazone
- * troglitazone
- * rosiglitazone

Rosiglitazone wordt zojuist in Nederland geregistreerd onder de merknaam Avandia. Het is in de Verenigde Staten al langer op de markt, evenals het middel pioglitazone (Actos).

Troglitazone is ruim 2 jaar in Amerika beschikbaar geweest, doch recent uit de handel genomen.

Behandeling van diabetes

Een overzicht van de meest gebruikte soorten tabletten voor de behandeling van mensen met type 2 diabetes, en een lijst van beschikbare insulinesoorten.

Orale bloedglucose-verlagende medicatie			
	Naam	Soort medicatie	Dosering
<u>Sulfonylurea</u>	Rastinon	tabl. 500 en 1000 mg tolbutamide	1 dd. 250 - 3 dd 1000 mg
	Daonil	tabl. 5 mg glibenclamide	1 dd 2.5 - 3 dd 5 mg
	Amaryl	1, 2, 3 en 4 mg glimepiride	1 dd 1 - 8 mg
	Diamicron	tabl 80 mg gliclazide	1 dd 40 - 3 dd 80 mg
	Glipizide	tabl 10 mg glibenese	1 dd 5 - 40 mg
CBMA preparaten	NovoNorm	tabl 1, 2 en 4 mg	3 dd 0.5 - 4 mg
	Starlix		
<u>Biguanides</u>	Glucophage	tabl 500 en 850 mg metformin	1 dd 500 - 3 dd 850 mg
<u>Alpha-glucosidase remmers</u>	Glucobay	tabl 50 en 100 mg acarbose	1 dd 50 - 3 dd 150 mg
		miglitol	(nog) niet in NL geregistreerd
<u>Thiazolidines</u>	Rezulin	troglitazone	vanwege bijwerkingen van de markt gehaald
	Avandia	rosiglitazone	1 dd 4 - 8 mg
	Actos	pioglitazone	registratie verwacht 2e halfjaar 2001

Insuline			
	Naam	Fabrikant	Afleveringsvorm
Snelwerkend	Actrapid	Novo Nordisk	3 ml penfill, 3 ml Novolet, 10 ml flacon
	Humuline Regular	Eli Lilly	3 ml patroon, 10 ml flacon
	Insuman Rapid	Hoechst	3 en 10 ml flacon
Supersnelwerkend	Humalog	Eli Lilly	3 ml patroon, 10 ml flacon
	NovoRapid	Novo Nordisk	3 ml patroon, 10 ml flacon
Middellang werkend	Insulatard	Novo Nordisk	3
	Humuline NPH	Eli Lilly	3 ml patroon, 10 ml flacon
	Insuman Basal	Hoechst	3 en 5 ml flacon
Mengsels	Mixtard 10/90 Mixtard 20/80 Mixtard 30/70 Mixtard 40/60 Mixtard 50/50	Novo Nordisk	3 ml penfill, 3 ml Novolet, 10 ml flacons (1.5 ml eind 2000 van de markt)
	Humuline 10/90 Humuline 20/80 Humuline 30/70 Humuline 40/60 Humuline 50/50	Eli Lilly	3 ml patroon, 10 ml flacon
	Insuman Comb 15 Insuman Comb 25 Insuman Comb 50	Hoechst	3 en 5 ml flacon

Bijzonder	Insuman Infusat	Hoechst	insuline voor de pomp, 3.15 ml
-----------	--------------------	---------	-----------------------------------

Prognose

Micro- en macrovasculaire complicaties zijn een belangrijke oorzaak van ziekte en overlijden bij personen met diabetes mellitus

Preventie.

Er zijn een aantal (groepen van) medicamenten die voor mensen met diabetes van belang zijn, en waarvan een preventief effect op het ontstaan van complicaties bewezen is:

1. bloeddrukverlagende middelen
2. cholesterol verlagende middelen
3. aspirine.

In de UKPDS is duidelijk aangetoond dat behandeling met bloeddrukverlagende middelen, met name een bètablokker dan wel een ACE-remmer, het ontstaan van zowel micro- als macrovasculaire complicaties kan verminderen. Deze effecten zijn zelfs nog gunstiger dan de effecten van optimale diabetes instelling. Andere studies (SHEP, Syst-EUR, HOT) toonden gunstige effecten van andere bloeddruk verlagende middelen, als diuretica en calciumantagonisten. Het is dus niet zozeer de vraag welke middelen moeten worden gebruikt bij de behandeling van hypertensie, maar de constatering dat antihypertensieve behandeling zeer gunstige uitwerking heeft. Hierbij dient een zo normaal mogelijke bloeddruk te worden nagestreefd.

Ook van cholesterol verlagende middelen, met name de statines, is aangetoond dat zij het aantal en de ernst van hart- en vaatziekten bij mensen met diabetes kunnen verminderen. De richtlijnen zijn door een werkgroep van de NDF in een behandel richtlijn vastgelegd.

Al ruim 100 jaar oud, maar soms nog steeds ondergewaardeerd is de stof acetylsalicylzuur (aspirine). Aanvankelijk werd aspirine gebruikt als pijnstiller, maar thans weten we van aspirine dat het al in een lage dosering van 80-100 mg per dag de overactiviteit van bloedplaatjes afremt. Behandeling met aspirine vermindert het aantal nieuwe vasculaire incidenten bij mensen met hart- en vaatziekten, zoals na een hartinfarct of CVA.

(www.diabetes.nl)

IV. Ontwikkelingen in vraag en aanbod van de gezondheidszorg.

Er zijn vele ontwikkelingen in de vraag en aanbod van de gezondheidszorg.

Veranderingen vraag:

- Toename zorg door vergrijzing. Deze mensen zullen een grotere aanspraak doen op zorg. Het aantal mensen met een ouderdomsziekte en het aantal chronisch zieke patiënten zal toenemen.
- Toename vluchtelingen word verwacht, door hun sociaal- economische positie, is de verwachting dat hierdoor de vraag naar zorg zal toenemen.
- Individualisering, meer mensen blijven alleen wonen, dat betekent dat ze bij ziekte minder snel een beroep kunnen doen op een huisgenoot en eerder een toevlucht nemen tot professionele zorgverleners.
- Toename autonomie en mondigheid patiënt, zelfredzaamheid vermindert mogelijk de vraag naar zorg, maar wanneer burgers denken aanspraak te kunnen maken op bepaalde vormen van zorg, zullen ze op zoek gaan naar de mogelijkheden om hun wensen te realiseren. Er is een grotere vraag naar zorg op maat.

Veranderingen aanbod:

- Medische en technologische vooruitgang, bepaalde ziekten zijn beter behandelbaar.
- De verbetering van medische technologie en thuiszorgtechnologie maakt het mogelijk dat patiënten een deel van de behandeling thuis ondergaan.
- Kostenbeheersing, door de toename van de vraag van zorg speelt de discussie over de betaalbaarheid van het zorgstelsel. Nu al is voelbaar dat er strakke regels worden opgesteld welke behandelingen of medicijnen wel of niet voor vergoeding in aanmerking komen. Dit vraagt om doelmatigheid en efficiëntie van zorginstellingen.
- Meer aandacht voor continuïteit en kwaliteit van zorg. Als gevolg van de toename van chronisch zieken is het de verwachting dat de zorg door verschillende professionals verleend zal worden. Verpleegkundigen zullen meer gaan samenwerken met andere disciplines. Het vraagt van al deze professionals dat ze goed kunnen communiceren en weet hebben van elkaars bekwaamheden. De kwaliteit van zorg krijgt ook meer aandacht. De verpleegkundige beroepsgroep is zich meer bewust van de eigen bijdrage aan een goede zorgverlening en de verantwoordelijkheid die zij daarbij heeft.
- Meer aandacht voor kwaliteit van zorg, ethiek. Als gevolg van onder meer de toename van de medische mogelijkheden, lijkt het nastreven van gezondheid voor iedereen haalbaar te zijn. De verpleegkundige krijgt meer te maken met etische kwesties, de grenzen van de gezondheidszorg en de vraag om palliatieve zorg.

Hoe landelijk de kwaliteitszorg tot stand is gekomen.

De ontwikkeling van kwaliteitsbevordering in de zorgsector is op een aantal punten nogal beïnvloed door het kwaliteitsdenken in het bedrijfsleven. Kwaliteit was eerst nog niet sprekend, omdat bij eenmansbedrijven een algemeen een duidelijke verantwoordelijkheid voor het was, er was overzicht. Vanaf het moment dat er sprake was van een duidelijke arbeidsdeling wordt het minder vanzelfsprekend dat de kwaliteiten van producten of diensten goed was. De verantwoordelijkheid ligt dan niet meer bij een persoon, maar raakt verspreid. Ook verandert de verhouding met de afnemer, de klant.

In de eerste fase van het proces ontstonden ruilhandel en specialisatie van beroepen. In de middeleeuwen waren er gilden die voor diverse beroepsgroepen een aanvullende rol speelden bij het proces van kwaliteitsbewaking. speciale instanties oefenden controle uit en gaven een waarborgzegel als aan de specificaties voldaan was. Dit was een voorloper van de externe kwaliteitstoetsing in de vorm van certificatie. Het ging hierbij nog om de technische normen en niet om de normen vanuit de klant.

Tijdens de industriële revolutie kregen we machinale arbeid. Er kwamen massaproducten van tand.

De kwaliteitscontrole kreeg in de periode 1920 tot 1965 in toenemende mate een statisch karakter. Er werden steekproeven gehouden. Kwaliteitsbewaking en bevordering richtte zich op de technische kant.

1953: cursussen over statische kwaliteitszorg. Kwantiteit was in deze fase belangrijker dan kwaliteit.

Jaren 70: minder technische aangelegenheid. Kwaliteit blijkt mensenwerk te zijn. Kwaliteit is een zaak van alle medewerkers van het bedrijf. In deze periode ontstaan ideeën over integrale kwaliteitszorg. Waar we nu nog mee bezig zijn.

Al vanaf de tweede helft van de negentiende eeuw zijn enkele vormen van kwaliteitsbewaking terug te vinden: opleidingseisen, registraties, beroepscodes, tuchtrechtspraak. In de zorgsector heeft lange tijd de schaarste aan voorzieningen en mogelijkheden een belangrijke rol gespeeld. De medische kennis ontbrak, patiënten waren niet rijk genoeg.

Jaren 60: explosieve groei: technologie, voorzieningen en mogelijkheden in de gezondheidszorg. Er is sprake van arbeidsdeling, opsplitsing van taken, nieuwe technologieën, ontwikkelen van nieuwe disciplines.

Jaren 70: artsen en andere hulpverleners hadden een minder objectieve en verantwoorde wijze werk dan men altijd denkt. Persoonlijke normen en waarden speelden een rol. Het bleek een subjectieve bezigheid.

Men probeerde efficiënter en effectiever te gaan handelen, intercollegiale toetsing en protocollering zijn hier voorbeelden van.

Een belangrijke ontwikkeling is de groeiende mondigheid van de patiënt en het toenemend kwaliteitsbewustzijn van deze groep. Vanaf de jaren 70 begonnen de patiënten kritiek op te leveren. Er werden acties gevoerd om de bescherming van de positie van de patiënt, deze acties hebben succes gehad, want tegenwoordig hebben we er een wetgeving over.

Sinds 1986: komt kwaliteit met regelmaat ten sprake. Het veld van de gezondheidszorg bestaande uit beroepsgroepen, management, verzekeraars, patiënten, patiëntenorganisaties, gaan actief aan de slag. Zij hebben allen er belang bij om aan kwaliteit te werken.

Kwaliteit is in het huidige tijdperk een zware factor in de overleving of ondergang van aanbieders in de gezondheidszorg.

(Verbeek, G. Blz. 53 t/m 69)

1.1. Kwaliteitsbeleid.

Door de ontwikkelingen in vraag en aanbod stegen de kosten en de kwaliteitseisen die vanuit de overheid gesteld werden raakten de kern van de zorg niet. De zorgaanbieder was verzekerd van financiering, er waren weinig prikkels kwaliteitsbewust te werken. De regering heeft als reactie hierop een commissie ingesteld die advies uit moest brengen over mogelijkheden om de kosten van de gezondheidszorg beheersbaar te maken en kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg te realiseren.

De commissie Dekker heeft advies gegeven. Verzekeraars kregen een sterkere rol.

Verzekeraars werden geprikkeld om een kwalitatief goed pakket voorzieningen samen te stellen tegen een voordelige prijs voor hun verzekerden.

Vermindering overheidsregulering, er bleef alleen een taak van de overheid bij het bewaken van kwaliteit, toegankelijkheid en bekostiging van de zorg.

Om dit advies vorm te geven ontstonden Leidschendamconferenties. De vier partijen (patiënten, aanbieders, verzekeraars en de overheid) spraken hun bereidheid uit om te komen tot een samenhangend kwaliteitsbeleid binnen de gezondheidszorg. De conferenties geven een kader waar binnen alle partijen met elkaar tot samenhang en afstemming komen.

Voor verzekeraars en zorgaanbieders is het gevolg een toegenomen verantwoordelijkheid, onderlinge concurrentie en steeds mondiger wordende zorgvrager met een versterkte rechtspositie. De zorgvraag gaat steeds meer het zorgaanbod bepalen.

Kwaliteitswetgeving:

Kwaliteitswetgeving kan niet worden gemist, juist niet als zoveel aan het veld wordt overgelaten. In eerste plaats is het doel zelfordening te stimuleren en hiervoor een wettelijk kader te scheppen, waarin verantwoordelijkheden van partijen is vastgelegd. In de tweede plaats moet de overheid de mogelijkheden houden om dwingend in te grijpen in voorkomende gevallen waarin onvoldoende kwaliteit wordt geleverd.

De belangrijkste wetten:

- Kwaliteitswetzorginstellingen (de zorgaanbieder is verplicht verantwoorde zorg te leveren. Zorg van goed niveau, die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte patiënt.
- Wet BIG (titelbescherming en registratie verpleegkundigen. Kwaliteitsaspecten rond het methodisch- technisch handelen word geregeld, zoals deskundigheid van hulpverleners en de mate waarin zij zorgvuldig zijn bij de uitoefening van het beroep)
- WGBO (rechtspositie van de patiënt versterken, belangrijke patiëntenrechten zijn hierin geregeld).

Kwaliteitswet zorginstellingen:

De wet stelt regels ten aanzien van het gevoerde kwaliteitsbeleid en kwaliteitssysteem binnen de instelling. De wet richt zich op alle zorginstelling waarbij sprake is van een organisatorisch verband.

In de wet staan vier globaal geformuleerde eisen centraal:

- De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan.
- De organisatie van de instelling moet zodanig zijn dat deze leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg.
- De instelling dient de kwaliteit van de zorg systematisch te bewaken, te beheersen en te verbeteren.
- De instelling dient verantwoording af te leggen over het gevoerde kwaliteitsbeleid in een openbaar jaarverslag.

In het kwaliteitsjaarverslag wordt beschreven hoe de zorg naar doeltreffendheid (effectief), doelmatigheid (efficiëntie) en patiëntgerichtheid verbetert, verankerd en verantwoord wordt. Het verslag moet onder meer inzicht bieden in de visie op kwaliteit, het kwaliteitsbeleid op korte en op lange termijn, de systematiek van de kwaliteitsbewaking, de resultaten van het gevoerde kwaliteitsbeleid, de wijze waarop patiënten en consumenten bij het kwaliteitsbeleid betrokken zijn, de wijze waarop de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten / consumenten- organisaties zijn betrokken bij het gevoerde kwaliteitsbeleid en de wijze waarop gevolg gegeven is aan de klachten en mededelingen over de kwaliteit van de verleende zorg.

In de kwaliteitwet zorginstellingen wordt onder het begrip kwaliteit verstaan het leveren van verantwoorde zorg.

(Hunink, G.H. (2000) P. 113-114).

De Wet BIG:

De doelstelling van de Wet BIG is de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bewaken en te bevorderen en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren.

De wet betreft in hoofdzaak de volgende onderwerpen:

- Registratie en titelbescherming.
- Regeling van beroepen en voorbehouden handelingen.
- Kwaliteit van de beroepsuitoefening.
- Tuchtrect.

In de wet BIG worden acht beroepen geregeld:

- arts
- tandarts
- apotheker
- klinisch psycholoog
- psychotherapeut
- fysiotherapeut
- verloskundige
- verpleegkundige

In de wet staat dat de individuele beroepsvoefenaar verantwoordelijk is voor het organiseren van de beroepsuitoefening op zodanige wijze dat dit leidt tot verantwoorde zorg.

(Hunink, G.H. (2000) P. 113-114).

De wet WGBO:

Deze wet regelt de relatie tussen patiënt en zorgverlener (artsen, verpleegkundigen, orthopedagogen, psychologen, verloskundigen, fysiotherapeuten, logopedisten, orthopedagogen et cetera). Wanneer een patiënt de hulp van een zorgverlener inroept, ontstaat een geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen hen. De patiënt is opdrachtgever tot zorg, hetgeen gedefinieerd wordt als: onderzoek, het geven van raad en handelingen op het gebied van de geneeskunst, die het doel hebben iemand van een ziekte te genezen, ziekte te voorkomen of de gezondheidstoestand te beoordelen, of het verlenen van verloskundige bijstand.

De WGBO is dwingend recht, dat wil zeggen dat zorgverleners (of zorgverlenende instanties) en patiënten onderling geen afspraken kunnen maken die in strijd zijn met de WGBO.

In de WGBO zijn een aantal spelregels vastgelegd, die voorheen in losse wetten en in rechterlijke uitspraken te vinden waren.

De plichten van de patiënt

De patiënt moet de zorgverlener goed, eerlijk en volledig op de hoogte stellen van zijn problematiek. Met juiste en volledige informatie kan de zorgverlener sneller en beter een diagnose stellen en kan hij beter zorg verlenen. Dit klinkt logisch en redelijk, maar vaak worden uit schaamte, gemakzucht of onverschilligheid, of in de overtuiging dat het onbelangrijk zaken verzwegen of anders voorgesteld. De patiënt moet zo veel mogelijk met de zorgverlener meewerken en adviezen opvolgen. Een andere belangrijke plicht van de patiënt is de zorgverlener te betalen.

Het recht van de patiënt op informatie

Als patiënt hebt u recht op informatie, in begrijpelijke taal, over uw ziekte, de behandeling, de gevolgen en risico's van die behandeling en over eventuele alternatieve behandelingen. De zorgverlener zal, als dat gewenst en noodzakelijk is, de informatie schriftelijk geven, zodat de patiënt die nog eens rustig kan nalezen. Als de zorgverlener denkt dat bepaalde informatie bij de patiënt slecht zal vallen, dan is dat geen reden om de patiënt deze informatie niet te geven. Alleen als naar het oordeel van de zorgverlener het geven van bepaalde informatie ernstig nadeel voor de patiënt zal opleveren, dan verstrekt hij die informatie niet. De zorgverlener is wel verplicht dit met een andere zorgverlener te overleggen.

Alleen met voldoende informatie kunt u goed meedenken en meebeslissen over de behandeling. De WGBO schrijft dit ook voor: u beslist samen met de hulpverlener wat er gaat gebeuren.

Het recht van de patiënt om geen informatie te willen

Als een patiënt zegt bepaalde informatie niet te willen, dan krijgt hij die informatie niet, tenzij dit ernstig nadeel voor hemzelf of anderen oplevert, dan krijgt de patiënt toch die informatie van de zorgverlener.

Het recht van de patiënt op inzage in zijn dossier

Van iedere patiënt wordt een medisch dossier bijgehouden. Hierin staan alle gegevens die betrekking hebben op uw behandeling. Omdat het dossier gaat over úw lichaam en gezondheid kunt u het uiteraard inzien, met uitzondering van de gegevens die niet over uzelf gaan. Op de hulpverlener na mag niemand anders het dossier inzien, tenzij u daar toestemming voor geeft.

Tot inzage dient zo spoedig mogelijk gelegenheid te worden gegeven.

U heeft recht op kopieën van uw dossier, waarvoor de zorgverlener een redelijke bedrag in rekening mag brengen.

Als u een andere visie heeft dan welke in uw dossier staat, dan mag u aan de zorgverlener vragen om het dossier te wijzigen of om uw visie toe te voegen aan het dossier.

Medische dossiers moeten minimaal 10 jaar bewaard blijven. Op verzoek van een patiënt moet echter een dossier binnen 3 maanden vernietigd worden door de zorgverlener, tenzij dat in strijd is met de wet of nadeel voor een ander dan de patiënt kan opleveren. Daarbij moet bijvoorbeeld gedacht worden aan aandoeningen die mogelijk erfelijk bepaald zijn. In het belang van anderen zal een goed zorgverlener in zulke gevallen het verzoek om vernietiging van een dossier naast zich neer leggen. Ook de mogelijkheid van wetenschappelijk onderzoek verzet zich tegen het vernietigen van bepaalde medische dossiers.

Het recht van de patiënt op bescherming van zijn privacy

De zorgverlener dient de privacy van de patiënt te beschermen en te bewaren. Alles moet vertrouwelijk worden behandeld. Medische handelingen mogen alleen uitgevoerd worden als niemand anders die kan waarnemen, tenzij de patiënt daarmee instemt. Het medisch dossier is alleen ter inzage aan de zorgverlener en degenen die betrokken zijn bij de behandeling. De zorgverlener mag geen enkele informatie aan derden verstrekken (inclusief directe familie), tenzij de patiënt daar uitdrukkelijk toestemming voor heeft gegeven of als de wet de zorgverlener daartoe verplicht, of als het informatie betreft ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek, maar dan alleen onder strikte voorwaarden.

Het beroepsgeheim vindt zijn grondslag in het recht van de patiënt op geheimhouding van zijn persoonlijke gegevens. Dit recht op bescherming van de privacy ligt besloten in artikel 10 van de Grondwet.

Het overlijden van een patiënt betekent niet dat diens privacy niet meer beschermd hoeft te worden. Ook na de dood hebben derden geen recht op inzage in het dossier, tenzij de zorgverlener zeker weet dat de patiënt daar geen bezwaar tegen gehad zou hebben.

De plicht van de zorgverlener informatie te verstrekken

Niet alleen heeft de patiënt recht op informatie, de zorgverlener is zelfs verplicht de patiënt informatie te verschaffen. De zorgverlener moet in voor de patiënt te bevatten bewoordingen vertellen over het onderzoek, de voorgestelde behandeling en alternatieven, en de gezondheidstoestand van de patiënt. Hierbij wordt wel het principe der redelijkheid gehanteerd: als er bijvoorbeeld een kans van één op een miljoen is op een bepaalde bijwerking van een bepaalde behandeling, dan hoeft dat niet besproken te worden.

De plicht van de zorgverlener een medisch dossier bij te houden

In het medisch dossier moeten aantekeningen gemaakt worden door de zorgverlener over de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. Dit alles voor zover dit voor een goede zorgverlening aan de patiënt nodig is. De zorgverlener moet het dossier minimaal 10 jaren bewaren, of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit. Er is een dringend advies gedaan aan de hulpverleners om de bewaartermijn van dossiers te stellen op 15 jaar. De termijn in de WGBO is nog altijd 10 jaar, maar er is een wetsvoorstel (is dus nog geen wet) dat die termijn op 15 jaar gaat stellen. De wetwijziging gaat met terugwerkende kracht in werking. Het advies is gegeven om te voorkomen dat hulpverleners dossiers die al tien jaar oud zijn vernietigen (wat volgens de letter van de WGBO moet).

De plicht van de zorgverlener de privacy van de patiënt te bewaren

Het is de plicht van de zorgverlener er voor te zorgen dat geen inlichtingen over de patiënt aan derden ter beschikking komen. Tenzij de patiënt hier uitdrukkelijk toestemming voor heeft gegeven. Alleen personen die direct bij het onderzoek en de behandeling betrokken zijn, mogen over de patiëntgegevens beschikken.

Zonder toestemming van de patiënt kunnen wel gegevens aan derden verstrekt worden ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek of statistiek indien het vragen van toestemming niet mogelijk is en de patiënt niet onevenredig wordt geschaad, of het vragen van toestemming niet redelijk is en de gegevens niet tot de patiënt herleidbaar zijn.

Als een patiënt echter uitdrukkelijk bezwaar heeft gemaakt tegen het verstrekken van gegevens ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek of statistiek, dan mag de zorgverlener geen gegevens verstrekken.

Het wetenschappelijk onderzoek moet wel een algemeen belang dienen en het moet niet ook zonder de patiëntgegevens uitgevoerd kunnen worden. Als er gegevens ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek of statistiek verstrekt worden, dan wordt dat door de zorgverlener in het dossier genoteerd.

Het recht van de zorgverlener om verzoeken van een patiënt te weigeren

Voor diverse beroepen in de gezondheidszorg gelden professionele standaards. De zorgverlener heeft het recht om niet op een onredelijk verlangen van de patiënt in te gaan. De zorgverlener laat zich bij nemen van zijn beslissingen leiden door zijn eigen deskundigheid en mag bijvoorbeeld een verzoek van de patiënt weigeren om een röntgenfoto te laten maken.

Toestemming van de patiënt is vereist

Voor ieder onderzoek en voor iedere behandeling is toestemming nodig van de patiënt. De patiënt beslist uiteindelijk of er wel of niet behandeld wordt, niet de zorgverlener. De patiënt heeft het recht een behandeling of onderzoek te weigeren en gegeven toestemming weer in te trekken.

Bij ingrijpende onderzoeken of behandelingen wordt uitdrukkelijk om de toestemming van de patiënt gevraagd. In de overige gevallen wordt ervan uitgegaan dat de patiënt stilzwijgend toestemming geeft. Wanneer de patiënt daar om vraagt, wordt in het medisch dossier genoteerd voor welke behandelingen of onderzoeken toestemming is verleend.

(www.hulpgegevens.nl/wetten/wgbo.htm)

V. Nederlandse Diabetes Federatie.

In de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF, opgericht in juni 1995) werken mensen met diabetes, artsen en diabetesverpleegkundigen samen aan verbetering van de diabeteszorg. De NDF heeft een belangrijke taak bij het opheffen van knelpunten en het behartigen van belangen. De NDF brengt standpunten naar buiten, waarin wetenschappelijke kennis en persoonlijke diabeteservaring hand in hand samengaan. Daardoor draagt de NDF bij aan een betere beeldvorming over diabetes bij overheden, openbare instanties en het grote publiek. Verreweg de grootste partner binnen de NDF is de Diabetesvereniging Nederland (DVN), de patiëntenvereniging met ruim 48.000 leden.

De Eerste Associatie van Diabetes Verpleegkundigen (EADV) vertegenwoordigt de verpleegkundigen die zich bezighouden met de begeleiding van mensen met diabetes.

De drie andere partners in de NDF zijn artsenorganisaties. De Diabetes Huisartsen Advies Groep (DiHAG) organiseert nascholingscursussen op het gebied van diabetes mellitus, en ontwikkelt een landelijk netwerk van in diabetes geïnteresseerde huisartsen. De Nederlandse Vereniging voor Diabetes Onderzoek (NVDO) is een vereniging van artsen en andere specialisten, die het wetenschappelijk diabetesonderzoek willen stimuleren. De Diabetes Education Study Group Nederland (DESG) heeft als taak de kennis over diabetes bij artsen te vergroten door middel van (na)scholing.

Deze vijf partners (DESG, DiHAG, DVN, EADV en NVDO) vormen samen het bestuur van de Nederlandse Diabetes Federatie. Daarnaast participeren er in de NDF ook ongeveer vijftig bedrijven en instellingen die actief zijn op het gebied van de diabetes zorg. Dit betekent dat de NDF kan rekenen op een groot draagvlak in de Nederlandse samenleving.

Knelpunten

De diabetes zorg in Nederland is redelijk goed, maar er zijn toch ook knelpunten in overvloed. Zo is er nog onvoldoende samenwerking tussen eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg, laat de vorming van multidisciplinaire diabetesteam te wensen over en zijn er te weinig diabetesverpleegkundigen. Er zijn onvoldoende financiële middelen voor educatie op grote schaal, preventieve voeten- en oogheelkundige controle.

Nog te vaak komen complicaties aan ogen, voeten, nieren, hart en bloedvaten voor, die bij intensievere behandeling voorkómen hadden kunnen worden. Mensen met diabetes stuiten ook op problemen bij sollicitaties en op het werk, bij het aanvragen van een rijbewijs of het afsluiten van een verzekering.

Het werk van de Nederlandse Diabetes Federatie

Binnen de Nederlandse Diabetes Federatie zijn verschillende werkgroepen actief om verscheidene onderwerpen en problemen aan te pakken. In elke NDF-werkgroep zitten vertegenwoordigers van de drie federatiegroeperingen (artsen, diabetesverpleegkundigen en mensen met diabetes). Voorbeelden van deze vruchtbare samenwerking zijn:

Landelijk symposium

Iedere twee jaar organiseert de NDF een groot symposium, waar alle beroepsgroepen en ervaringsdeskundigen bij elkaar komen. Het oprichtingssymposium vond plaats op 11 oktober 1995 in de Utrechtse Jaarbeurs. Door het grote aantal belangstellenden moest twee jaar later het symposium worden ondergebracht in de RAI te Amsterdam. Het derde symposium van de NDF vond plaats in oktober 1999, eveneens in de Amsterdamse RAI.

Adviezen voor een goed overheidsbeleid

Ter gelegenheid van de kabinetsformatie in de zomer van 1998 publiceerde de NDF de brochure Adviezen voor een goed overheidsbeleid. Volgens de NDF moet de overheid zich actiever opstellen om een betere diabeteszorg te bereiken en om complicaties als gevolg van diabetes zoveel mogelijk te voorkómen. Alle zorg die kan bijdragen tot vermindering van complicaties, zou in het verzekeringspakket moeten worden opgenomen.

De NDF toonde zich tegenstander van het systeem van eigen bijdragen en eigen risico's voor mensen met chronische ziekten, omdat dit het gebruik van de gezondheidszorg niet vermindert. Medicijnen, controles en behandelingen zijn bij diabetes gewoon noodzakelijk. Een goed volksgezondheid van de overheid is volgens de NDF gericht op versterken van de positie van de patiënt tegenover de zorgverleners en de integratie van chronisch zieken in de samenleving.

NDF/CBO richtlijnen voor de aanpak van complicaties.

Het behandelen en liefst het voorkomen van complicaties als gevolg van DM is teamwork, een goed samenspel tussen de hulpverleners en de patiënten. Werkgroepen van de NDF en het CBO hebben daarom richtlijnen ontwikkeld voor de aanpak van complicaties. Deze verschenen in 1998.

Diabetespas.

De NDF ontwikkelde de diabetespas. Dit bevordert de communicatie tussen verschillende hulpverleners en de patiënt. Op de diabetespas is vermeld welke controles moeten plaatsvinden.

Mensen met diabetes en hun behandelaars bepalen in onderling overleg waarnaar in de behandeling wordt gestreefd (ideaal gewicht, bloedglucosewaarde, bloeddruk e.d.).

De waarden die worden gemeten bij de periodieke controles, kunnen met de streefwaarden worden vergeleken.

Op deze manier wordt duidelijk of de behandeling succesvol is, of dat bijstelling plaats moet vinden. Daarnaast staat er op de pas de belangrijke adressen, gegevens van de gebruikte medicijnen en een doktersverklaring om bij de douane problemen te voorkomen.

Voorbeeld diabetes pas, deze is in België ontwikkeld:

streefdoel	In elk kwartaal naargelang nodig frequenter of minder frequent Datum:21/7/2006 datum: datum:			
80 kg	Gewicht	85 kg		
	Roken	niet		
	Lichaamsbeweging	Fietsen		
	Bloeddruk	130/85		
< 120	Nuchter bloedsuiker	180 mg/dl		
7%	HbA1c	8%		
	Controle geneesmiddelengebruik	Ok		
	Advies diëtist	Gepland		
	Evaluatie voetrisico	Gepland		
	Advies podoloog	-		
	Cholesterol	190		
	HDL-cholesterol	50		
	Trygliceriden	150		
	Serumcreatine	0,9		
	Microalbuminurie	gepland		
	Electrocardiogram	-		
	Oogspiegeling	gepland		
	Nazicht glucosemeter.	-		

Integrale kwaliteitszorg diabetes.

Sinds september 1995 is er sprake van een formele samenwerking van de NDF den inspectie voor de gezondheidszorg en het ministerie van VWS in het project integrale kwaliteitszorg diabetes.

Diabetes is de enige aandoening waarbij sprake is van een landelijke samenwerking op hoog politiek niveau. Doelstellingen van het project zijn onder meer: het bevorderen van kwalitatief goede diabeteszorg, het beter en eerder opsporen van mensen met diabetes, het versterken van hun positie binnen de diabeteszorg, het uitbouwen van samenwerking tussen alle partijen door middel van transmurale zorgprotocollen en het beter structureren van deskundigheidsbevordering van de betrokken behandelaars.

(NDF. P. 115-118)

VI: Concept diabetesprotocollen

Protocol I.

Protocol Diabetes Mellitus voor Afdeling Interne geneeskunde (Pilot)

Doel:

- Bereiken van een eenduidige zorg rond mensen met Diabetes Mellitus die zijn opgenomen op een afdeling Interne geneeskunde.

Dit doel willen we bereiken door:

- Duidelijke afspraken te maken die gelden voor opname en ontslag van nieuwe, en bekende mensen met diabetes.
- Optimaliseren van de kennis op de afdeling door het aanbieden van dit protocol en het geven van klinische lessen.
- Twee verpleegkundige van de afdeling te laten fungeren als aanspreekpunt Zij zijn tevens verantwoordelijk voor de naleving van de afspraken.

Dit protocol is tot stand gekomen na gesprekken tussen de diabetes verpleegkundigen en de verpleegkundigen van Afdeling 12A en B en 15A i.o.m. de toenmalige Unit coördinator van 12A.

Implementatie volgt als alle betrokkenen zich kunnen vinden in dit protocol.

Het zal gepresenteerd worden tijdens een afdelingsoverleg. Na 3 maanden zal er een schriftelijke evaluatie van het protocol plaats vinden.

Protocol II.

Opname patiënt onbekend met diabetes mellitus

Doel

Het bereiken van een éénduidige zorg voor patiënten met recent gediagnosticeerde diabetes mellitus en de continuïteit in deze zorg.

Werkwijze.

- Indien de patiënt start met insuline.
- Start door afdelingsverpleegkundigen met instructie instellen en gebruik van insulinepen.
- Schriftelijke instructie bij diabetesverpleegkundige te verkrijgen.
- Consult aanvraag diabetesverpleegkundige (voor educatie en instructie zelfcontrole). Op consult de hulpvraag duidelijk formuleren.
- Consult aanvraag diëtist.
- Consult aanvraag oogarts door arts.

Indien de patiënt start met orale anti-diabetica:

- Consult aanvraag diabetesverpleegkundige (afhankelijk van de situatie zal deze bepalen of educatie noodzakelijk en haalbaar is).
- Consult diëtiste
- Oogarts door arts.

Indien de patiënt start met een combinatie van orale anti-diabetica en insuline:

- Consult aanvraag diabetesverpleegkundige.
- Consult aanvraag diëtist.
- Consult oogarts door arts.

Beleid t.a.v. behandeling diabetes mellitus wordt door de behandelend arts afgesproken, in overleg met de diabetesverpleegkundige.

Bij ontslag krijgt de patiënt een afspraak voor de poli interne en LO.m ons een afspraak bij de diabetesverpleegkundige mee.

Telefonisch spreekuur voor patiënten en/of familie dgs tussen 8.30 en 10.30.

Tel: 3610000 vragen naar zoemer 3036.

Punten die van belang zijn bij de behandeling van mensen met Diabetes Mellitus op de afdeling.

- Anamnese patiënt, gezinsgenoten, werk, dagritme, eetpatroon.
- Consult diabetes verpleegkundigen.
- Samenwerking verpleegkundigen, arts, diabetes verpleegkundigen en diëtiste
- In rapportage vermelden thuis situatie m.b.t injecteren van de insuline, zelf controle met glucose meter. Tijdens opname verloop diabetes, controle spuit plaatsen, observatie hypo's. Bij nieuwe mensen met diabetes, hoe gaat instellen insuline pen, kan patiënt al injecteren. Is diëtiste in consult m.b.t inzicht koolhydraten.

Door gezamenlijk een duidelijk beleid af te spreken, kan patiënt sneller goed geïnformeerd, geïnstrueerd en ingesteld met ontslag.

Protocol III

Opname patiënt bekend met diabetes mellitus

Doel :

Het bereiken van een éénduidige zorg voor patiënten met diabetes mellitus en de continuïteit hierin.

Werkwijze :

Als uit de anamnese blijkt dat de patiënt bekend is met diabetes mellitus. Consult diabetesverpleegkundigen bij:

- Ontregelde DM met orale therapie die over gaat op Insuline.
- Ontregelde DM met orale therapie en insuline.
- Ontregelde DM met insuline.
- Orale therapie LO.m diabetesverpleegkundige (b.v Tips en voor uitleg werking tal)letten)

Bekend zijn bij de diabetesverpleegkundige op de poli.

Wij geven instructie m.b.t glucosemeter, zelfcontrole en verdere educatie en stemmen het beleid t.a.v. de diabetes af samen met de behandelend arts.

Patiënt krijgt van afdelingsverpleegkundigen instructie m.b.t. gebruik van de insuline pen. Schriftelijke instructie bij diabetesverpleegkundige te verkrijgen.

Consult aanvraag diëtiste.

Bij ontslag krijgt de patiënt een afspraak mee voor de polikliniek interne en de diabetesverpleegkundige .

Telefonisch spreekuur voor patiënten en/of familie ma t/m vrij tussen 8.30-10.30 uur. Tel: 3610000 vragen naar zoemer 3036.

VII Enquête personeel

Beste collega's.

Zouden jullie een bijdrage willen leveren aan de kwaliteit rond de diabeteszorg en aan ons project, door middel van het invullen van deze enquête?

Wij zijn drie studenten die de opleiding tot HBO verpleegkunde volgen. In het kader van de rol ontwerper vindt er een project plaats op de afdelingen waar we werkzaam zijn. Alle drie zijn we werkzaam op de interne geneeskunde. Dit betreft de volgende afdelingen: 12A, 12B en 15A. Het project richt zich op de samenwerking tussen verschillende disciplines.

Hoe vaak komt het wel niet voor dat er onderling onduidelijkheden zijn en er niet voldoende gedocumenteerd staat?

Het hoofddoel van het project is: de kwaliteit van zorg omtrent de diabetespatiënt verhogen. Dit houdt in dat er verantwoorde diabeteszorg wordt gegeven, die tegemoet komt aan de reële wensen en behoeften van de patiënt en die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend.

Om dit te behalen moet het volgende subdoel behaald worden:

- De samenwerking tussen verschillende disciplines wordt verbeterd. Dit kan bereikt worden doordat de afspraken onderling beter worden gecoördineerd.

Waarom deze enquête:

Doormiddel van deze enquête willen wij inventariseren, op welke punten de kwaliteit van verschillende disciplines ten aanzien van de diabetes patiënt verbeterd zou kunnen worden.

Aan de hand van deze enquête schrijven wij aanbevelingen. Deze aanbevelingen presenteren wij tijdens een klinische les.

Het is mogelijk om de enquête anoniem in te vullen. Graag verzoeken we jullie wel uw functie in te vullen.. De uiterlijke inleveringdatum is 29 september.

Mijn functie is:.....

Afdeling:

Alvast bedankt.

Met vriendelijke groet,

Jolanda Sieders;
Miranda Boogaard;
Loes Noteboom.

1. Bent u op de hoogte van de samenwerkingsafspraken tussen verpleegkundigen, diabetes verpleegkundigen, diëtisten en artsen?
☐ Ja ☐ Nee
2. Wat is uw mening over de mondelinge terugkoppeling van de verschillende disciplines, betreft de afspraken rondom de diabetes patiënt?
☐ Zeer goed ☐ Goed ☐ Matig ☐ Slecht ☐ Zeer slecht
3. Wat is uw mening over de schriftelijke terugkoppeling van verschillende disciplines, betreft de afspraken rondom de diabetes patiënt?
☐ Zeer goed ☐ Goed ☐ Matig ☐ Slecht ☐ Zeer slecht
4. De huidige diabeteslijst is overzichtelijk en goed werkzaam.
 Ja, omdat.....

 Nee, omdat.....

5. Het communicatieformulier wordt gebruikt om duidelijk naar voren te laten komen wat de onderlinge afspraken zijn van de verschillende disciplines. Hoe wordt dit volgens u gebruikt?
☐ Zeer goed ☐ Goed ☐ Matig ☐ Slecht ☐ Zeer slecht
6. Bent u op de hoogte van het bestaan van de diabetespas? Zo ja, vul vraag 6 in.
☐ Ja ☐ Nee
7. Het invoeren van de diabetespas zal ik een kwaliteitsverbetering vinden.
☐ Ja ☐ Nee
8. Bent u op de hoogte van de diabetesprotocollen in het Haga-Ziekenhuis? Zo ja, vul vraag 9 in.
☐ Ja ☐ Nee
9. Hoe denkt u over de protocollen in het Haga-Ziekenhuis, locatie Leyenburg omtrent de diabetes patiënt?
☐ Zeer goed ☐ Goed ☐ Matig ☐ Slecht ☐ Zeer slecht
10. Wat vindt u van de wijze waarop de observaties, interventies, afspraken en uitspraken worden gedocumenteerd?
☐ Zeer goed ☐ Goed ☐ Matig ☐ Slecht ☐ Zeer slecht
11. Het opzetten van een multidisciplinair overleg vind ik een kwaliteitsverbetering.
☐ Ja ☐ Nee

12. Geef uw mening over het eenduidig taalgebruik tussen de onderlinge disciplines omtrent de diabetes patiënt?

0 Zeer goed 0 Goed 0 Matig 0 Slecht 0 Zeer slecht

13. Ziet u met betrekking tot de multidisciplinaire samenwerking rondom de diabetes patiënt verbeter mogelijkheden. Zo ja welke?

VIII Enquête patiënten

Geachte heer, mevrouw,

Kwaliteit is een van de speerpunten voor het Haga Ziekenhuis.

Om een indruk te krijgen hoe in het ziekenhuis wordt omgegaan met mensen met suikerziekte (diabetes mellitus) is uw mening nodig. Wij vragen u daarom onderstaande vragenlijst in te vullen. U stelt ons met uw opmerkingen in staat de zorg voor mensen met diabetes verder te verbeteren.

1. Werd er tijdens de anamnese (opnamegesprek) aandacht geschonken aan u ziekte, met betrekking op wat u thuis gewend bent?
☐ Ja ☐ Nee
2. U heeft diabetes en spuit insuline. Werd u steeds verteld hoeveel insuline u kreeg toegediend of hoeveel u spuiten moest?
☐ Ja ☐ Nee ☐ soms
3. Werd er naar u geluisterd wanneer u een opmerking maakte over de hoeveelheid insuline?
☐ Ja ☐ Nee ☐ soms
4. Kreeg u tijdens deze opname vaak eten of drinken aangeboden, dat u thuis niet neemt omdat u diabetes heeft?
☐ Ja ☐ Nee ☐ soms
5. Werd er naar u geluisterd wanneer u een opmerking maakte over het eten?
☐ Ja ☐ Nee ☐ soms
6. Heeft u de indruk dat de verpleegkundigen tijdens deze opname voldoende aandacht hebben gegeven aan uw diabetes?
☐ Ja ☐ Nee ☐ soms
7. Heeft u de indruk dat de artsen voldoende aandacht schenken aan uw diabetes?
☐ Ja ☐ Nee ☐ soms
8. Werd er tijdens deze opname hetzelfde materiaal gebruikt (denk aan insulinepen, injectienaald en insuline) dat u thuis ook gewend bent te gebruiken?
☐ Ja ☐ Nee ☐ soms
9. Werd er tijdens deze opname op dezelfde manier met het materiaal omgegaan (denk aan injectietechniek en injectieplaats) als u dat thuis gewend bent te doen?
☐ Ja ☐ Nee ☐ soms
10. Bent u tevreden over de manier waarop tijdens deze ziekenhuisopname met uw diabetes is omgegaan?
☐ Ja ☐ Nee

11. Denkt u dat de zorg voor mensen met diabetes in het Haga Ziekenhuis nog beter kan?
0 kan beter 0 neutraal 0 kan niet beter

Toelichting & opmerkingen zijn van harte welkom:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Uw leeftijd is:

Uw geslacht is: M/V

De afdeling waar u heeft gelegen is:

Bent u in dit ziekenhuis onder controle voor uw diabetes: Ja/Nee

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst.