

Leefstijlcoaching op weg naar huis

Met het oog op ontslag

Bachelor Thesis



Studenten: N.A.J. Ritchi
Y.M.J. Roufs
M.M.I. Vaessen

Studentnummers: 1516272
1535730
1534483

Docentbegeleider: Eveliene Dera-de Bie
Stageplek: Etage 12, Chirurgie en Urologie te Zuyderland MC Heerlen
Oost 43, Interne Geneeskunde en Maag Darm Lever te Zuyderland MC Sittard-Geleen
West 34, Cardiologie te Zuyderland MC Sittard-Geleen

Werkbegeleiders: Iris Pellaers
Nourjan Sharif
Jossie Tegels en Jony Lemmens Alzate

Praktijkbegeleiders: Simone Vermey
Monique Frijns-Weyers
Marieta Brand-Vromen

Expert: Rob Schoumakers

Periode: Duaal: 1 september 2018 t/m 21 augustus 2019
Voltijd: 26 november 2018 t/m 7 juni 2019

School: Zuyd Hogeschool
Faculteit: Faculteit gezondheidszorg, verpleegkunde
Datum: 24 mei 2019

Zuyd
Hogeschool

ZU
YD



zuyderland

Samenvatting

Patiënten met hartfalen hebben een verhoogde kans op een achteruitgaande gezondheid en beperkt te worden in het dagelijks functioneren. Bij patiënten met hartfalen kan sprake zijn van een terugval of mogelijke complicaties, waarbij zij een verhoogd risico hebben om te worden heropgenomen. Patiënten met hartfalen kunnen worden opgenomen op afdeling cardiologie. Dit onderzoek betreft een klinisch onderzoek binnen Zuyderland Medisch Centrum Sittard-Geleen afdeling cardiologie.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de toegepaste leefstijlcoaching bij patiënten met hartfalen in Zuyderland Medisch Centrum te Sittard-Geleen en tevens een aanbeveling te geven om leefstijlcoaching bij patiënten met hartfalen in Zuyderland Medisch Centrum te Sittard-Geleen te optimaliseren.

Bovenstaande doelstelling heeft geleid tot de volgende vraagstelling: 'Op welke wijze kan multidisciplinaire leefstijlcoaching heropname verminderen bij patiënten met hartfalen die zorg krijgen binnen Zuyderland Medisch Centrum te Sittard-Geleen?'

Voor dit onderzoek is een literatuurstudie gedaan om het theoretisch kader op te stellen. Hierbij is gebruik gemaakt van conceptuele literatuur en evidence based literatuur. Daarnaast zijn acht interviews uitgevoerd met experts. Op afdeling cardiologie is een enquête afgenomen en zijn observaties uitgevoerd.

Uit onderzoek blijkt dat leefstijlcoaching door alle respondenten wordt toegepast. De verpleegkundigen van afdeling cardiologie ondervonden meer belemmeringen dan bevorderingen wat betreft het bieden van leefstijlcoaching, met name door tijdsgebrek. Wanneer bevorderingen aanwezig zijn op het gebied van leefstijlcoaching, is de kans op heropnamen kleiner. Uit de observaties blijkt dat het geobserveerde gedrag niet overeenkwam met de gegeven antwoorden uit de enquête.

Om heropnamen bij patiënten met hartfalen te verminderen, is het van belang goed te overleggen binnen het multidisciplinair team, zodat de patiënt inzicht krijgt over zijn ziektebeeld gedurende een ziekenhuisopname. Daarnaast heeft het inzetten van hartfalenverpleegkundigen een toegevoegde waarde. Door patiënten regulier op te volgen, is de kans op heropnamen kleiner. Dit kan bijvoorbeeld worden gedaan middels polibezoeken en het contact met de hartfalenverpleegkundigen, zodat eerder kan worden ingespeeld op mogelijke kenmerken van hartfalen.

Abstract

Patients with heart failure have an increased chance of a regressed health and being limited in their daily functioning. Patients with heart failure can get a relapse or possible complications. This leads to a higher chance of getting readmitted to a hospital. Patients with heart failure can get hospitalized at the unit Cardiology. This research relates to a clinical research for Zuyderland Medisch Centrum Sittard-Geleen unit Cardiology.

The purpose of this research is to gain knowledge on lifestyle coaching for people with heart failures at Zuyderland Medisch Centrum in Sittard-Geleen. Besides that, the purpose to give an advice is to optimize the lifestyle coaching for people with heart failures.

Based on these purposes, the following research question has been made: 'In which way can multidisciplinary lifestyle coaching reduce rehospitalization for patients with heart failures who receive caretaking at Zuyderland Medisch Centrum in Sittard-Geleen?'

A literature study has been done to define a theoretical framework. Besides that, eight experts have been interviewed, observations have been performed and a survey was carried out on the unit Cardiology.

According to research, lifestyle coaching is being used by all respondents. The nurses, who work at the unit Cardiology, found more obstacles compared to improvements in offering lifestyle coaching. The main reason is lack of time. The chance of readmission is reduced when improvements in lifestyle coaching are present. According to the observations, the observed behaviour didn't correspond with the answers that were given in the survey.

To reduce the rehospitalization for patients with heart failure it is of good purpose to discuss this within the multidisciplinary team. That way the patient receives insight about his disease profile during hospitalization. The use of heart failure nurses also has an added value. Following the patients regularly reduces the chance of rehospitalization. This can be done by making use of polyclinic visitations and contact with the heart failure nurse. This way people can adapt to possible characterizations of heart failures.

Voorwoord

Voor u ligt de bachelor thesis van Nikki Ritchi, Yvon Roufs en Merle Vaessen. Wij zijn vierdejaars studenten van de opleiding hbo-verpleegkunde aan Zuyd Hogeschool te Heerlen. Dit onderzoek is uitgevoerd in de periode november 2018 tot en met mei 2019.

Op dit moment lopen wij stage binnen Zuyderland Medisch Centrum. Nikki loopt stage op afdeling chirurgie en urologie op locatie Heerlen, Yvon loopt stage op afdeling interne geneeskunde en MDL op locatie Sittard en Merle loopt stage op afdeling cardiologie op locatie Sittard.

Graag willen we de volgende mensen bedanken voor hun hulp tijdens het schrijven van deze thesis. Allereerst onze opdrachtgever en tevens begeleider vanuit Zuyderland, R. Schoumakers, waarbij we terecht konden met vragen en ons gerichte feedback gaf. Tevens onze praktijkbegeleiders vanuit Zuyderland, namelijk M. Brand, M. Frijns en S. Vermey. Daarnaast willen we onze docent die ons deze periode heeft bijgestaan bedanken voor haar feedback, ondersteuning en begeleiding, namelijk E. Dera. Ook willen we onze medestudenten bedanken voor het samen sparren over het onderzoek en geven van feedback. Ten slotte willen we graag alle respondenten bedanken voor hun tijd en inzet gedurende ons onderzoek.

Wij wensen u veel plezier bij het lezen van dit afstudeeronderzoek.

Nikki Ritchi

Yvon Roufs

Merle Vaessen

Heerlen, mei 2019

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Abstract	2
Voorwoord	3
Inleiding	6
Hoofdstuk 1 Theoretisch kader	8
Hoofdstuk 2 Methoden	14
2.1 <i>Onderzoeksbenadering</i>	14
2.2 <i>Setting en participanten</i>	14
2.3 <i>Dataverzameling</i>	15
2.4 <i>Data-analyse</i>	17
Hoofdstuk 3 Resultaten	19
3.1 <i>Interviews</i>	19
3.2 <i>Enquête</i>	21
3.3 <i>Observaties</i>	24
Hoofdstuk 4 Conclusie en Discussie	25
Hoofdstuk 5 Aanbevelingen	28
Literatuurlijst	30
Bijlage 1: Zoekstrategie	34
Bijlage 2: Informed consent	40
Bijlage 3: Enquête	41
Bijlage 4: Observatie schema	47
Bijlage 5: Topiclijsten	48
Bijlage 6: Codeboom	56
Bijlage 7: Resultaten enquête	61

Inleiding

Het aantal patiënten met een chronische aandoening is de afgelopen jaren sterk toegenomen (Volksgezondheid & zorg, 2017). Een chronische aandoening kan worden gedefinieerd als een ongeneeslijke aandoening of een onomkeerbare aandoening (van Abeelen, 2013). Decompensatio cordis is een chronische aandoening en wordt ook wel hartfalen genoemd. Hartfalen houdt in dat de werking van het hart achteruitgaat, met als gevolg dat het zuurstofrijke bloed en voedingsstoffen moeilijker door het lichaam worden gepompt (De Nederlandse Hartstichting, z.j.). Doordat hartfalen een chronische aandoening is, kan de schade aan het hart niet worden hersteld. Wel kan de kwaliteit van het hart worden gewaarborgd (Erends, Rademaekers & Deckers, 2017).

De diagnosegroep hart- en vaatziekten zal in 2040 de meeste ziektelast veroorzaken in de gezondheidszorg (Volksgezondheid Toekomst Verkenning, 2018). In 2017 waren 230.100 patiënten bekend met hartfalen (Volksgezondheid & zorg, 2017).

Patiënten met hartfalen bezoeken regelmatig de eerste- en tweedelijnszorg. Zij hebben een verhoogd risico op een verslechterde gezondheid en beperkt te worden in het dagelijks functioneren (Volksgezondheid Toekomst Verkenning, 2018). Om deze reden hebben patiënten met hartfalen een verhoogde kans om te worden heropgenomen in de tweede lijn, daar sprake is van een terugval of mogelijke complicaties (Volksgezondheid Toekomst Verkenning, 2018).

In 2018 waren in totaal 41.093 patiënten in het Zuyderland Medisch Centrum opgenomen. Voor het specialisme cardiologie waren 4.440 patiënten opgenomen. Hiervan werden 3.768 patiënten heropgenomen (Zuyderland, 2019). Op afdeling cardiologie worden veel patiënten opgenomen met de diagnose hartfalen. Vanuit deze setting is een klinisch onderzoek gestart.

Om ervoor te zorgen dat de klachten bij hartfalen verminderen, worden leefstijladviezen gegeven (De Nederlandse Hartstichting, z.j.). Een gezonde leefstijl is de basis om de kans op ziekten, klachten of complicaties te kunnen verkleinen. Tevens zorgt het voor een lichamelijk en geestelijk welbevinden en een hogere levensverwachting (Renes, Ronteltap & Bukman, 2018). Preventie en zelfmanagement zijn belangrijk om de heropname van patiënten met hartfalen te voorkomen. Om deze reden dient tijdens de ziekenhuisopname te worden gestart met de leefstijlaanpassingen van de patiënt (Sassen, 2016). Door preventieve maatregelen toe te passen tijdens een ziekenhuisopname, kan de patiënt de leefstijlaanpassingen in de thuissituatie initiëren en waarborgen (Sassen, 2016). Tijdens deze leefstijlaanpassingen is het essentieel dat de patiënt wordt gemotiveerd en inzicht verkrijgt in het zo efficiënt mogelijk leven met hartfalen (Brug, Assema & Lechner, 2017). Door preventief leefstijlcoaching te geven en heropnamen te voorkomen, kan dit een bijdrage

leveren aan het betaalbaar houden van de gezondheidszorg in Nederland (Bijma & Lax, 2012).

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de toegepaste leefstijlcoaching bij patiënten met hartfalen in Zuyderland Medisch Centrum te Sittard-Geleen en tevens een aanbeveling te geven om leefstijlcoaching bij patiënten met hartfalen in Zuyderland Medisch Centrum te Sittard-Geleen te optimaliseren.

In het kader van dit onderzoek is de volgende vraagstelling geformuleerd:

‘Op welke wijze kan multidisciplinaire leefstijlcoaching heropname verminderen bij patiënten met hartfalen die zorg krijgen binnen Zuyderland Medisch Centrum te Sittard-Geleen?’

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag zijn de volgende deelvragen opgesteld:

1. Wat zijn de meest relevante begrippen en definities omtrent leefstijlcoaching bij hartfalen?
2. Wat staat in de literatuur over het voorkomen van heropnamen bij patiënten met hartfalen middels leefstijlcoaching?
3. Hoe wordt leefstijlcoaching bij patiënten met hartfalen toegepast door de verschillende disciplines werkzaam binnen Zuyderland Medisch Centrum te Sittard-Geleen?
4. Welke belemmeringen en bevorderingen worden ondervonden door de verschillende disciplines omtrent leefstijlcoaching?
5. Welk advies kan worden gegeven om heropname te verminderen?

In dit onderzoek is een mixed method verricht. Door middel van literatuurstudie, interviews, enquête en observaties is dit onderzoek uitgevoerd. De volgende personen zijn geïnterviewd: drie cardiologen, twee hartfalen-verpleegkundigen, een verpleegkundig specialist cardiologie, een physician assistant cardiologie in opleiding en de teamleider van afdeling cardiologie. Op afdeling cardiologie is een enquête uitgezet voor de vaste verpleegkundigen en zijn observaties uitgevoerd tijdens ontslaggesprekken.

Deze thesis is opgebouwd uit vijf hoofdstukken. Hoofdstuk 1 bevat het theoretisch kader. In hoofdstuk 2 worden de gebruikte methodes van dit onderzoek omschreven. Dit hoofdstuk bevat de paragrafen onderzoeksbenadering, setting en participanten, dataverzameling, data-analyse en METC. In hoofdstuk 3 worden de resultaten omschreven. Dit hoofdstuk bevat de paragrafen interviews, enquête en observaties. In hoofdstuk 4 wordt een conclusie gevormd en worden discussiepunten toegelicht. In hoofdstuk 5 worden aanbevelingen gegeven voor Zuyderland Medisch Centrum. Na deze vijf hoofdstukken volgt de literatuurlijst, waarin alle bronnen die voor dit onderzoek zijn gebruikt volgens APA worden vermeld. Tot slot zijn de bijlagen te vinden.

Hoofdstuk 1 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk worden de meest relevante begrippen behorende bij dit onderzoek omschreven. De begrippen worden middels bestaande definities gedefinieerd, waarbij ook het belang wordt omschreven.

Er zijn veel patiënten met een chronische aandoening, waarbij sprake kan zijn van multi morbiditeit. In de toekomst zal de prevalentie stijgen. Een chronische aandoening houdt een onomkeerbare aandoening in, waarbij geen uitzicht is op volledig herstel en sprake is van een relatief lange ziekteduur (van den Bos, Danner, de Haan & Schadé, 2017). In Nederland zijn ongeveer 1,4 miljoen mensen gediagnostiseerd met hart- en vaatziekten. Jaarlijks worden ongeveer 40.000 mensen voor het eerst gediagnostiseerd met de chronische aandoening hartfalen. Naar schatting telt Nederland ruim 230.000 mensen met hartfalen. In 2017 stierven bijna 7.700 mensen aan hartfalen (Volksgezondheid en zorg, 2018). Gemiddeld sterven dagelijks 21 mensen aan hartfalen. Jaarlijks zijn bijna 31.000 ziekenhuisopnamen voor mensen met hartfalen (Hartstichting, 2019). Veel mensen worden wegens hartfalen opgenomen in het ziekenhuis en overlijden ten gevolge van deze chronische aandoening. Om deze reden is het van belang dat hartfalen wordt behandeld in zoverre dit mogelijk is, bijvoorbeeld door het toepassen van leefstijlcoaching.

Bij hartfalen is het hart niet meer in staat om voldoende bloed het lichaam in te pompen wegens een verminderde pompfunctie. De hartspier heeft op dat moment een verminderde spierkracht of de hartspier is verdikt en stijf (Jaarsma & Van der Wal, 2015). Hierdoor ontvangen alle organen in het lichaam onvoldoende voedingsstoffen en zuurstof (Pieters & Janssen-Boyne, 2016). Oorzaken van hartfalen kunnen zijn: coronairlijden, hypertensie, cardiomyopathie, ritmestoornissen en toxische stoffen (Jaarsma & Van der Wal, 2015). Hartfalen kan worden onderverdeeld in rechts decompensatio cordis en links decompensatio cordis. Bij rechts decompensatio cordis is vooral de pompfunctie van de rechter harthelft verslechterd. Hierdoor kan bloed zich ophopen voor de rechter ventrikel. Bij links decompensatio cordis is vooral de pompfunctie van de linker harthelft verslechterd. Dit heeft als gevolg dat de bloedvaten van de longen wegens stuwing overvol kunnen raken. Hierdoor kan vocht uit de longvaten lekken, waardoor oedeem ontstaat. Dit leidt tot dyspneuklachten. Vaak bestaat een combinatie van zowel rechts- als links decompensatio cordis (Pieters & Janssen-Boyne, 2016).

Voor het diagnosticeren van de ernst van hartfalen wordt gebruikt gemaakt van de classificatie van de New York Heart Association (NYHA) (Jonkers, 2016). Deze classificatie is onderverdeeld in de zogenaamde vier NYHA stadia. Tijdens dit onderzoek ligt de focus op NYHA 3 en NYHA 4, daar vooral patiënten met deze classificatie worden heropgenomen in

het ziekenhuis. Classificatie NYHA 3 houdt in dat de patiënt klachten ervaart tijdens matige inspanning. Wanneer een patiënt klachten ervaart tijdens rust of lichte inspanning wordt dit classificatie NYHA 4 genoemd (Jonkers, 2016).

Bij hartfalen kunnen symptomen van verslechtering zijn. De belangrijkste symptomen zijn: een gewichtstoename van twee kilogram (of meer) in twee tot drie dagen, oedemateuze extremiteiten, strakker zitten van kleding, progressieve dyspneuklachten, overdag oligurie en 's nachts polyurie, hartritme veranderingen, duizeligheid, toename van vermoeidheid en afname van inspanningstolerantie, angina pectoris klachten, misselijkheid, diarree en braken en griep of koorts (Pieters & Boyne-Janssen, 2016).

Patiënten met hartfalen maken frequent gebruik van eerste- en tweedelijnszorg (Jaarsma & van der Wal, 2015). Eerstelijns zorg houdt in dat patiënten via de huisarts worden behandeld voor hartfalen. Het merendeel van de patiënten wordt echter behandeld in de tweedelijnszorg. Hieronder valt een behandeling voor hartfalen in een ziekenhuis of revalidatiekliniek. (Rijksoverheid, z.j.). Het onderzoek heeft enkel in Zuyderland Medisch Centrum plaatsgevonden, waardoor de focus is gelegd op leefstijlcoaching van hartfalen binnen de tweedelijnszorg.

Bij de disciplines van de tweedelijnszorg is sprake van multidisciplinaire samenwerking. Hierbij geldt gedeelde verantwoordelijkheid in het uitvoeren en financieren van zorg. Een multidisciplinaire benadering van patiënten met hartfalen blijkt het meest effectief volgens Jaarsma en van der Wal (2015). Deze multidisciplinaire benadering kan worden bevorderd middels een multidisciplinair overleg (MDO). De optimale samenstelling van een multidisciplinair team staat niet vast en kan op diverse manieren worden ingevuld (Jaarsma & van der Wal, 2015). Cardiologen en hartfalenverpleegkundigen kunnen deel uitmaken van het multidisciplinair team. Patiënten met hartfalen komen frequent in aanraking met deze disciplines (Jaarsma & van der Wal, 2015). De cardioloog is verantwoordelijk voor de diagnostiek en behandeling bij patiënten met cardiale klachten, zoals hartfalen. De hartfalenverpleegkundige is een gespecialiseerde verpleegkundige. De rol van een hartfalenverpleegkundige is veelzijdig en omvat educatie en begeleiding van de patiënt en zijn naasten, ondersteuning van de zelfzorg, follow-up na ontslag en optimalisatie van de medische behandeling, zoals het instellen op optimale medicatie (Jaarsma & van der Wal, 2015). Hartfalenverpleegkundigen monitoren dus patiënten met hartfalen om zo heropnamen proberen te voorkomen. Een patiënt met hartfalen wordt namelijk gemiddeld twee keer per jaar opgenomen (van Til & Lamfers, 2018).

Middels het toepassen van preventie in de eerste- en tweedelijnszorg kan ervoor worden gezorgd dat patiënten geen terugval krijgen (Sassen, 2016). Volgens Volksgezondheid en zorg (2019) is het doel van preventie om te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te beschermen en te bevorderen. Daarnaast heeft preventie het doel om ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium te herkennen. Preventie wordt in vier verschillende categorieën onderverdeeld, namelijk universele-, selectieve-, geïndiceerde- en zorg gerelateerde preventie (Volksgezondheid en zorg, 2019; Sassen, 2016). Gedurende dit onderzoek is met name zorg gerelateerde preventie aan bod gekomen. Zorg gerelateerde preventie is gericht op mensen met het chronisch ziektebeeld hartfalen, waarbij wordt voorkomen dat hartfalen leidt tot verdere beperkingen, complicaties, een mindere kwaliteit van leven of sterfte (Volksgezondheid en zorg, 2019; Sassen, 2016). Het gaat hierbij om het optimaliseren van de gezondheidssituatie. Er worden signaleringen gedaan over de symptomen van hartfalen, adviezen gegeven over hoe om te gaan met de symptomen en per individu voorlichting gegeven (Hoeijmakers, 2014). Door zorg gerelateerde preventie toe te passen, raken patiënten mogelijk minder snel gedecompenseerd, verbetert de kwaliteit van leven en zal het aantal heropnamen verminderen.

Om ervoor te zorgen dat de patiënt met hartfalen zich betrokken voelt bij zijn eigen ziekteverloop, wordt de patiënt gestimuleerd tot zelfmanagement. Bij zelfmanagement leert de patiënt om te gaan met zijn gezondheidsproblemen en de symptomen. Daarnaast erkent de patiënt de lichamelijke en psychosociale consequenties van zijn gezondheidsprobleem. Ook is het van belang dat de patiënt zijn leefstijlveranderingen eigen maakt, zodat hij dit gedrag kan volhouden (Sassen, 2016).

Leefstijlcoaching is een vorm van gezondheidsvoorlichting. Volgens de World Health Organisation (WHO) is gezondheidsvoorlichting een combinatie van leerervaringen ontwikkeld en ontworpen om patiënten te helpen hun gezondheid te bevorderen. Het betreft dus een vakterm voor verschillende activiteiten. Hierbij worden door middel van educatie of informatieoverdracht patiënten gestimuleerd zich 'gezonder' te gedragen.

Bij het bieden van leefstijlcoaching is het van belang om leefregels te geven aan de patiënt. De vier belangrijkste leefregels bij patiënten met hartfalen zijn: de medicatie tijdig innemen, een natriumbepert dieet en een vochtbeperking inclusief dagelijks wegen (Pieters & Boyne-Janssen, 2016). Medicijnen die worden voorgeschreven bij hartfalen zijn: diuretica, ACE-remmers, digoxine, bètablokkers, bloedverdunners, nitraten, vaatverwijders. Een natriumbeperting betekent in grote lijnen dat een maaltijd zonder toegevoegd zout bereid dient te worden. European Society of Cardiology (ESC) adviseert om natrium te beperken tot

2.400 milligram (mg) per dag. De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie geeft echter geen meetbaar advies: slechts 'enige' natriumbeperking en het vermijden van peïk innames. Voor patiënten met NYHA-klasse III en IV wordt een natriumbeperking tot 3.000 mg natrium per dag aangeraden. Een natriumintake van meer dan 3.000 mg natrium per dag kan een hoger risico op heropname en overlijden veroorzaken (Haandrikman & Dolman, 2018). De voorgeschreven vochtbepèrking houdt gemiddeld een vochtbepèrking van 1.500 milliliter (ml) per dag in (Pieters & Boyne-Janssen, 2016). Uit onderzoek van Park, Dracup, Whooley, McCulloch, Jin, Moser, Clark, Pelter, Biddle & Esquivel (2017) blijkt dat patiënten met hartfalen die hun gewicht in bijvoorbeeld een dagboek monitoren, minder kans hebben op terugvalverschijnselen. Door dit zelf goed te monitoren, wordt de zelfmanagement bevorderd.

Therapietrouw is bij veel patiënten een probleem. Volgens Jonkers (2016) staan patiënten met hartfalen erom bekend dat ze therapieontrouw zijn met het innemen van medicatie. Vooral diuretica worden niet ingenomen, daar deze snel en heftig werken. Wanneer deze medicatie niet wordt ingenomen, is een verhoogd risico op heropname wegens decompensatie. Hier wordt de patiënt door middel van intraveneuze medicatie ontwaterd (Jonkers, 2016). Gedurende een onderzoek in Nederland werden gegevens over therapietrouw en kennis over hartfalen geanalyseerd. Bij dit onderzoek was de therapietrouw voor dieet en vochtbepèrking beter dan die voor dagelijks wegen en bewegen (Landman, Limburg & Rutten, 2013). Om de leefstijl van patiënten met hartfalen te veranderen, is het belangrijk om na te gaan hoe gedragsverandering plaatsvindt.

Volgens Steenhuis & Overtoom (2018) kan gezondheidswinst worden behaald door positieve veranderingen in leefstijl. Hierbij staan de BRAVO-gedragingen centraal: bewegen, roken, alcohol, voeding en ontspanning (Steenhuis & Overtoom, 2018). Dit geldt ook voor patiënten met hartfalen. De leefstijl kan meestal niet in één keer worden veranderd. Hierbij is sprake van verschillende veranderingsfasen. In de literatuur zijn diverse gedragsveranderingsmodellen beschreven. Een bekend model is dat van DiClemente en Prochaska. Zij onderscheiden vijf fasen voor gedragsverandering. Namelijk fase 1 precontemplatie, fase 2 contemplatie, fase 3 preparatie, fase 4 actie en fase 5 gedragsbehoud (Steenhuis & Overtoom, 2018). Na verloop van tijd wordt duidelijk of iemand het nieuwe gedrag daadwerkelijk gaat volhouden. Het nieuwe gedrag wordt onderdeel van het dagelijks leven van de patiënt die de gedragsverandering heeft ondergaan. Een mogelijke terugval blijft aanwezig. Het proces van gedragsverandering gaat niet altijd in een vloeiende lijn van fase 1 tot en met fase 5. Mensen vallen af en toe terug in een eerdere fase (Steenhuis & Overtoom, 2018). Om patiënten efficiënt hun leefstijl te laten veranderen, is het van belang dat ze alle

fasen doorlopen. Hierdoor wordt inzicht verkregen in hun eigen leefstijl. Dit kan een ongezonde leefstijl zijn met betrekking tot hartfalen. Om ervoor te zorgen dat ze een gezonde leefstijl gaan ontwikkelen, is een bepaalde gedragsverandering noodzakelijk, zodat ook later hun positief beïnvloed gedrag wordt behouden. Daarnaast is het belangrijk dat patiënten ook acties ondernemen. Zonder acties zullen zij hun oude leefstijl continueren en is sprake van terugval (Steenhuis & Overtoom, 2018).

Bij iedere gedragsverandering zijn momenten van terugval in oude gewoonten. De Amerikaanse psycholoog Marlatt heeft een theorie ontwikkeld over hoe het proces van terugvallen plaatsvindt en welke psychologische processen daarbij een rol spelen. Deze theorie wordt wereldwijd nog steeds frequent gebruikt en is toegepast op tal van gedragingen. De theorie stelt dat het risico op terugval ontstaat wanneer mensen in een zogenoemde hoog risicosituatie komen, waarin de kans groter is dat zij gaan terugvallen. Bekende hoog risicosituaties zijn negatieve gevoelens, conflicten met anderen, situaties met sociale druk, maar ook positieve gevoelens (Steenhuis & Overtoom, 2018). Wanneer patiënten niet in staat zijn om op een goede manier met een hoog risicosituatie om te gaan, zullen zij terugvallen in ongewenst gedrag. In dat geval is sprake van een negatieve coping respons. In eerste instantie leidt dit tot een eenmalige terugval. Dit wordt lapse genoemd. Een lapse maakt de kans op een totale terugval (relapse) groter, omdat na een lapse gevoelens van schuld en schaamte komen (Steenhuis & Overtoom, 2018).

Een of meer vervolcontacten bij cardiologen en/of hartfalenverpleegkundigen blijken een belangrijke stimulans te zijn om nieuw gedrag vol te houden. Steeds vaker wordt gebruik gemaakt van telefonisch contact of elektronisch contact, denk aan e-mail of sms. Dit betreft korte follow-up of langdurige ondersteuning van zelfmanagement (van der Burgt, Terra & van Mechelen-Gevers, 2015). De verpleegkundige helpt de patiënt nieuw gedrag vol te houden en hierin de regie te nemen. Door dit proces in kaart te brengen, wordt positieve feedback gevormd en kan dit een positieve invloed hebben op het nieuwe gedrag. Daarnaast richten interventies zich op gewoontevorming, probleemoplossing en omgaan met risicosituaties. In vervolgesprekken kan een beeld worden gevormd van de mate van (niet-) volhouden. De manier waarop de patiënt tegen de ziekte aankijkt is hierbij erg belangrijk. Dat kan aanknopingspunten bieden voor nader onderzoek en voor gerichte ondersteuning van stappen. Het is van belang dat wordt aangegeven waar de patiënt met vragen en problemen terecht kan en op welke manier hij contact kan opnemen. Al deze interventies dragen er aan bij dat de patiënt in toenemende mate de problemen die hij ervaart actief kan benaderen en aanpakken (van der Burgt, Terra & van Mechelen-Gevers, 2015).

Een terugval of heropname zou kunnen worden verminderd door goede begeleiding. In Nederland hebben twee onderzoeken plaatsgevonden, waarbij is gekeken naar de effecten van gestructureerde hartfalenzorg op een hartfalenpoli. Dit waren het COACH- en het DEAL-onderzoek, die beiden wisselende resultaten toonden. Tijdens het COACH-onderzoek kreeg een groep patiënten met hartfalen uitgebreide zorg van een hartfalenverpleegkundige door middel van contactmomenten in de thuissituatie. De andere groep kreeg dit niet (Jaarsma & van der Wal, 2015). In het COACH-onderzoek was geen verschil tussen de groepen in heropnamen en mortaliteit. Bij het DEAL-onderzoek werden de patiënten ook in twee groepen verdeeld. Hierbij kreeg een groep patiënten intensieve begeleiding van een gespecialiseerde cardioloog en een hartfalenverpleegkundige en de andere groep niet. Na één jaar waren patiënten met de intensieve begeleiding significant minder vaak opgenomen of overleden (Jaarsma & van der Wal, 2015).

Brennan (2018) schrijft in een artikel dat een geïntegreerde aanpak door gespecialiseerde multidisciplinaire hartfalen teams kan helpen om heropnamen te verminderen en het welzijn van patiënten met hartfalen te verbeteren. Een tijdige diagnose, toegang tot een passende behandeling, een vroege follow-up na ontslag uit het ziekenhuis en hartrevalidatie zou bij alle patiënten met hartfalen geprioriteerd moeten zijn (Brennan, 2018)

Er is gebleken dat patiënten met hartfalen steeds meer toenemen. Tevens hebben zij, door een verhoogd risico op een verslechterde gezondheid, meer kans om heropgenomen te worden. Om patiënten bewust te maken van hartfalen en inzicht te geven in het ziektebeeld wordt leefstijlcoaching aangeboden. Door de aangeboden leefstijlcoaching na te leven, kunnen heropnamen worden verminderd. Tevens zou volgens de literatuur een geïntegreerde aanpak door gespecialiseerde multidisciplinaire hartfalenteams kunnen helpen om heropnamen te verminderen. Met deze informatie rondom het onderwerp leefstijlcoaching bij hartfalen kan worden gekeken hoe leefstijlcoaching in de praktijk wordt uitgevoerd.

Hoofdstuk 2 Methoden

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode beschreven. Er wordt uitgelegd waarom voor een bepaalde onderzoeksmethode is gekozen en hoe deze is vormgegeven.

2.1 Onderzoeksbenadering

Er is een mixed method onderzoek verricht. Allereerst is in de literatuur gezocht naar informatie rondom hartfalen, multidisciplinaire samenwerking, leefstijlcoaching en het voorkomen van heropnamen. Zo is een volledig beeld gecreëerd over leefstijlcoaching bij patiënten met hartfalen. Tevens is onderzocht hoe leefstijlcoaching bij patiënten met hartfalen wordt vormgegeven door verschillende disciplines. Om dit te bereiken zijn interviews bij experts op het gebied van hartfalen afgenomen. Zo is meer informatie verkregen over hun visie op leefstijlcoaching en de wijze waarop zij leefstijlcoaching toepassen. Tevens was het belangrijk om alle vaste verpleegkundige medewerkers hierover te ondervragen. Om deze doelgroep te bereiken, is een enquête afnemen het meest effectief (Baarda, 2013). Daarnaast is het interessant om te zien of de resultaten van de enquête overeenkomen met het daadwerkelijke gedrag van de medewerkers. Dit is gedaan door middel van observaties. Tijdens de uitvoering van dit onderzoek is één onderzoeker werkzaam op afdeling cardiologie.

2.2 Setting en participanten

Zuyderland is het grootste Medisch Centrum in Limburg. Locatie Heerlen en Sittard-Geleen vormen de twee hoofdlocaties. Zuyderland Medisch Centrum (ZMC) heeft in totaal 700 bedden (Zuyderland, 2018a). Afdeling cardiologie in ZMC Sittard-Geleen heeft zestien eenpersoonskamers. In ZMC bevindt zich naast de afdeling cardiologie ook de poli cardiologie op locatie West 05. Op afdeling cardiologie werken momenteel veertien vaste verpleegkundigen. Daarnaast zijn acht verpleegkundigen in opleiding werkzaam. Op de poli cardiologie zijn drie hartfalenverpleegkundigen werkzaam. In totaal werken 27 cardiologen binnen ZMC Sittard-Geleen en Heerlen. Zij werken verdeeld over beide locaties. Voor dit onderzoek zijn inclusie- en exclusiecriteria opgesteld. Deze criteria geven aan welke personen hebben deelgenomen aan het onderzoek.

Inclusie	Exclusie
Vaste medewerkers van afdeling cardiologie	Leerlingen/stagiaires van afdeling cardiologie Vaste medewerkers van de CCU
Werkzaam binnen ZMC Sittard-Geleen	Werkzaam binnen ZMC Heerlen
Cardiologen vooral werkzaam binnen ZMC Sittard-Geleen	Vaste medewerkers of cardiologen werkzaam binnen overige ziekenhuizen
Hartfalenverpleegkundigen van de poli cardiologie van ZMC Sittard-Geleen	Eerstelijnszorg

Tabel 1: Inclusie- /exclusiecriteria onderzoeksmethode

2.3 Dataverzameling

2.3.1 Literatuurstudie

Middels de opgestelde hoofdvraag en deelvragen is een literatuurstudie verricht. Hierbij is achtergrondinformatie over het onderwerp leefstijlcoaching verzameld. Vooraf aan de literatuurstudie zijn zoektermen opgesteld. Via verschillende databanken is naar informatie gezocht, waarna deze is verwerkt in het theoretisch kader en de onderzoeksmethode. Er is gezocht op databanken zoals Sprinkerlink, DiZ, Google Scholar en PubMed (Bibliotheek Zuyd, 2019). Tevens is nieuwe literatuur gevonden middels het bekijken van bronnenlijsten van reeds gehanteerde bronnen. Ook is in de bibliotheek van Zuyd Hogeschool te Heerlen gezocht naar literatuur die kon worden gebruikt.

2.3.2 Interviews

Voor dit onderzoek zijn acht face-to-face semigestructureerde interviews afgenomen met de volgende personen: drie cardiologen, twee hartfalen-verpleegkundigen, een verpleegkundig specialist cardiologie, een physician assistant cardiologie in opleiding en de teamleider van afdeling cardiologie. Via het invullen van een informed consent formulier is toestemming verkregen van de respondenten (Zie Bijlage 2: Informed consent). De interviews zijn volledig anoniem en de namen van de respondenten zijn niet zichtbaar gemaakt. Vooraf zijn topiclijsten gemaakt, waarbij doorvragen mogelijk was (Baarda et al., 2018). In de topiclijsten kwamen de volgende topics aan bod: leefstijlcoaching, gedrag en ervaringen (Zie Bijlage 5: Topiclijsten interviews). De interviews zijn afgenomen in de periode van 25 maart 2019 tot en met 26 april 2019 en er is 60 minuten tijd voor vrijgemaakt. Telkens is door twee onderzoekers in een gesloten ruimte geïnterviewd. De onderzoekers hebben niet gerouleerd, om zo de betrouwbaarheid te waarborgen. Doordat telkens twee onderzoekers aanwezig waren, kon één onderzoeker vragen stellen en de andere notulen maken. Naast deze notulen zijn er ook, met toestemming van de respondenten, audio opnamen gemaakt. Hierdoor is de controle op kwaliteit van interviews maximaal (Baarda, van der Hulst & de

Goede, 2012). Aan de respondenten is medegedeeld dat de betreffende audio opnamen 1 september 2019 worden verwijderd. Er is gekozen voor semigestructureerde interviews, omdat door deze onderzoeksmethode diep op informatie kan worden ingegaan. Tijdens een interview kan worden doorggevraagd en de persoon die wordt geïnterviewd, kan onderwerpen aan het licht brengen waar onderzoekers nog niet bij hadden nagedacht. Dit kan mogelijk nieuwe onderzoeksresultaten bieden (Baarda, 2013).

2.3.3 Enquête

Op 1 april 2019 is via Zuyderland e-mail een enquête naar alle veertien vaste verpleegkundigen van afdeling cardiologie gestuurd. Deze is uitgezet met het programma Google Formulieren en was beschikbaar tot en met 28 april 2019. De enquête is niet naar leerlingen gestuurd, daar zij nog lerende zijn in de rol van coach en leefstijlcoaching niet frequent toepassen. Om een response rate tussen de 60 tot 80 procent (Fincham, 2008) te behalen, zijn vier reminders gestuurd. Namelijk op 8, 15, 22 en 26 april 2019 (Baarda, Kalmijn & de Goede, 2015). In de bijgevoegde introductie e-mail is benoemd dat de gegevens vertrouwelijk en anoniem zouden worden behandeld, zodat de antwoorden niet konden worden gekoppeld aan een specifiek individu (Baarda, Kalmijn & de Goede, 2015). Om de enquête op te stellen, is gezocht naar bestaande enquêtes. Echter zijn vooral enquêtes gevonden die gericht waren op de patiënt. Deze konden niet worden gebruiken. Vandaar is de enquête opgesteld aan de hand van bestudeerde literatuur. In de enquête kwamen de volgende topics aan bod: algemeen, kennis leefstijlcoaching, kunde leefstijlcoaching, gedrag leefstijlcoaching, uitvoeren leefstijlcoaching en veranderbereidheid (Zie Bijlage 3: Enquête). Allereerst kwamen in de enquête vragen aan bod die gericht waren op achtergrondvariabelen, zoals geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Deze zijn van belang voor de representativiteit van de enquête (Baarda, Kalmijn & de Goede, 2015). Verder kwamen open vragen aan bod. Echter zo weinig mogelijk, aangezien deze tijdrovender zijn. Tevens kwamen vragen met een tweepuntsschaal en driepuntsschaal als antwoordmogelijkheid aan bod. Dit bevordert de validiteit van de enquête (Baarda, Bakker, Boullart, Julsing, Fischer, Peters & van der Velden, 2018). Tot slot is in de enquête aandacht besteed aan de doelgroep analyse van Rogers (2003). Zo kon worden gekeken of werknemers van afdeling cardiologie open staan voor vernieuwing. Er is gekozen voor een enquête om alle vaste verpleegkundigen van afdeling cardiologie te ondervragen over leefstijlcoaching bij ontslag. Middels de enquête kon deze grote groep snel worden bereikt (Baarda, Kalmijn & de Goede, 2015). Tevens kan zo elke verpleegkundige een bijdrage leveren aan het onderzoek en hun gedachten en ideeën laten horen.

2.3.4 Observatie

In de periode van 1 april 2019 tot en met 26 april 2019 hebben observaties plaatsgevonden op afdeling cardiologie. De observaties zijn uitgevoerd tijdens ontslaggesprekken van patiënten met hartfalen door een verpleegkundige. Deze observaties zijn uitgevoerd, aan de hand van een vooraf opgesteld observatieschema, door de onderzoeker die haar stage loopt op de afdeling (Zie Bijlage 4: Observatieschema). Tevens is aan een andere HBO-V stagiaire, werkzaam op deze afdeling, gevraagd of zij ook wilde deelnemen aan het uitvoeren van de observaties. De observaties waren onverhuld, niet-participerend en systematisch. Onverhuld, zodat er geen beïnvloeding kon optreden door bijvoorbeeld sociale wenselijkheid (Baarda et al., 2018). Niet-participerend, zodat de onderzoeker zich volledig op de observatie kon richten en gekeken kon worden of de verpleegkundige daadwerkelijk voldeed aan het opgestelde observatieschema (Baarda et al., 2018). Systematisch, omdat er vooraf een observatieschema is opgesteld (Celestin-Westreich & Celestin, 2017). Door deze observaties kon worden gekeken of het gedrag van een verpleegkundige bij een ontslaggesprek overeenkwam met wat is ingevuld tijdens de enquêtes. Het biedt tevens de mogelijkheid om gedrag vast te stellen waarvan de respondent zich niet of slecht van bewust is (Baarda et al., 2018).

2.4 Data-analyse

2.4.1 Literatuurstudie

Bij het zoeken van de achtergrondinformatie door middel van databanken is gekeken of de artikelen betrouwbaar en valide zijn voor dit onderzoek. De gevonden literatuur is verwerkt in een zoekstrategie (Zie Bijlage 1: Zoekstrategie). Zo kan de gevonden informatie snel worden teruggevonden (Baarda et al., 2018). Er is gezocht naar bronnen die zijn geschreven binnen de marge van 5 jaar geleden. Als de bron ouder is dan 5 jaar, is gekeken of deze nog gezien mag worden als betrouwbaar. De conceptuele bronnen mogen buiten de marge van 5 jaar vallen.

2.4.2 Interviews

Middels de audio opnamen en notulen zijn alle interviews getranscribeerd en gecodeerd. De getranscribeerde interviews zijn binnen anderhalve week naar de respondent gemaild voor een membercheck. Respondenten hebben vervolgens hun akkoord en eventuele aanvullingen en aanpassingen gegeven (Baarda et al., 2018). Door de interviews vervolgens te coderen, kon een verband worden gelegd tussen de woorden van de respondent en het conceptuele kader van de onderzoekers (Baarda, van der Hulst & de Goede, 2012). Tijdens het coderen zijn uitspraken van de respondenten, die van belang zijn voor het onderzoek, voorzien van een label. Deze labels zijn op de uitgeprinte transcripten erbij geschreven. Dit

wordt ook wel open coderen genoemd. Vervolgens is axiaal gecodeerd, wat inhoudt dat verbanden zijn gezocht tussen de categorieën met labels. Ten slotte is selectief gecodeerd. Dit is gedaan door alle labels op aparte post-its te schrijven en deze post-its te bundelen onder kernthema's. Vervolgens zijn de post-its onder de kernthema's nog verdeeld in thema's. Met alle gevonden labels, verdeeld onder thema's en kernthema's, is een codeboom gecreëerd (zie Bijlage 6: Codeboom).

2.4.3 Enquête

De enquête is automatisch geanalyseerd door het programma Google Formulieren. Hierdoor is altijd toegang tot de verkregen informatie van de enquête (Google, 2018). De enkele- of meerkeuzevragen zijn automatisch in cirkeldiagrammen en tabellen omgezet door Google Formulieren. De data is zo in aantallen en procenten gepresenteerd (van der Donk & van Lanen, 2015). De antwoorden op de open vragen zijn per respondent met elkaar vergeleken. Uiteindelijk is geprobeerd om elke vraag te koppelen aan een deelvraag van het onderzoek. Tevens is gekeken naar andere opvallende dingen in de enquête, zoals vragen die niet zijn beantwoord en vragen waarin antwoorden erg verschillen van elkaar. De antwoorden van de enquête in de vorm van cirkeldiagrammen zijn te vinden in Bijlage 7: Resultaten Enquête.

2.4.4 Observatie

Doordat tijdens de observaties is geobserveerd met een observatieschema, konden gedragingen logisch worden ondergebracht in concrete rubrieken (Celestin-Westreich & Celestin, 2017). Uiteindelijk zijn de observaties geordend, verwerkt en op drie manieren geïnterpreteerd. Er is gekeken naar de mate van gedrag en/of de manier waarop het zich voordoet. Tevens zijn verbanden gelegd tussen de uitgevoerde observaties. Tot slot is gekeken of eventueel handelingsadviezen konden worden gegeven (Celestin-Westreich & Celestin, 2017).

2.5 Medisch Ethische Toets Commissie (METC)

Tijdens dit onderzoek zijn geen patiënten betrokken. De METC is niet van toepassing.

Op afdeling cardiologie van ZMC Sittard-Geleen is middels interviews, een enquête en observaties het onderzoek uitgevoerd.

Hoofdstuk 3 Resultaten

In dit hoofdstuk zal antwoord worden gegeven op het toepassen van leefstijlcoaching door verschillende disciplines, belemmeringen en bevorderingen omtrent leefstijlcoaching en mogelijke adviezen om heropname te verminderen.

3.1 Interviews

Er zijn acht interviews afgenomen, getranscribeerd en gecodeerd, waarvan vervolgens een codeboom is gemaakt (Zie bijlage 6: Codeboom).

3.1.1 Toepassen leefstijlcoaching

Uit de interviews met de cardiologen is gebleken dat zij leefregels en leefstijladviezen meegeven aan patiënten met hartfalen. Daarnaast geven ze uitleg over het ziektebeeld en spreken ze verwachtingen uit. Dit doen ze tijdens de artsensite en poliafspraken. Vervolgens kwam uit het interview met de verpleegkundig specialist en de physician assistant naar voren, dat zij dieper ingaan op de gegeven leefstijladviezen van de cardiologen. Dit doen zij door middel van gesprekken met de patiënten en/of familie. Hartfalenverpleegkundigen passen leefstijlcoaching toe door middel van leefstijladviezen en ziekte-inzicht te geven. Daarnaast zijn zij ook educatief werkzaam op het gebied van leefstijlcoaching, bijvoorbeeld door bewustwording te creëren bij patiënten. Op de afdeling houdt de teamleider zicht op de geboden leefstijlcoaching door de verpleegkundigen, bijvoorbeeld tijdens een ontslaggesprek. De verpleegkundigen geven leefstijladviezen mee en uitleg aan patiënten en familie.

3.1.2 Belemmeringen leefstijlcoaching

Persoonlijke factoren die belemmerend kunnen zijn voor het geven van leefstijlcoaching zijn eigenwijsheid, hardhorend, slecht verdragen van medicatie, niet gemotiveerd, eenzaamheid, laag IQ, gewoontes, weinig ziekte-inzicht, dementie en oudere patiënten. Daarnaast kunnen een aantal omgevingsfactoren een rol spelen. Met name betrokkenheid van familie, thuissituatie, telefonisch contact, alleenstaand, lage sociale klasse, afwezigheid van tweede persoon bij uitleg en weinig financiële middelen. Ook afdelingsgericht kunnen een aantal zaken belemmerend werken. Zoals drukte, weinig tijd, onduidelijkheid over wanneer de hartfalenverpleegkundige dient te worden ingeschakeld, de patiënten aanmelden bij de hartfalenverpleegkundigen op de dag van ontslag en geen gezondheidsvoorlichting door de verpleegkundigen op de afdeling. Multidisciplinaire belemmeringen zijn tegenstrijdige adviezen door bijvoorbeeld de huisarts, geen overdracht vanuit de hartfalenverpleegkundigen, overlaat aan informatie door verschillende disciplines, weinig

onderling contact, geen MDO op de afdeling en een klapper met veel informatie van de hartfalenverpleegkundigen. Over de klapper zegt een respondent het volgende: *“Hartfalenverpleegkundigen geven de patiënten een hele dikke klapper met informatie. Of ik het daar zo mee eens ben, weet ik niet. Ze krijgen namelijk al zoveel informatie.”*

3.1.3. Bevorderingen leefstijlcoaching

Persoonlijke factoren die bevorderend kunnen zijn voor het geven van leefstijlcoaching zijn een hoog IQ, bereidheid om leefstijl te veranderen, begrip, mogelijkheden en wil van de patiënt, ziekte-inzicht hebben, meer bezig zijn met een gezonde leefstijl en goed reageren op medicatie. Zo zegt een respondent: *“Een patiënt die heel goed op medicatie reageert, zich daardoor beter gaat voelen en alle adviezen opvolgt, zal dus ook positieve feedback krijgen van zijn eigen gedrag en dan natuurlijk ook de coaching prettig hebben gewaardeerd.”* Daarnaast kunnen een aantal omgevingsfactoren een rol spelen. Namelijk de inzet van hartfalenverpleegkundigen. Dit wordt door alle acht respondenten benoemd. Overige omgevingsfactoren zijn hartfalenverpleegkundigen die op de afdeling komen bij de patiënten, aanwezigheid van een tweede of derde persoon bij het geven van uitleg, face-to-face contact, hulp en betrokkenheid van familieleden, patiënten die samenwonen en het opstarten van een MDO op de afdeling. Een respondent benoemt: *“Ik zou zeker een MDO willen. Ik vind het belangrijk dat meerdere disciplines aanwezig mogen of kunnen zijn voor een patiëntenbespreking. Daar komen altijd bijzondere facts uit die belangrijk zijn voor het herstel en het thuistraject.”* Echter geeft een andere respondent het volgende aan: *“Ik heb geen behoefte aan een MDO. Dit wordt te veel kletsen. Ik heb zelf geen behoefte om standaard een keer per week bij elkaar te zitten en dan de patiënten te bespreken die er op dat moment liggen, want die kunnen morgen weer weg zijn en liggen er weer drie anderen.”* Ook afdelingsgericht kunnen een aantal zaken bevorderend werken. Zoals visuele ondersteuning bij uitleg over hartfalen, informatieboekjes en een klapper met uitleg. Multidisciplinaire bevorderingen zijn fysiotherapie en revalidatie, het inzetten van maatschappelijk werk bij problemen in de thuissituatie, uitleg door een diëtiste, persoonlijk contact met de hartfalenverpleegkundige, relevante leefregels op een overdracht benoemen, samen visite lopen door verpleegkundigen en een cardioloog en uitleg door een cardioloog. In een interview wordt door de hartfalenverpleegkundige benoemd: *“Soms is het zo dat ze ons niet geloven, maar als een dokter het zegt, dan doen ze er wel iets mee. Dit is vooral bij oudere mensen.”* Meerdere bevorderende factoren zijn de betrokkenheid van de verpleegkundige tijdens een ontslaggesprek, de inzet van een verpleegkundig specialist en physician assistent. Bij leefstijlverandering zijn de volgende zaken bevorderend: continuïteit in begeleiding, communicatie met de patiënt, het geven van complimenten en bewustwording en een andere mindset creëren bij een patiënt.

Tijdens de interviews zijn door respondenten ideeën geopperd om leefstijlcoaching te bevorderen. Zo gaf een respondent bijvoorbeeld aan om verpleegkundigen met aandachtsgebieden aan te stellen. Tevens gaf een respondent aan om een afdelingstelevisie in gebruik te nemen. Hier kan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) of andere uitleg op getoond worden.

3.1.4 Heropname verminderen

Tijdens opname is de inzet van een verpleegkundig specialist en physician assistant belangrijk. Het volgende wordt namelijk door de hartfalenverpleegkundige benoemd: *“Sinds één jaar hebben wij nu een verpleegkundig specialist en physician assistant op de afdeling. Ik merk nu wel sinds zij er zijn, dat de patiënten beter zijn geïnformeerd. Ook schakelen zij ons eerder in bij het nazorgtraject van de patiënten. We hebben al minder het draaideureffect. Zij kijken toch anders naar een patiënt dan een cardioloog. Zij zijn toch intensiever met de patiënt bezig dan een cardioloog die telkens een overdracht krijgt. Dat merk ik wel.”* Ook wordt de inzet van de hartfalenverpleegkundigen wederom benoemd. Zo wordt het volgende benoemd over de inzet van de hartfalenverpleegkundigen: *“Om een patiënt stabiel te houden, dat is natuurlijk het belangrijkste werk in wezen van de hartfalenverpleegkundigen, om te voorkomen dat het ziektebeeld an sich geleidelijk aan progressief is. Ik heb ook duidelijk gezien. Destijds, toen hartfalenverpleegkundige als fenomeen ontstond, dat we veel minder vaak heropnamen hadden dan daarvoor.”* Ook is een goede overdracht naar thuiszorgorganisaties en eerstelijns zorg belangrijk. Volgens de respondenten kan heropname worden verminderd door opname op een revalidatieafdeling, de intensieve begeleiding door de hartfalenverpleegkundigen of de praktijkondersteuner van de huisarts, de laagdrempeligheid van de hartfalenverpleegkundigen, de lijnen kort te houden en patiënten regulier op te volgen.

3.2 Enquête

De enquête is ingevuld door tien verpleegkundigen. Dit waren zes vrouwen en vier mannen. Hiervan zijn zeven verpleegkundigen tussen de achttien en dertig jaar oud. Tevens zijn zeven MBO-verpleegkundigen en drie HBO-verpleegkundigen. Zes verpleegkundigen zijn één tot vijf jaar werkzaam binnen ZMC. De overige vier verpleegkundige zijn hier zes of meer jaar werkzaam. Voor de volledige resultaten van de enquête zie Bijlage 7: Resultaten enquête.

3.2.1 Toepassen leefstijlcoaching

Er wordt door acht verpleegkundigen aangegeven dat zij leefstijlcoaching soms toepassen op de afdeling. Twee verpleegkundigen geven aan dit altijd te doen. Uit de enquête blijkt dat

meer dan de helft van de verpleegkundige leefstijlcoaching toepast tijdens de verblijf- en ontslagfase. Slechts één verpleegkundige doet dit gedurende de gehele opname. De volgende argumenten worden benoemd door de verpleegkundigen: *“Je geeft bij opname aan wat het beleid is en wat het doel van de opname is. Stukje coaching is wat je daar al begint te doen. Bij opname attendeer je mensen op de juiste leefwijze passend bij het ziektebeeld. Bij ontslag nogmaals uitleg geven over de leefwijze.”* Ook wordt beschreven: *“Is niet op een moment van toepassing, maar continue.”* Tevens wordt beargumenteerd: *“Patiënt/familie leg ik al vroeg uit waarom eventueel verandering in leefstijl/dieet nodig is.”*

Alle tien de verpleegkundigen geven aan dat de verpleegkundigen en hartfalenverpleegkundigen verantwoordelijk zijn voor het bieden van leefstijlcoaching. Tevens vindt het merendeel dat de cardioloog, verpleegkundig specialist en physician assistant hiervoor verantwoordelijk zijn. Slechts één verpleegkundige vindt dat de voedingsassistenten hiervoor verantwoordelijk zijn. Echter blijkt uit de enquête dat volgens alle verpleegkundigen op dit moment de hartfalenverpleegkundigen deze taak op zich nemen. De verpleegkundigen, cardioloog, verpleegkundig specialist en physician assistant dragen hiervoor minder verantwoordelijkheid in tegenstelling tot de wens van de verpleegkundigen.

3.2.2 Belemmeringen en bevorderingen leefstijlcoaching

In onderstaande tabel zijn de belemmerende en bevorderende factoren weergegeven in individuele, sociale, organisatorische en maatschappelijke factoren.

Subfactor	Belemmerende factoren	Bevorderende factoren
Individuele factoren	- Kennistekort - Niet bekwaam voelen in de rol van leefstijlcoach (50%)	- Voldoende kennis - Bekwaam voelen in de rol van leefstijlcoach (50%)
Sociale factoren	- De samenwerking tussen de cardioloog, hartfalenverpleegkundigen, verpleegkundig specialist, physician assistant en verpleegkundigen verloopt niet	- Motivatie om de zorg te verbeteren.
Organisatorische factoren	- Weinig acties ondernomen - Geen MDO - Tijdsdruk - Personele bezetting - Ontbreken protocol	- Voldoende acties ondernomen - Meer tijd vrij maken - Informatieboekjes verstrekken - Hartfalenverpleegkundige tijdig inschakelen
Maatschappelijke factoren	- Therapie ontrouw	<i>Niet van toepassing</i>

Tabel 2: Belemmerende en bevorderende factoren rondom leefstijlcoaching

3.2.3 Heropname verminderen

Om de belemmerende factoren om te buigen naar bevorderende factoren waardoor, leefstijlcoaching wordt geoptimaliseerd en heropname mogelijk wordt verminderd, worden de volgende voorstellen door de verpleegkundigen gedaan: uitleg krijgen met betrekking tot leefstijlcoaching bij hartfalenpatiënten, meer tijd vrijmaken, gewenning maken, een protocol of handleiding opstellen ten aanzien van leefstijlcoaching, een klinische les geven, afspraken met andere disciplines en een MDO opstarten met bijvoorbeeld de cardioloog, verpleegkundig specialist, hartfalenverpleegkundige, verpleegkundigen, hartrevalidatie en diëtiste. In de enquête gaven acht verpleegkundigen aan behoefte te hebben aan een MDO. Redenen om dit wel te doen zijn: eenduidigheid en snelle communicatie, de patiënt wordt middels meerdere disciplines in kaart gebracht, duidelijke doelen stellen en weten waar iedereen mee bezig is, beter inzicht krijgen in het ziektebeeld, het zorgtraject na ontslag beter en sneller in kaart brengen, een volledig beeld van de zorgvrager krijgen, geen coördinatie tussen disciplines en processen van de patiënt verlopen beter. De redenen waarom geen behoefte is aan een MDO zijn: er is te weinig tijd voor op de afdeling en de huidige communicatie tussen verschillende disciplines verloopt meestal goed. Verder is geen uitleg gegeven en kan niet doorgevraagd worden vanwege de anonimiteit van de enquête.

3.2.4 Veranderbereidheid

In de enquête is een vraag gesteld over welke stelling het beste bij de verpleegkundige paste. Hiermee kan worden gekeken of werknemers open staan voor nieuwe ontwikkelingen.

<i>"Ik ben iemand die initiatief neemt om een nieuwe ontwikkeling in te brengen"</i>	1 (10%)
<i>"Ik wil weten of de nieuwe ontwikkeling functioneert voor ik het zelf probeer"</i>	7 (70%)
<i>"Ik wil weten of de nieuwe ontwikkeling functioneert voor ik het zelf probeer"</i>	2 (20%)
<i>"Ik vind het goed zoals het team beslist"</i>	0 (0%)
<i>"Ik heb geen behoefte aan verandering"</i>	0 (0%)

De meeste respondenten gaven aan open te staan voor nieuwe ontwikkelingen en gaven aan hier graag aan mee te willen werken. Niemand gaf aan geen behoefte te hebben aan verandering. Volgens Rogers (2003) zou de indeling van de doelgroep als volgt uitzien: innovators (10%), early adopters (70%), early majority (20%) en late majority en laggards (0%). Tevens gaven zeven verpleegkundigen aan geen weerstand te ervaren bij veranderingen ten aanzien van kwaliteitsverbetering op de afdeling en drie verpleegkundigen gaven aan wel weerstand te ervaren. Ten slotte is in het interview aan de teamleider van afdeling cardiologie gevraagd of het team open zal staan voor een advies met betrekking tot het bieden van leefstijlcoaching. De teamleider antwoordde daarop: *"Ik denk wel dat de verpleegkundigen er voor open staan. Een hartfalen patiënt komt gewoon heel vaak voor."*

We hebben gewoon 80% van de patiënten die hartfalen hebben. Dus ik denk dat in dat opzicht iedereen wel veel eraan mee denkt en kijkt naar verbeterpunten.”

3.3 Observaties

De observaties zijn uitgevoerd op afdeling cardiologie aan de hand van een opgesteld observatieschema.

In totaal is viermaal geobserveerd tijdens een ontslaggesprek. De gesprekken duurden tussen de twee en zeven minuten. Allereerst werd het doel van het gesprek door drie van de vier verpleegkundigen aangegeven. Drie verpleegkundigen benoemden slechts enkele leefregels, waaronder het zoutarm dieet, de vochtbeperking en het dagelijks wegen. Deze leefregels kwamen niet alle drie tegelijkertijd aan bod in een ontslaggesprek. Eén verpleegkundige collega gaf géén leefregels mee. Medicatie tijdig innemen werd door niemand als leefregel meegegeven. Bij alle vier de ontslagen werd het afsprakenoverzicht meegegeven. Tevens kreeg één patiënt een Tri-flow mee. Deze had de patiënt reeds tijdens opname gekregen voor ademhalingsoefeningen. Overig materiaal werd niet meegegeven aan de patiënten, zoals bijvoorbeeld een informatieboekje. Mogelijke klachten van hartfalen werden door niemand van de verpleegkundigen benoemd. Ook vroeg niemand van de verpleegkundigen of de patiënt nog vragen had. De dochter van één patiënt vroeg wel wat haar moeder nu wel of niet mocht eten. De verpleegkundige antwoordde hierop dat zij zelf goed naar de hoeveelheid zout dienden te kijken en benoemde dat in een kant en klaar maaltijd bijvoorbeeld erg veel zout zit. Niemand van de verpleegkundigen vroeg aan de patiënt of hij nog eens kon benoemen wat was besproken. Ten slotte werd het gesprek door alle verpleegkundigen afgerond door de patiënt het beste te wensen en afscheid te nemen.

Leefstijlcoaching wordt door alle respondenten toegepast op hun eigen manier. De helft van de verpleegkundigen voelt zich niet bekwaam in de rol van leefstijlcoach. Uit de enquête blijkt dan ook dat meer belemmeringen dan bevorderingen zijn. Uit de interviews blijkt wel dat meer bevorderingen zijn dan belemmeringen wat betreft het toepassen van leefstijlcoaching. Echter worden bovengenoemde bevorderingen momenteel niet altijd toegepast in de praktijk. Wanneer deze bevorderingen wel aanwezig zijn, is de kans op heropnamen kleiner. Uit de observaties blijkt dat het geobserveerde gedrag niet overeenkwam met de gegeven antwoorden uit de enquête.

Hoofdstuk 4 Conclusie en Discussie

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden op welke wijze multidisciplinaire leefstijlcoaching heropname kan verminderen bij patiënten met hartfalen die zorg krijgen binnen Zuyderland Medisch Centrum te Sittard-Geleen. Om heropname te verminderen bij patiënten met hartfalen is het van belang goed te overleggen binnen het multidisciplinair team. Dit kan door middel van een MDO op te starten. Hier kunnen de verschillende disciplines de patiënten bespreken en belangrijke zaken afspreken, zoals het in consult vragen van de hartfalenverpleegkundige, het aanvragen van fysiotherapie of zelfs een kortdurige opname op een revalidatieafdeling na ontslag op de afdeling. Daarnaast is het van belang dat de patiënt duidelijkheid krijgt over zijn ziektebeeld gedurende een ziekenhuisopname. Dit door middel van een gesprek met een cardioloog, verpleegkundig specialist of physician assistant. Het is van belang dat hier familie bij is. Zo ontvangen meerdere mensen de leefstijlcoaching en is het niet alleen de patiënt die informatie krijgt. De patiënt krijgt tijdens een opname namelijk al erg veel informatie. Om deze informatie tijdens een (familie)gesprek goed over te brengen, is het handig om visuele ondersteuning te hebben in de vorm van een iPad of een klapper.

De inzet van de hartfalenverpleegkundige blijft belangrijk. De hartfalenverpleegkundige gaat een intensief traject aan met de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis, als de hartfalenverpleegkundige in consult is gevraagd. Dit door middel van telefonisch contact, controle afspraak in het ziekenhuis en zelfs huisbezoek. Naast deze afspraken heeft de patiënt ook nog controle afspraken bij de cardioloog. Doordat patiënten regulier worden opgevolgd is kans op heropnamen kleiner.

Er zijn enkele discussiepunten voortgekomen uit bovenstaand onderzoek.

In de literatuur wordt een natriumbeperking tot 3000 mg per dag aangeraden (Haandrikman & Dolman, 2018). Echter adviseert de ESC om natrium te beperken tot 2400 mg (Pieters & Boyne-Janssen, 2016). De verschillende literatuurstudies spreken elkaar tegen. Een respondent in een interview geeft aan dat dit maximaal 2000 mg mag zijn. Binnen het ZMC wordt dus weer een andere hoeveelheid aangenomen. Echter is niet doorgevraagd waar de respondent dit op baseert.

Om de leefstijl te veranderen wordt Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) aangeboden. Dit betreft programma's die op maat doelgericht hulp bieden aan de patiënt (RIVM, 2012). Bij GLI worden patiënten geadviseerd en begeleid met betrekking tot voeding en eetgewoontes, gezond bewegen en gedragsveranderingen. Deze interventies zijn gericht op het verwerven en behouden van een gezonde leefstijl. Volgens onderzoek is GLI op maat kosteneffectieve zorgverlening. Vanaf 1 januari 2019 wordt GLI vanuit de basisverzekering vergoed. Tot op

heden kunnen enkel patiënten met obesitas worden doorverwezen naar een GLI. Patiënten met obesitas hebben een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, waaronder hartfalen. Mogelijk dat patiënten met hartfalen in de toekomst ook worden doorverwezen naar een GLI (RIVM, 2018). Echter kan enkel de huisarts, dus de eerstelijnszorg, patiënten doorverwijzen voor GLI. Daarom is ervoor gekozen om dit niet mee te nemen in dit onderzoek.

Daarnaast kan een discussiepunt zijn dat in de zoekstrategie te zien is dat bronnen van de databank Google zijn gehaald. Het gaat namelijk om bronnen van Hartstichting, RIVM en de internetpagina van Zuyderland Medisch Centrum. De betrouwbaarheid van deze bronnen is discutabel, omdat geen auteurs worden vermeld. Tevens is geen exacte definitie te vinden van leefstijlcoaching te vinden. In dit onderzoek is daarom de definitie van gezondheidsvoorlichting van de WHO gebruikt.

Door middel van een expert van Zuyderland zijn cijfers verkregen over het totale aantal opgenomen en heropgenomen patiënten binnen Zuyderland. Uit de cijfers blijkt dat 4.440 patiënten zijn opgenomen binnen het specialisme cardiologie en hiervan 3.768 patiënten zijn heropgenomen. Dit houdt in dat slechts 672 patiënten niet heropgenomen zijn. Het was moeilijk voor de expert om dit aantal te specificeren. Het betreffend mogelijk ook heropnames voor andere specialismen en/of ziektebeelden. Het gegeven aantal is dus niet geheel betrouwbaar.

Binnen ZMC zijn drie cardiologen gespecialiseerd in hartfalen. Een van deze cardiologen kon helaas niet deelnemen aan dit onderzoek. Vervolgens is in overleg met de opdrachtgever de keuze gemaakt een andere cardioloog te interviewen. Namelijk een cardioloog gespecialiseerd in hartrevalidatie.

Twee respondenten gaven tijdens het interview aan bezig te zijn met het opstarten van een MDO. De twee respondenten zijn hier individueel mee bezig. Echter blijkt uit andere interviews dat niemand hiervan op de hoogte is.

Een ander discussiepunt is dat het verpleegkundig team uit veertien personen bestaat en tien verpleegkundigen de enquête hebben ingevuld, ondanks dat er vier reminders gestuurd zijn. Uiteindelijk is hiermee wel de response rate behaald. Een ideale situatie zou zijn geweest dat iedereen de enquête zou invullen, vooral omdat het een kleinere groep is. Ook is geen reden bekend waarom de overige vier verpleegkundigen de enquête niet hebben ingevuld. Daarnaast denkt de teamleider dat het verpleegkundig team open zal staan voor verandering. Echter blijkt uit de enquête dat drie respondenten weerstand voelen bij kwaliteitsverbetering.

De onderzoeksperiode van dit huidige onderzoek was beperkt. Mogelijk zouden meer ontslagen geobserveerd kunnen worden binnen een langere tijd, zodat de meting betrouwbaarder is. In vier weken tijd konden slechts vier observaties worden uitgevoerd. De observator was slechts enkele dagen werkzaam op de afdeling. Tevens werden patiënten

met hartfalen vaak niet ontslagen op deze dagen. Om deze reden is een medestudent gevraagd om mee te observeren. Echter heeft deze persoon nul observaties kunnen uitvoeren wegens dezelfde reden en tijdgebrek.

Ook blijkt uit de observaties dat dit niet overeenkomt met de gegeven antwoorden uit de enquête. Dit zou kunnen betekenen dat in de enquête sociaal wenselijke antwoorden gegeven zijn.

Hoofdstuk 5 Aanbevelingen

Uit bovenstaand onderzoek kunnen de volgende aanbevelingen worden geformuleerd.

Allereerst wordt geadviseerd om vervolgonderzoek uit te voeren. Hierbij is het van belang om de patiënten met hartfalen en de eerstelijns zorg mee te nemen. Er zou bijvoorbeeld gekeken kunnen worden hoe de patiënten de geboden leefstijlcoaching ervaren en wat zij graag anders zouden zien. In de eerstelijns zorg zou gekeken kunnen worden naar bijvoorbeeld de kennis over hartfalen bij de huisarts. Respondenten in dit onderzoek gaven namelijk aan dat deze kennis soms niet toereikend is. Daarnaast is het van belang om te onderzoeken hoe de begeleiding vanuit de eerstelijns zorg is bij patiënten met hartfalen.

Naar aanleiding van bovenstaande aanbevelingen wat betreft meer onderzoek zou uiteindelijk ook gekeken kunnen worden naar leefstijlcoaching bij andere chronische ziekten op afdelingen binnen ZMC.

Een andere aanbeveling vanuit dit onderzoek is het starten van een MDO op de afdeling. Bij dit MDO dienen de cardioloog en/of verpleegkundig specialist of physician assistant aanwezig te zijn. Daarnaast is het van belang dat de hartfalenverpleegkundige, een verpleegkundige van de afdeling, een fysiotherapeut, een medewerker van transferpunt, een maatschappelijk werker en een diëtiste aanwezig is bij het MDO. Een cardioloog, verpleegkundig specialist en physician assistant zijn van belang in verband met hun medische blik. De verpleegkundige heeft een klinische blik. De hartfalenverpleegkundige kan inschatten of de patiënt in aanmerking komt voor een nazorgtraject, een fysiotherapeut kan aangeven of de patiënt in aanmerking komt voor revalidatie, een medewerker van transferpunt kan de nazorg voor de patiënt in gang zetten en hierin advies geven. Een maatschappelijk werker kan hulp bieden bij het stabiliseren van de thuissituatie en de diëtiste kan dieetadvies geven.

Er wordt aangeraden om een protocol op te stellen omtrent het bieden van leefstijlcoaching. Dit protocol dient te worden opgesteld door de betrokken disciplines. Daarnaast zou het makkelijk zijn voor de verpleegkundigen op de afdeling als zij een keuzeboom hebben. Dit houdt in dat ze via deze weg kunnen inschatten wanneer ze aan een cardioloog moeten vragen om de hartfalenverpleegkundige in consult te vragen.

Daarnaast is het raadzaam om klinische lessen te geven voor het verpleegkundig personeel. Dit kan bijvoorbeeld worden gedaan door een hartfalenverpleegkundige. Dit om kennis te vergroten omtrent leefstijlcoaching.

Uit de observaties bleek dat verpleegkundigen weinig tot geen leefregels meegeven. Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn om een leefstijlfolder mee te geven aan de patiënten tijdens een ontslaggesprek. Op deze folder staan belangrijke punten voor de patiënt vermeld, zoals informatie over het ziektebeeld, complicaties van het ziektebeeld, leefstijladviezen en

belangrijke telefoonnummers. Zo vergeet een verpleegkundige geen belangrijke informatie te geven tijdens een ontslaggesprek.

Tot slot is het aanbevelingswaardig een pilot te starten om verpleegkundigen met aandachtsgebieden aan te stellen. Op de verpleegafdeling zijn dan bijvoorbeeld drie verpleegkundigen met als aandachtsgebied 'hartfalen'. Ze zijn dan niet hartfalenverpleegkundigen, maar hebben dit als aandachtsgebied. Met als gedachtegang het bieden van gezondheidsvoorlichting aan deze patiënten. Zo kunnen andere verpleegkundigen zich bezig houden met overige werkzaamheden. Sinds kort is het ook mogelijk om een post-HBO opleiding tot leefstijlcoach te volgen. Mogelijk kunnen de verpleegkundigen deze opleiding volgen om hun rol als leefstijlcoach te optimaliseren.

Concrete doelen voor verbetering:

- Binnen twee jaar wordt een vervolgonderzoek verricht naar het toepassen van leefstijlcoaching bij patiënten met hartfalen binnen de eerstelijnszorg.
- Binnen twee jaar wordt een vervolgonderzoek verricht naar de ervaring van de patiënten met hartfalen die leefstijlcoaching krijgen aangeboden binnen ZMC te Sittard-Geleen.
- Na vervolgonderzoeken bij eerstelijnszorg en patiënten met hartfalen volledig te hebben afgerond wordt onderzoek verricht over leefstijlcoaching bij overige chronische ziektebeelden binnen ZMC zoals bijvoorbeeld diabetes, nierinsufficiëntie en chronic obstructive pulmonary disease (COPD).
- Binnen een half jaar wordt op afdeling cardiologie binnen ZMC Sittard-Geleen wekelijks een MDO gehouden met de volgende disciplines: cardioloog en/of verpleegkundig specialist, een hartfalenverpleegkundige, een verpleegkundige, een fysiotherapeut, een diëtiste, een medewerker van transferpunt en maatschappelijk werk.
- Na de start van het MDO wordt maandelijks door de betrokken disciplines en teamleider geëvalueerd, waarbij bevorderingen en belemmeringen worden besproken en opgepakt.
- Binnen een half jaar wordt binnen ZMC een protocol en keuzeboom voor verpleegkundigen opgesteld, door de betrokken disciplines van het multidisciplinair team, betreft het bieden van leefstijlcoaching aan patiënten met hartfalen.
- Binnen drie maanden wordt door de hartfalenverpleegkundige een klinische les aangeboden betreft leefstijlcoaching bij patiënten met hartfalen voor verpleegkundigen van afdeling cardiologie binnen ZMC te Sittard-Geleen.
- Binnen drie maanden wordt binnen ZMC een folder opgesteld met de meest relevante leefregels voor patiënten met hartfalen.
- Binnen een jaar wordt een half jaar durende pilot gestart voor verpleegkundigen van afdeling cardiologie binnen ZMC te Sittard-Geleen met verschillende aandachtsgebieden die op de afdeling voorkomen.

Literatuurlijst

Met dank werd gebruik gemaakt van de volgende literatuur.

Baarda, B. (2013). *Dit is onderzoek!* Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V., Velden van der, T. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen/Utrecht: Noordhoff Uitgevers.

Baarda, B., Hulst van der, M., Goede de, M. (2012). *Basisboek Interviewen*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers

Baarda, B., Kalmijn, M., Goede de, M. (2015). *Basisboek enquêteren*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Baldewijns, K., & Boyne, J. (2017). Onderzoek naar organisatie hartfalenzorg in Belgische regio Noorderkempen. *Cordiaal*, 38(4), 126-127.

Bibliotheek Zuyd. (2019). Databanken. Geraadpleegd op 24 januari 2019, van <https://libguides.bibliotheek.zuyd.nl/databankengezondheidszorg>

Bijma, M. (2012). *Leefstijlcoaching: Kernvragen bij gedragsverandering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Brennan, E.J. (2018). Chronic heart failure nursing: integrated multidisciplinary care. *British Journal of Nursing*. 27(12), 681-688.

Brug, J. E., Assema, v., & Lechner, L. (2016). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak* (9e druk.). Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Burgt van der, M., Terra, B., Mechelen-Gevers van, E. (2015). *Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Celestin-Westreich, S. Celestin, L. P. (2017). *Observeren en rapporteren*. Amsterdam: Pearson.

De Nederlandse Hartstichting. (z.j.). Uitleg over hartfalen. Geraadpleegd op 22 januari 2019, van <https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten/hartfalen-gids/wat-is-hartfalen-uitleg?tab=3>

Donk, C., van der., Lanen, B., van. (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Engelfriet, P. M., Hoogenveen, R. T., Poos, M. J. J. C., Blokstra, A., Van Baal, P. H. M., & Verschuren, W. M. M. (2012). *Hartfalen: epidemiologie, risicofactoren en toekomst* (260401006/2012). Geraadpleegd op 22 januari 2019, van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260401006.pdf>

Erends, J., Rademaekers, T., & Deckers, H. (2017). Hartfalenboek. Geraadpleegd op 26 december 2018, van <https://www.zuyderland.nl/wp-content/uploads/2017/02/572-A4-Internet-folder-zuyderland-Hartfalenboek-versie-jan-2017-in-Z-stijl.pdf>

Fincham, J. (2008). Response rate and Responsiveness for surveys, standards and the journal. *American journal of pharmaceutical education*. 72(2).

Google. (2018). Prachtige formulieren maken. Geraadpleegd op 22 januari 2019, van <https://www.google.nl/intl/nl/forms/about/>

Haandrikman, A., Dolman, C. (2018). Is bij hartfalen altijd een natriumbeperving nodig? *Nursing* 7(18).

Hartstichting. (2019). Cijfers Hart- en vaatziekten. Geraadpleegd op 27 januari 2019, van <https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten/feiten-en-cijfers-hart-en-vaatziekten>

Hoelijmakers, M. (2014). Preventie: de verborgen kracht van de wijkverpleegkundige. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 6(92). 209-210.

Pieters, B.B., Janssen-Boyne, J.J.J. (2016). *Bijblijven*. 9(9), 2-19.

Jaarsma, T., Wal van der, M. (2015). *Zorg rondom hartfalen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Jonkers. (2016). Hartfalen: onderschatte sluipmoordenaar. *Nursing* 22(12), 30-35.

Landman, M.A., Limburg, A., Rutten, F.H. (2013). Opvolgen van leefregels bij hartfalen: 'One size fits all?'. *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde*, 157(9).

Lemmers, J., de Greef J. (2018). *Gezondheidsbevordering en leefstijl*. Amsterdam: Boom uitgevers.

Park, L. G., Dracup, K., Whooley, M. A., McCulloch, C., Jin, C., Moser, D. K., Clark, R.A., Pelter, M.M., Biddle, M., Esquivel, J.H. (2017, november). Symptom Diary Use and Improved Survival for Patients With Heart Failure. Geraadpleegd op 24 januari 2019, van <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.117.003874>

Renes, R. J., Ronteltap, A., & Bukman, A. J. (2018). Leefstijladvies voor mensen met een lage SES. *Bijblijven*, 2018(34), 237-246.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2018, 19 september). Eerste gecombineerde leefstijlinterventies erkend door het RIVM. Geraadpleegd op 24 januari 2019, van <https://www.rivm.nl/nieuws/eerste-gecombineerde-leefstijlinterventies-erkend-door-rivm>

Rijksoverheid. (z.j.) *Eerstelijnszorg en tweedelijnszorg*. Geraadpleegd op 22 januari 2019, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg>

RIVM. (2011). *Preventie van chronische ziekten in risicogroepen*. Geraadpleegd op 7 januari 2019, van <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260221004.pdf>

Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations*: New York [etc.] Free Press 2003 5th ed.

Sassen, B. (2016). *Gezondheidsbevordering en zelfmanagement door paramedici*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Til van, G., Lamfers, E.J.P. (2018). Monitoring van hartfalen in de eerste lijn; transmurale hartfalenzorg. *Bijblijven*. 34(6), 476-487.

Van. Abeelen, M. C. A. P. J. (2013). Eigen spreekuur en chronische ziekten. *Houten: Bohn Stafleu van Loghum*.

Van den Bos, G.A.M., Danner, S.A., de Haan, R.J., Schadé, E. (2017). *Chronisch zieken en gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Volksgesondheid en zorg. (2017). Chronische ziekten en multimorbiditeit. Geraadpleegd op 16 december 2018, van

<https://www.volksgesondheidszorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie>

Volksgesondheid en zorg. (2019). Preventie in volksgezondheid en zorg. Geraadpleegd op 1 februari 2019, van

<https://www.volksgesondheidszorg.info/verantwoording/preventie-volksgesondheidszorginfo/wat-preventie#node-preventie-naar-type-maatregel>

Volksgesondheid en zorg. (2018). Sterfte aan hartfalen. Geraadpleegd op 27 januari 2019,

van <https://www.volksgesondheidszorg.info/onderwerp/hartfalen/cijfers-context/sterfte#node-sterfte-aan-hartfalen>

Volksgesondheid Toekomst Verkenning. (2018). Aandoeningen. Geraadpleegd op 28

december 2018, van <https://www.vtv2018.nl/aandoeningen>

Ziekenhuischeck. (2018). Zuyderland medisch centrum. Geraadpleegd op 28 december

2018, van <https://www.ziekenhuischeck.nl/ziekenhuizen/zuyderland-medisch-centrum/behandeling/heropnames/>

Zuyderland. (2018a). Over Zuyderland. Geraadpleegd 16 december 2018, van

<https://www.zuyderland.nl/zuyderland/over-zuyderland/>

Zuyderland. (2018b). STZ-ziekenhuis. Geraadpleegd op 16 december 2018, van

<https://www.zuyderland.nl/zuyderland/stz-ziekenhuis/>

Bijlage 1: Zoekstrategie

In deze bijlage is de zoekstrategie te vinden in tabelvorm.

Databank	Zoektermen	Inclusie/ Exclusie	Hits	Welke gebruikt?
Bibliotheek Zuyd Catalogus	1) Leefstijlcoaching	1) 2008-2018	1) 1 Hit	1) Resultaat 1: Leefstijlcoaching kernvragen bij gedragsveranderingen
	2) Leefstijl	2) 2008-2018 Nieuw Eyckholt	2) 32 Hits	2) Resultaat 2: Gezondheidsbevordering en leefstijl een praktische inleiding. Resultaat 4: Gezondheidsbevordering en zelfmanagement door paramedici
	3) Baarda	3) 2008-2018 Nieuw Eyckholt	3) 19 Hits	3) Resultaat 1: Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek Resultaat 2: Basisboek interviewen: handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews Resultaat 3: Basisboek enquêteren: handleiding voor het maken van een vragenlijst

				en voorbereiden en afnemen van enquêtes
	4) Observeren	4) 2008-2018 Boek Nieuw Eyckholt	4) 10 Hits	Resultaat 4: Dit is onderzoek! handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek 4) Resultaat 8: Observeren en rapporteren
	5) Preventie	5) 2008-2018 Boek Nieuw Eyckholt	5) 76 Hits	5) Resultaat 13: Gezondheids-voorlichting en gedragsverandering: een planmatige aanpak
	6) Hartfalen	6) 2008-2018 Boek Nieuw Eyckholt	6) 8 Hits	6) Resultaat 5: Zorg rondom hartfalen
	7) 'Chronische ziekten'	7) 2008-2018 Boek Nieuw Eyckholt	7) 4 Hits	7) Resultaat 1: Chronisch zieken en gezondheidszorg
	8) Voorlichting	8) 7) 2014- 2019 Boek Nieuw Eyckholt	8) 15 Hits	8) Resultaat 8: Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen: de stappen naar zelfmanagement

Diz	1) Heart failure	1) 2013-2018 Full text English	1) 746.957 Hits	1) Resultaat 3: Chronic heart failure nursing: integrated multidisciplinary care
	2) Decompensatio Cordis	2) 2014-2019	2) 111 Hits	2) Resultaat 1: Decompensatio cordis
	3) Heropname AND verminderen	3) 2014-2019	3) 88 Hits	3) Resultaat 1: Monitoring van hartfalen in de eerste lijn; transmurale hartfalenzorg
	4) Hartfalen AND Chronisch	4) 2014-2019	4) 190 Hits	4) Resultaat 1: Chronisch zieken en gezondheidszorg
	5) Zorg rondom hartfalen	5) 2014-2019	5) 200 Hits	5) Resultaat 1: Zorg rondom hartfalen boek
	6) Gezondheidsbevor dering	6) 2014-2019	6) 350 Hits	6) Resultaat 6: Gezondheidsbevordering en leefstijl een praktische inleiding
	7) Praktijkonderzoek	7) 2014-2019	7) 50	7) Resultaat 5: Praktijkonderzoek in zorg en welzijn
Google	1) Gecombineerde leefstijlinterventies RIVM		1) 13.500 Hits	1) Resultaat 1: Eerste gecombineerde leefstijlinterventies erkend door het RIVM

	2) Google formulieren		2) 5.540.000 Hits	2) Resultaat 1: Prachtige formulieren maken
	3) Eerste en tweedelijnszorg		3) 60.900 Hits	3) Resultaat 3: Eerstelijnszorg en tweedelijnszorg
	4) Preventie		4) 6.890.000 Hits	4) Resultaat 1: Preventie in Volksgezondheidszorg.info
	5) Preventie chronische ziekten		5) 983.000 Hits	5) Resultaat 2: Preventie van chronische ziekten
	6) Hartfalen		6) 140 Hits	6) Resultaat 1 Uitleg over hartfalen (Hartstichting)
	7) Cijfers hartfalen		7) 151 Hits	7) Resultaat 1: Cijfers hart- en vaatziekten (Hartstichting)
	8) Chronische ziekten		8) 59 Hits	8) Resultaat 1: Chronische ziekten en multimorbiditeit Aandoeningen (via bovenstaand artikel)
	9) Hartfalen		9) 30 Hits	9) Resultaat 17: Sterfte aan hartfalen

	10) Zuyderland		10) 416.000 Hits	10) Resultaat 1: Over Zuyderland Resultaat 2: STZ-ziekenhuis
	11) Zuyderland Hartfalen		11) 29.300	11) Resultaat 1: Hartfalenboek
Google Scholar	1) Hartfalen	1) Sinds 2018	1) 192 Hits	1) Resultaat 3: Is bij hartfalen altijd een natriumbeperving nodig?
	2) Chronische ziekten	2) Sinds 2019	2) 75 Hits	2) Resultaat 1: Eigen spreekuur en chronische ziekten
Invert	1) 'Hartfalen' OR 'Hartfalenpatient' OR 'Hartfalenpatienten' OR 'Hartfalenverpleegk undige' OR 'Hartfalenverpleegk undigen' OR 'Hartfalenzorg'		1) 271 Hits	1) Resultaat 13: Onderzoek naar organisatie hartfalenzorg in Belgische regio Noorderkempen Hartfalen: epidemiologie, risicofactoren en toekomst (uit literatuurlijst bovenstaand artikel)
Pubmed	1) ('Heart Failure' [MESH]) AND ('Healthy lifestyle' [MESH] OR 'Life style' [MESH])	1) Last 5 years	1) 80 Hits	1) Resultaat 3: Symptom Diary Use and Improved Survival for Patients With Heart Failure
Springerlink	1) Hartfalenverpleegk undige AND Hartfalenverpleegk undigen	1) 2013-2018 Article	1) 8 Hits	1) Resultaat 1: Monitoring van hartfalen in de eerste lijn; transmurale hartfalenzorg

	2) Leefstijladvies OR leefstijladviezen	2) 2013-2018	2) 284 Hits	2) Resultaat 2: Leefstijladvies voor mensen met een lage SES
	3) Hartfalenpatiënten	3) 2014 - 2019	3) 16 Hits	3) Resultaat 2: Hartfalen: onderschatte sluipmoordenaar
	4) Natriumbeperking AND hartfalen	4) 2014-2019	4) 13 Hits	4) Resultaat 1: Is bij hartfalen altijd een natriumbeperking nodig?
	5) Leefregels AND hartfalen	5) 2014-2019	5) 112 Hits	5) Resultaat 8: Opvolgen van leefregels bij hartfalen
	6) Zorg AND gerelateerde AND preventie	6) 2014-2019 Dutch	6) 166 Hits	6) Resultaat 1: Preventie: de verborgen kracht van de wijkverpleegkundige

Bijlage 2: Informed consent

In deze bijlage is het opgestelde informed consent te vinden.

Afstudeerproject 'Leefstijlcoaching op weg naar huis'

Nikki Ritchi – Yvon Roufs – Merle Vaessen

November 2018 – Juni 2019

HBO Verpleegkunde, Zuyd Hogeschool Heerlen

- Ik heb vooraf aan het interview informatie ontvangen. Ook kon ik vragen stellen. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik weet dat meedoen vrijwillig is. Ook weet ik dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen met het onderzoek. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik geef toestemming voor het verzamelen en gebruiken van mijn gegevens voor de beantwoording van de onderzoeksvraag in dit onderzoek.
- Ik weet dat voor de controle van het onderzoek sommige mensen toegang tot al mijn gegevens kunnen krijgen. Ik geef toestemming voor inzage door deze personen.
- Ik geef **wel**
 geen toestemming om mijn persoonsgegevens langer te bewaren en te gebruiken voor toekomstig onderzoek.
- Ik geef **wel**
 geen toestemming om mij na dit onderzoek opnieuw te benaderen voor een vervolgonderzoek.
- Ik wil meedoen aan dit onderzoek.

Naam participant interview:

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Ik verklaar dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek.

Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de proefpersoon zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoekers:

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

Bijlage 3: Enquête

Hieronder is de enquête te vinden die rondgestuurd is naar de 10 personeelsleden van afdeling cardiologie via de e-mail. De enquête is uitgezet middels Google Formulieren maar is in dit document uitgetypt. Eerst zal de bijbehorende mail te vinden zijn en dan volgt de enquête.

Beste collega's van West 34 B1,

Wij zijn Nikki Ritchi, Yvon Roufs en Merle Vaessen. Op dit moment zijn wij bezig met onze afstudeerscriptie van onze studie HBO-Verpleegkunde. Hiervoor onderzoeken wij leefstijlcoaching bij patiënten met hartfalen op afdeling cardiologie West 34 B1. Het doel van deze enquête is om inzicht te verkrijgen in de toegepaste leefstijlcoaching op afdeling cardiologie binnen Zuyderland Medisch Centrum te Sittard-Geleen.

De volgende onderdelen komen aan bod in deze enquête: algemeen, kennis leefstijlcoaching, kunde leefstijlcoaching, gedrag leefstijlcoaching, uitvoeren leefstijlcoaching en veranderbereidheid.

De enquête bestaat uit 21 vragen en het invullen van de enquête zal ongeveer 10 tot 15 minuten duren. Graag willen wij u vragen om deze enquête naar alle eerlijkheid in te vullen, zodat de resultaten een bijdrage kunnen leveren aan dit onderzoek. De antwoorden worden vertrouwelijk behandeld. Ze zijn enkel bestemd voor afdeling cardiologie en worden anoniem verwerkt. De enquête kan worden ingevuld tot en met zondag 21 april 2019.

Bij vragen, opmerkingen of interesse in de resultaten van deze enquête, mogen jullie ons uiteraard contacteren middels het volgende e-mailadres: me.vaessen@zuyderland.nl

De conclusie van het onderzoek zal achteraf via e-mail bekend worden gemaakt.

Door op onderstaande link te klikken of door de link te kopiëren komt u bij de enquête:

<https://docs.google.com/forms/d/1S8tzQcg9yd9h4tgd-nLMvdry6Sg8SONOqKd5YWikHGA/edit>

Alvast hartelijk bedankt voor jullie medewerking!

Met vriendelijke groeten,

Nikki, Yvon en Merle

Algemeen

1. Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

- 18 – 30 jaar
- 31 – 40 jaar
- 41 – 50 jaar
- 51 – 60 jaar

3. Wat is uw hoogst voltooide opleiding?

- HBO-V
- MBO-V
- Anders, namelijk:.....

4. Wat is uw functie op de afdeling?

- HBO-Verpleegkundige
- MBO-Verpleegkundige

5. Hoe lang bent u werkzaam binnen Zuyderland Medisch Centrum (voorheen Orbis Medisch Centrum)?

- Korter dan 1 jaar
- 1 – 5 jaar
- 6 – 10 jaar
- 10 – 15 jaar
- Langer dan 15 jaar

Kennis leefstijlcoaching

6. Bent u bekend met leefstijlcoaching?

- Ja
- Nee

7. Wat houdt volgens u leefstijlcoaching in?

.....

Gedrag leefstijlcoaching

8. Past u leefstijlcoaching toe op de afdeling?

- Altijd
- Soms
- Nooit

9a. Wanneer past u leefstijlcoaching toe bij patiënten met hartfalen?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Tijdens de opnamefase
- Tijdens de verblijffase
- Tijdens de ontslagfase
- Anders...

9b. Beargumenteer bovenstaand antwoord

.....

Kunde leefstijlcoaching

10. Stelling: “Hartfalenpatiënten zijn therapietrouw betreffende de aangeboden leefstijlcoaching.”

- Altijd
- Soms
- Nooit

11a. Wie is er verantwoordelijk voor het aanbieden van leefstijlcoaching aan de patiënt met hartfalen? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- De verpleegkundige
- De hartfalenverpleegkundige
- De cardioloog
- De verpleegkundig specialist
- De physician assistant
- Anders...

11b. Wie neemt momenteel de verantwoordelijkheid voor het aanbieden van leefstijlcoaching aan de patiënt met hartfalen? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- De verpleegkundige
- De hartfalenverpleegkundige
- De cardioloog
- De verpleegkundig specialist
- De physician assistant
- Anders...

11c. Stelling: “De samenwerking tussen de verschillende disciplines die betrokken zijn bij leefstijlcoaching bij patiënten met hartfalen verloopt naar mijn wens.”

Deze vraag is enkel van toepassing indien u bij vraag 11a en 11b meerdere antwoorden heeft ingevuld.

- Ja
- Nee

12. Voelt u zich op dit moment bekwaam in de rol van leefstijlcoach?

- Ja
- Nee

13. Vindt u dat er op de afdeling acties worden ondernomen om leefstijlcoaching te kunnen toepassen? (Bijv. een klinische les)

- Ja
- Nee

14a. Zou u, als verpleegkundige op de afdeling, behoefte hebben aan een MDO?

- Ja
- Nee

14b. Waarom wel/niet?

.....

15. Is het optimaliseren van leefstijlcoaching volgens u van belang voor patiënten met hartfalen die zijn opgenomen op de afdeling?

- Ja
- Nee

16a. Zijn er bevorderende factoren te benoemen voor het aanbieden van leefstijlcoaching op de afdeling?

- Ja
- Nee

16b. Indien ja, welke bevorderende factoren zijn er volgens u?

.....

17a. Zijn er belemmerende factoren te benoemen voor het aanbieden van leefstijlcoaching op de afdeling?

- Ja
- Nee

17b. Indien ja, welke belemmerende factoren zijn er volgens u?

.....

17c. Hoe kunnen we als afdeling de bovenstaande belemmerende factoren ombuigen tot bevorderende factoren?

.....

Uitvoeren leefstijlcoaching

18. Welke score geeft u voor de door u geboden leefstijlcoaching aan de opgenomen patiënt met hartfalen?



Zeer slecht

Zeer goed

19. Welke score geeft u voor de door het verpleegkundig team geboden leefstijlcoaching aan de opgenomen patiënt met hartfalen?



Zeer slecht

Zeer goed

Veranderbereidheid

20. Welke van onderstaande stellingen past het best bij u?

- Ik ben iemand die initiatief neemt om een nieuwe ontwikkeling in te brengen
- Ik sta open voor nieuwe ontwikkelingen en wil hier graag aan meewerken
- Ik wil weten of de nieuwe ontwikkeling functioneert voor ik het zelf probeer
- Ik vind het goed zoals het team beslist
- Ik heb geen behoefte aan verandering

21. Stelling: “Ik ervaar weerstand binnen het team bij veranderingen ten aanzien van kwaliteitsverbetering op de afdeling.”

- Ja
- Nee

Bijlage 4: Observatie schema

Hieronder is het opgestelde observatie schema te vinden. Aan de hand hiervan zijn de observaties uitgevoerd op afdeling cardiologie.

Datum:

Observator:

Afdeling:

Begintijdstip:

Eindtijdstip:.....

De verpleegkundige geeft het doel van het gesprek aan: Ja / Nee

De verpleegkundige geeft (mondeling) leefregels mee aan de patiënt

0 Zout arm dieet / 0 Vochtbeperking / 0 Dagelijks wegen / 0 Medicatie tijdig innemen

0 Geen / 0 Anders.....

De verpleegkundige geeft materiaal mee aan de patiënt:

0 Verpleegkundige overdracht / 0 Informatieboekje(s) / 0 Afsprakenoverzicht /

0 Artsenbrief / 0 Niets / 0 Anders.....

De verpleegkundige benoemt mogelijke klachten van hartfalen na het ontslag:

0 Moeheid / 0 Oedeem / 0 Dyspneu / 0 Misselijkheid / 0 Jeuk / 0 Gewrichtspijn/Jicht / 0

Duizeligheid / 0 Geen / 0 Anders.....

De verpleegkundige benoemt met wie de patiënt contact kan opnemen bij klachten:

Ja / Nee

De verpleegkundige vraagt of de patiënt nog vragen heeft: Ja / Nee

De patiënt stelt nog vragen: Ja / Nee

Zo ja, welke vraag(en):

De verpleegkundige vraagt aan de patiënt of hij/zij nog eens kan benoemen wat er is

besproken: Ja / Nee

De verpleegkundige sluit het gesprek af: Ja / Nee

Hoe wordt het gesprek afgesloten:

Eventuele opmerkingen:

Bijlage 5: Topiclijsten

Onderstaand de vier gemaakte topiclijsten voor het afnemen van de interviews. Bestaande uit een topiclijst voor de cardiologen, verpleegkundig specialist en physician assistant, hartfalenverpleegkundigen en teamleider.

Topiclijst – Interview Cardiologen (3 personen)

Introductie:

- Voorstellen interviewers (naam, opleiding)
- Standaard vragen: (anonimiteit, audio-opnamen, duur, topics, membercheck, aangeven wanneer materiaal vernietigd wordt, informed consent, antwoorden naar eerlijkheid geven, vragen vooraf?)
- Inleiden project
- Doel: meer informatie verkrijgen over het onderwerp leefstijlcoaching bij hartfalen van experts op dit gebied
- Wilt u zich zelf voorstellen?
- Wanneer heeft u contact met patiënten met hartfalen?

Leefstijlcoaching

- Wat houdt leefstijlcoaching volgens u in?
- Past u leefstijlcoaching toe bij de patiënten? (Hoe doet u dit?)
- Wat is het belangrijkste om een gezonde leefstijl te ontwikkelen bij patiënten met hartfalen?
- Welke leefregels vindt u belangrijk bij patiënten met hartfalen?
- Welke randvoorwaarden gelden er voor het geven van leefstijlcoaching
- Hoe ervaren patiënten de geboden leefstijlcoaching?
- Welke taken dient een verpleegkundige werkzaam op afdeling cardiologie uit te voeren met betrekking tot leefstijlcoaching?
- Wat is de taakverdeling van leefstijlcoaching bij cardiologen en verpleegkundig specialist / PA en hartfalenverpleegkundigen?

Gedrag

- Is er iets opvallends bij het veranderen van de leefstijl bij patiënten met hartfalen?
- Wat zijn uw ervaringen in het opvolgen van de therapie? (Bijv. juiste voeding of vocht?)
- Herkent u de vijf fasen van gedragsverandering tijdens de leefstijlcoaching?
- Is er sprake van relaps bij patiënten met hartfalen? (Hoe wordt dit voorkomen?)

- Heeft het meerwaarde als patiënten regulier worden opgevolgd?

Ervaringen

- Hoe ervaart u de samenwerking in het multidisciplinair team? (MDO's)
- Zijn er bevorderende factoren rondom leefstijlcoaching?
- Zijn er belemmerde factoren rondom leefstijlcoaching? (Hoe op te lossen?)

Afsluiting

- Hoe verder (uitwerken, audio opnamen worden verwijderd na 1 september, uitkomsten worden opgeslagen binnen Zuyd)
- Opsturen naar deze persoon binnen anderhalve week (membercheck)
- Vragen?
- Bedanken

Topiclijst – Interview Verpleegkundig Specialist / Physician assistant (2 personen)

Introductie:

- Voorstellen interviewers (naam, opleiding)
- Standaard vragen: (anonimiteit, audio-opnamen, duur, topics, membercheck, aangeven wanneer materiaal vernietigd wordt, informed consent, antwoorden naar eerlijkheid geven, vragen vooraf?)
- Inleiden project
- Doel: meer informatie verkrijgen over het onderwerp leefstijlcoaching bij hartfalen van experts op dit gebied
- Wilt u zich zelf voorstellen?
- Wanneer heeft u contact met patiënten met hartfalen?

Leefstijlcoaching

- Wat houdt leefstijlcoaching volgens u in?
- Past u leefstijlcoaching toe bij de patiënten? (Hoe doet u dit?)
- Wat is het belangrijkste om een gezonde leefstijl te ontwikkelen bij patiënten met hartfalen?
- Welke leefregels vindt u belangrijk bij patiënten met hartfalen?
- Welke randvoorwaarden gelden er voor het geven van leefstijlcoaching
- Hoe ervaren patiënten de geboden leefstijlcoaching?
- Welke taken dient een verpleegkundige werkzaam op afdeling cardiologie uit te voeren met betrekking tot leefstijlcoaching?
- Wat is de taakverdeling van leefstijlcoaching bij cardiologen en verpleegkundig specialist / PA en hartfalenverpleegkundigen?

Gedrag

- Is er iets opvallends bij het veranderen van de leefstijl bij patiënten met hartfalen?
- Wat zijn uw ervaringen in het opvolgen van de therapie? (Bijv. juiste voeding of vocht?)
- Herkent u de vijf fasen van gedragsverandering tijdens de leefstijlcoaching?
- Is er sprake van relaps bij patiënten met hartfalen? (Hoe wordt dit voorkomen?)
- Heeft het meerwaarde als patiënten regulier worden opgevolgd?

Ervaringen

- Hoe ervaart u de samenwerking in het multidisciplinair team? (MDO's)
- Zijn er bevorderende factoren rondom leefstijlcoaching?
- Zijn er belemmerde factoren rondom leefstijlcoaching? (Hoe op te lossen?)

Afsluiting

- Hoe verder (uitwerken, audio opnamen worden verwijderd na 1 september, uitkomsten worden opgeslagen binnen Zuyd)
- Opsturen naar deze persoon binnen anderhalve week (membercheck)
- Vragen?
- Bedanken

Topiclijst – Interview Hartfalenverpleegkundigen (2 personen)

Introductie:

- Voorstellen interviewers (naam, opleiding)
- Standaard vragen: (anonimiteit, audio-opnamen, duur, topics, membercheck, aangeven wanneer materiaal vernietigd wordt, informed consent, antwoorden naar eerlijkheid geven, vragen vooraf?)
- Inleiden project
- Doel: meer informatie verkrijgen over het onderwerp leefstijlcoaching bij hartfalen van experts op dit gebied
- Wilt u zich zelf voorstellen?
- Wanneer heeft u contact met patiënten met hartfalen?

Leefstijlcoaching

- Wat houdt leefstijlcoaching volgens u in?
- Past u leefstijlcoaching toe bij de patiënten? (Hoe doet u dit?)
- Wat is het belangrijkste om een gezonde leefstijl te ontwikkelen bij patiënten met hartfalen?
- Welke leefregels vindt u belangrijk bij patiënten met hartfalen?
- Welke randvoorwaarden gelden er voor het geven van leefstijlcoaching
- Hoe ervaren patiënten de geboden leefstijlcoaching?
- Welke taken dient een verpleegkundige werkzaam op afdeling cardiologie uit te voeren met betrekking tot leefstijlcoaching?
- Wat is de taakverdeling van leefstijlcoaching bij cardiologen en verpleegkundig specialist / PA en hartfalenverpleegkundigen?

Gedrag

- Is er iets opvallends bij het veranderen van de leefstijl bij patiënten met hartfalen?
- Wat zijn uw ervaringen in het opvolgen van de therapie? (Bijv. juiste voeding of vocht?)
- Herkent u de vijf fasen van gedragsverandering tijdens de leefstijlcoaching?
- Is er sprake van relaps bij patiënten met hartfalen? (Hoe wordt dit voorkomen?)
- Heeft het meerwaarde als patiënten regulier worden opgevolgd?

Ervaringen

- Hoe ervaart u de samenwerking in het multidisciplinair team? (MDO's)
- Zijn er bevorderende factoren rondom leefstijlcoaching?
- Zijn er belemmerde factoren rondom leefstijlcoaching? (Hoe op te lossen?)

Afsluiting

- Hoe verder (uitwerken, audio opnamen worden verwijderd na 1 september, uitkomsten worden opgeslagen binnen Zuyd)
- Opsturen naar deze persoon binnen anderhalve week (membercheck)
- Vragen?
- Bedanken

Topiclijst – Interview Teamleider (1 persoon)

- Introductie:
- Voorstellen interviewers (naam, opleiding)
- Standaard vragen: (anonimiteit, audio-opnamen, duur, topics, membercheck, aangeven wanneer materiaal vernietigd wordt, informed consent, antwoorden naar eerlijkheid geven, vragen vooraf?)
- Inleiden project
- Doel: meer informatie verkrijgen over het onderwerp leefstijlcoaching bij hartfalen van experts op dit gebied
- Wilt u zich zelf voorstellen?
- Wanneer heeft u contact met patiënten met hartfalen?

Leefstijlcoaching

- Wat houdt leefstijlcoaching volgens u in?
- Past u leefstijlcoaching toe bij de patiënten? (Hoe doet u dit?)
- Wat is het belangrijkste om een gezonde leefstijl te ontwikkelen bij patiënten met hartfalen?
- Welke leefregels vindt u belangrijk bij patiënten met hartfalen?
- Welke randvoorwaarden gelden er voor het geven van leefstijlcoaching
- Hoe ervaren patiënten de geboden leefstijlcoaching?
- Wat is de taakverdeling van leefstijlcoaching bij cardiologen en verpleegkundig specialist / PA en hartfalenverpleegkundigen?

Gedrag

- Is er iets opvallends bij het veranderen van de leefstijl bij patiënten met hartfalen?
- Wat zijn uw ervaringen in het opvolgen van de therapie? (Bijv. juiste voeding of vocht?)

Afdeling

- Welke taken dient een verpleegkundige werkzaam op afdeling cardiologie uit te voeren met betrekking tot leefstijlcoaching? En wat is het verschil met de taken van de cardioloog
- Worden er team gerichte activiteiten uitgevoerd met betrekking tot leefstijlcoaching? (klinische lessen)
- Welke taken zouden bij u passen in de rol als teamleider met betrekking tot leefstijlcoaching?
- Hoe ziet u het team? (Model Rogers)

- Ik ben iemand die initiatief neemt om een nieuwe ontwikkeling in te brengen (innovators)
- Ik sta open voor nieuwe ontwikkelingen en wil hier graag aan meewerken (early adopters)
- Ik wil weten of de nieuwe ontwikkeling functioneert voor ik het zelf probeer (early majority)
- Ik vind het goed zoals het team beslist (late majority)
- Ik heb geen behoefte aan verandering (laggards)

Ervaringen

- Hoe ervaart u de samenwerking in het multidisciplinair team? (MDO's)
- Zijn er bevorderende factoren rondom leefstijlcoaching?
- Zijn er belemmerde factoren rondom leefstijlcoaching? (Hoe op te lossen?)

Afsluiting

- Hoe verder (uitwerken, audio opnamen worden verwijderd na 1 september, uitkomsten worden opgeslagen binnen Zuyd)
- Opsturen naar deze persoon binnen anderhalve week (membercheck)
- Vragen? / Bedanken

Bijlage 6: Codeboom

In deze bijlage is de codeboom te vinden van de gecodeerde interviews.

Kernthema	Thema	Label
Toepassen leefstijlcoaching	Cardioloog	Leefregels geven
		Uitleg en verwachtingen
		Leefstijladvies geven
	Verpleegkundig specialist en physician assistant	Familiegesprek
		Gesprek met patiënt
		Patiënt attent maken
		Inzicht geven in leefstijladviezen
	Hartfalenverpleegkundige	Leefstijladvies
		Leefstijlcoaching
		Ziekte inzicht geven
		Educatie
		Uitleg geven
	Teamleider	Zicht houden op geboden leefstijlcoaching
	Verpleegkundige	Adviezen meegeven bij ontslag
		Uitleg geven aan patiënt en familie
Belemmeringen	Persoonlijke factoren	Eigenwijs
		Hardhorend
		Slecht verdragen van medicatie
		Niet gemotiveerd
		Eenzaamheid
		Laag IQ
		Gewoontes
		Geen goed ziekte inzicht
		Dementie
		Leeftijd van de patiënt
		Oudere patiënten
	Omgevingsfactoren	Betrokkenheid van familie

		Omgeving werkt niet mee
		Thuisituatie
		Telefonisch contact
		Alleenstaand
		Lage sociale klasse
		Afwezigheid van 2 ^e persoon bij uitleg
		Weinig financiële middelen
	Afdelingsgericht	Aanmelding op dag van ontslag
		Geen GVO door verpleegkundige op de afdeling
		Drukke
		Weinig tijd
		Onduidelijkheid over wanneer inschakelen hartfalenverpleegkundige
	Multidisciplinair	Geen MDO op de afdeling
		Overlaat aan informatie door verschillende disciplines
		Tegenstrijdige adviezen
		Bijna geen onderling contact
		Patiënten krijgen dikke klapper aan informatie van hartfalenverpleegkundige
		Overdracht hartfalenverpleegkundige
	Bevorderingen	Persoonlijke factoren
Bereidheid om leefstijl te veranderen		
Begrip van de patiënt		
Mogelijkheden patiënt		
Wil van de patiënt		
Goed reageren op medicatie		
Meer met gezondheid bezig		

		Ziekte inzicht
	Omgevingsfactoren	Hartfalenverpleegkundige komt op de afdeling bij patiënt
		Aanwezigheid van 2 ^e of 3 ^e persoon bij uitleg geven
		Face-to-face contact
		Inzet hartfalenverpleegkundige
		Hulp familieleden
		Ontslaggesprek door verpleegkundige
		Samenwonen
		MDO opstarten
		Betrokkenheid familie
		Familie betrekken
		Partner bij uitleg
	Afdelingsgericht	Informatieboekjes van de hartfalenverpleegkundige
		Visuele ondersteuning bij hartfalen voorlichting
		Afdelingstelevisie waar GVO op getoond kan worden
		Klapper met uitleg
		Informatieboekje
	Multidisciplinair	Verpleegkundige met aandachtsgebied
		Persoonlijk contact met hartfalenverpleegkundige
		Uitleg door diëtiste
		Uitleg van een cardioloog
		Belangrijke leefregels op een overdracht schrijven
		Aanwezigheid van verpleegkundige bij gesprek met PA of verpleegkundig

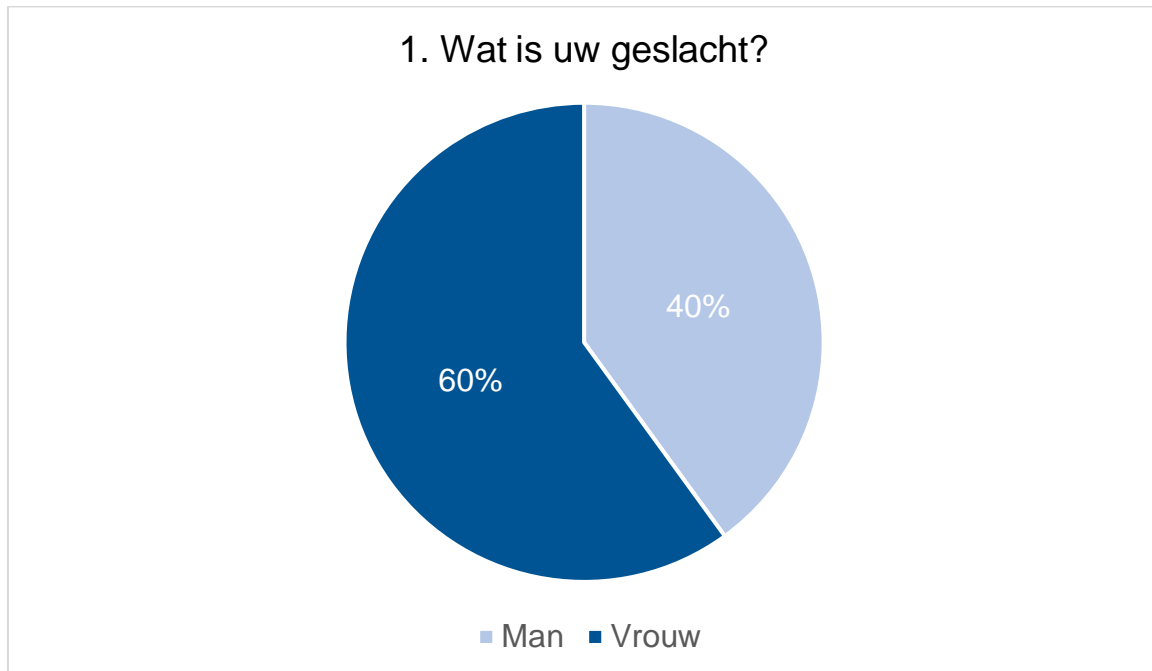
		specialist
		Maatschappelijk werk
		Inzet verpleegkundig specialist en PA
		Fysiotherapie en revalidatie
		Duidelijke adviezen van de verpleegkundige voor ontslag
		Samen visite lopen door verpleegkundige en arts
	Leefstijlverandering	Continuïteit in begeleiding
		Communicatie met de patiënt
		Andere mindset
		Herhaling
		Complimenten geven
		Bewustwording creëren
	Heropname verminderen	Tijdens opname
Bij ontslag		Opname revalidatieafdeling
		Goede overdracht naar thuiszorgorganisaties
		Laagdrempeligheid hartfalenverpleegkundige
		Intensieve begeleiding door de hartfalenverpleegkundige
		Intensieve begeleiding door de praktijkondersteuner
		Goede overdracht naar eerste lijn
		Lijnen kort houden
		Patiënten regulier opvolgen
		Veel contactmomenten met hartfalenverpleegkundige
		Opname en ontslag
Inzet		

		hartfalenverpleegkundige
		Familie betrekken

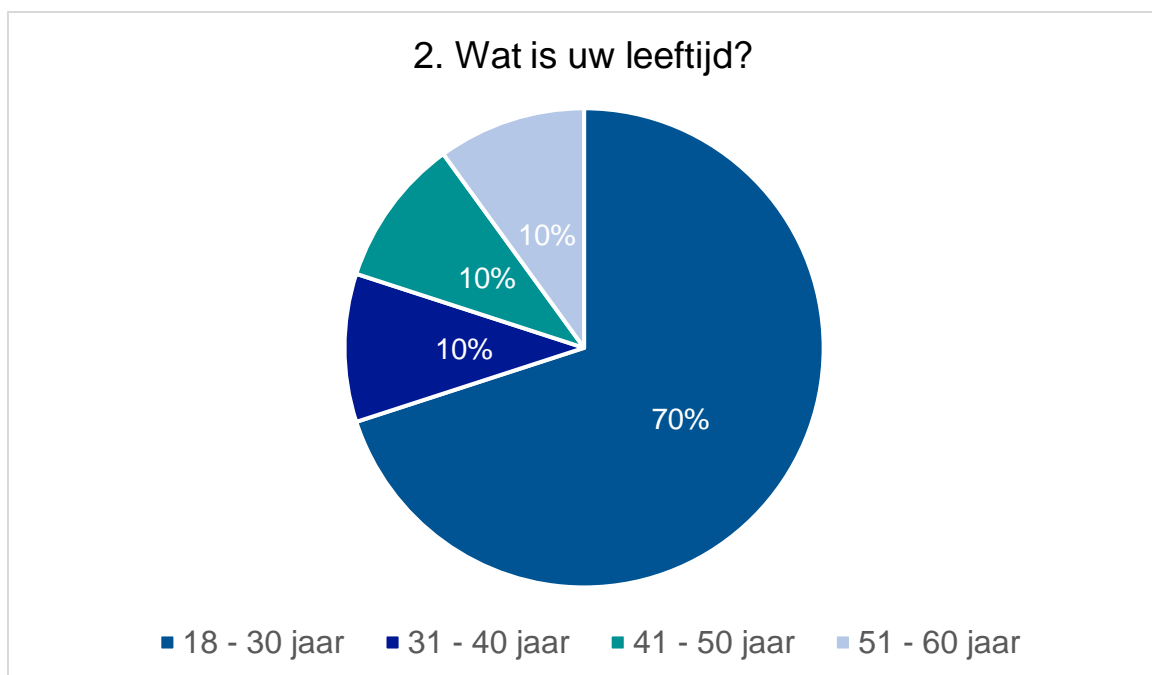
Bijlage 7: Resultaten enquête

De enquête is uitgezet via Google Formulieren. Bij Google formulieren worden de antwoorden automatisch verwerkt in cirkeldiagrammen verwerkt in procenten (%).

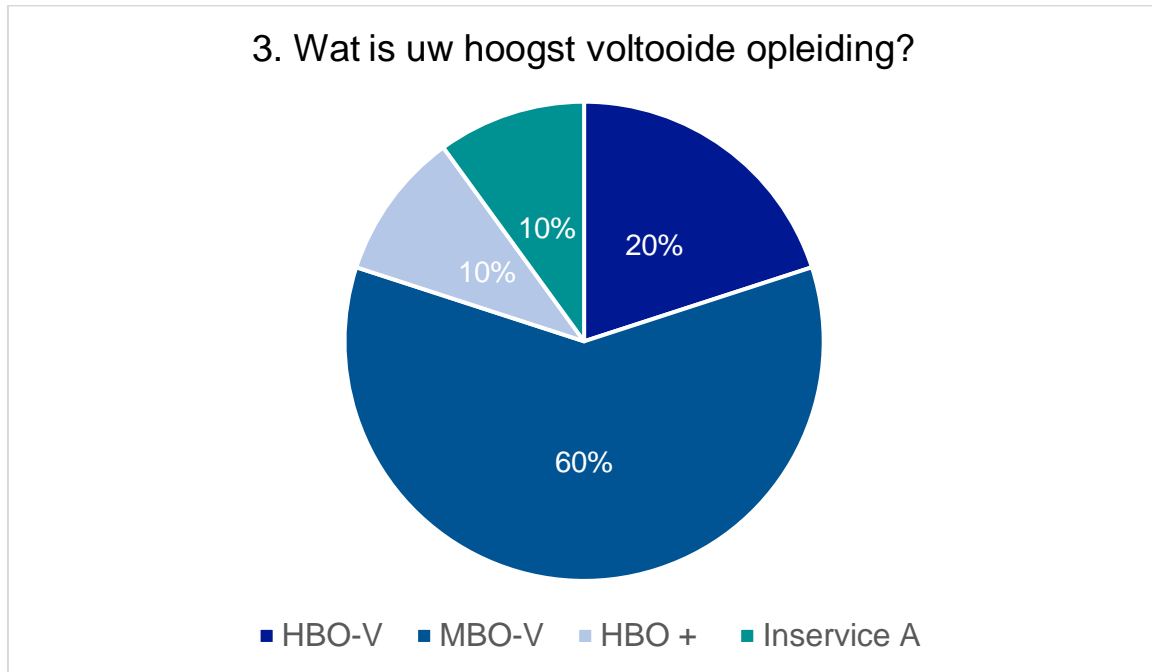
Uiteindelijk zijn de vragen via Word ook verwerkt in een cirkeldiagram. De cirkeldiagrammen en de reacties op de open vragen zullen hieronder nog allemaal per vraag aan bod komen.



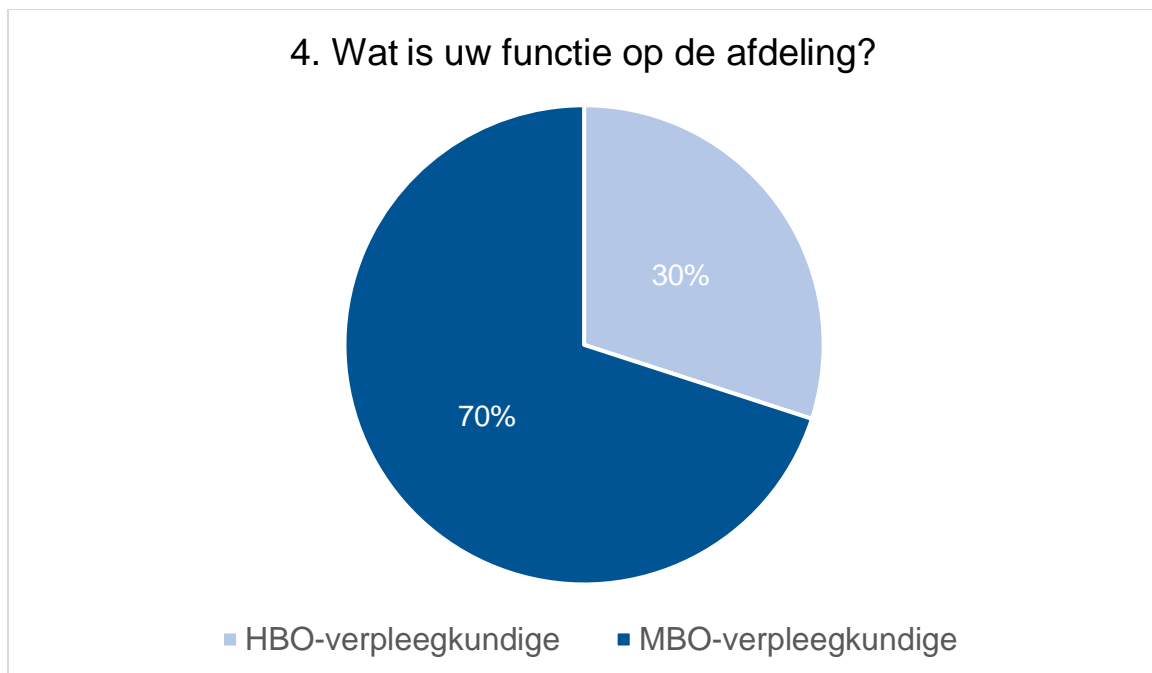
In totaal zijn er zes vrouwelijke verpleegkundigen en vier mannelijke verpleegkundigen die de enquête hebben ingevuld.



Zeven van de verpleegkundigen zijn tussen de 18 en 30 jaar oud, één van de verpleegkundigen is tussen de 31 en 40 jaar oud, één van de verpleegkundigen is tussen de 41 en 50 jaar oud en één van de verpleegkundigen is tussen de 51 en 60 jaar oud.

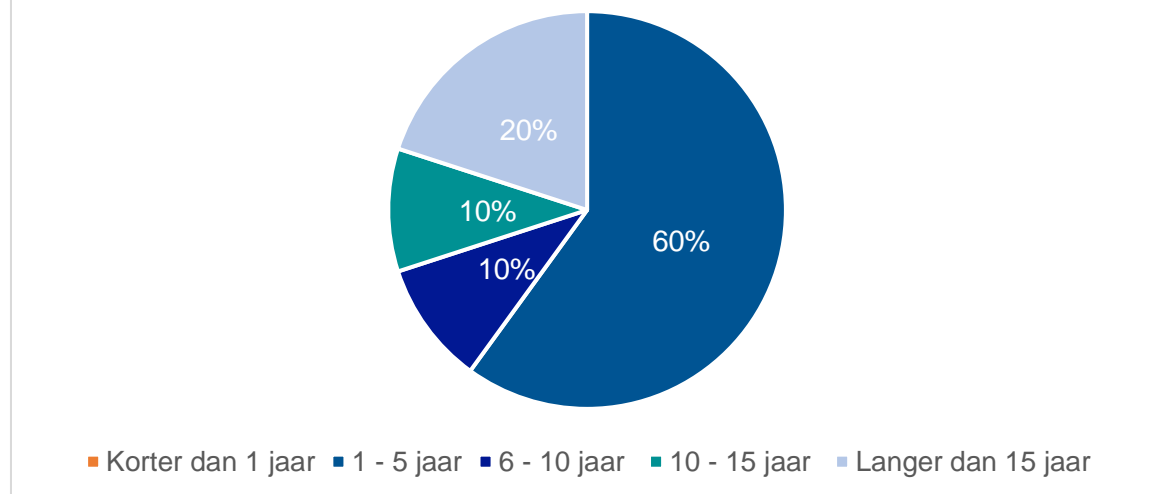


In totaal zijn er twee HBO-V verpleegkundigen, zes MBO-V verpleegkundigen, één HBO + verpleegkundige en één inservice A verpleegkundige.



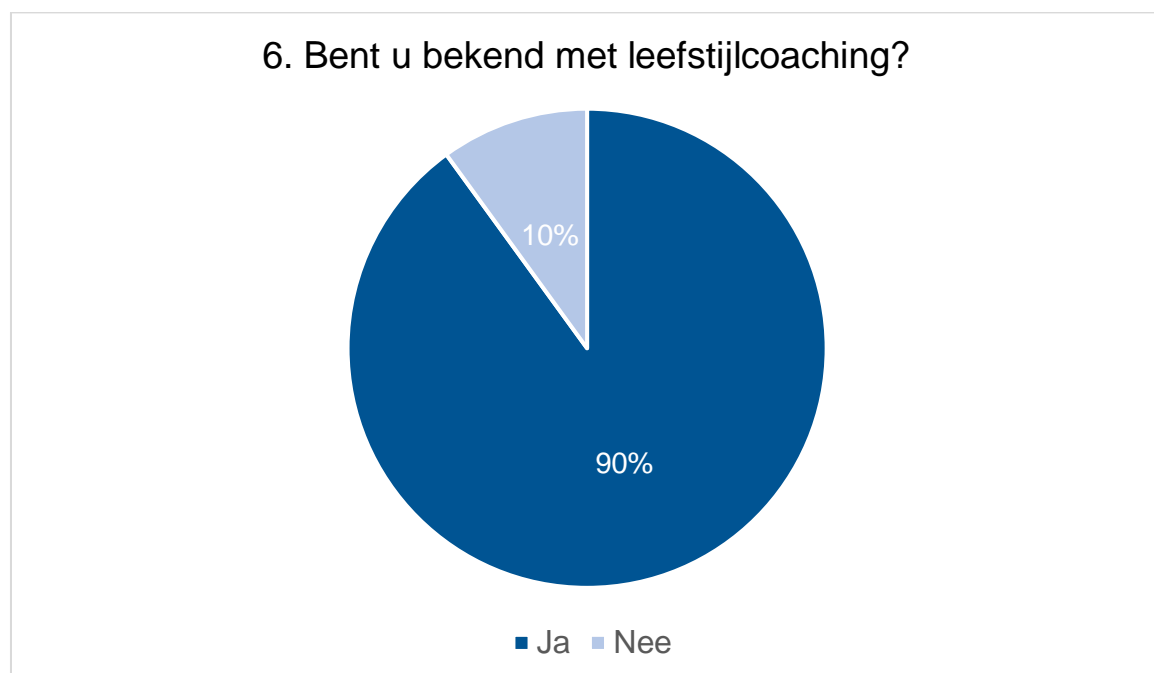
In totaal zijn er drie HBO-verpleegkundigen en zeven MBO-verpleegkundigen.

5. Hoe lang bent u werkzaam binnen Zuyderland Medisch Centrum (voorheen Orbis Medisch Centrum)?



Er zijn geen verpleegkundigen die korter dan 1 jaar werkzaam zijn op de afdeling. Zes verpleegkundigen zijn tussen de 1 tot 5 jaar werkzaam, één verpleegkundige is tussen de 6 tot 10 jaar werkzaam, één verpleegkundige is tussen de 10 tot 15 jaar werkzaam en twee verpleegkundigen zijn langer dan 15 jaar werkzaam.

6. Bent u bekend met leefstijlcoaching?

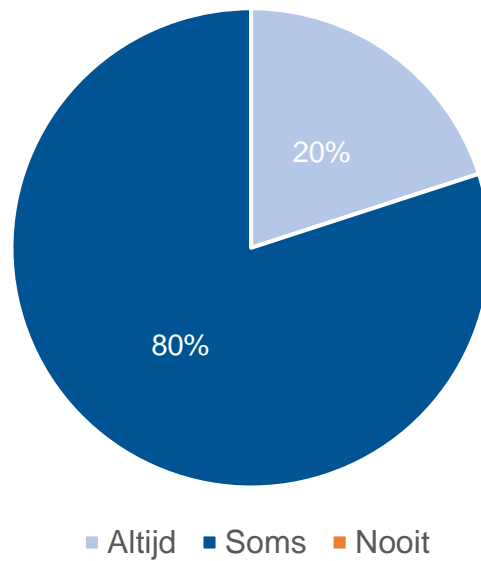


In totaal zijn negen van de verpleegkundigen bekend met leefstijlcoaching en één verpleegkundige is niet bekend met leefstijlcoaching.

7. Wat houdt volgens u leefstijlcoaching in?

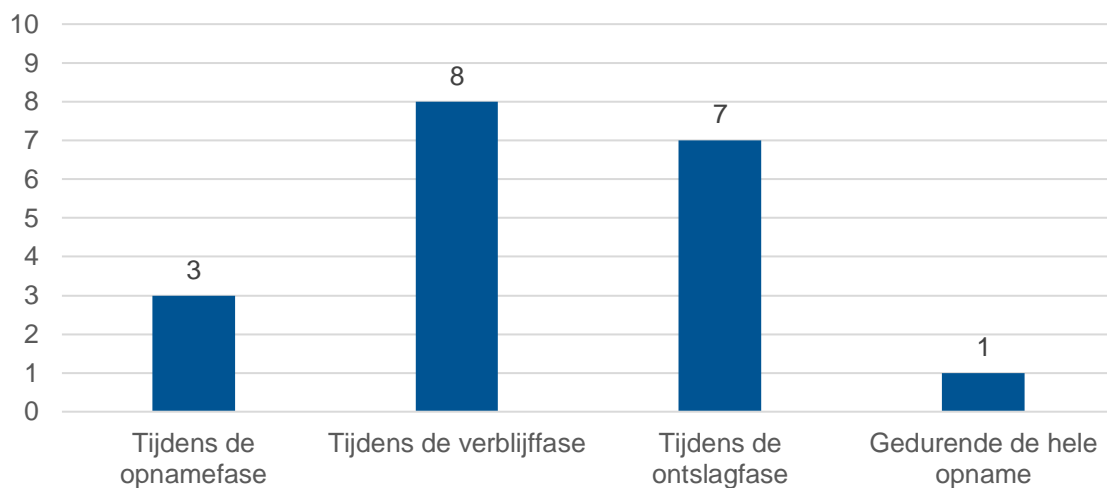
- Het helpen om helder te krijgen wat voor de patiënt belangrijk is en leert je hoe je grip kan krijgen op je dag en je gewoontes. Bijvoorbeeld bij hartfalen pat het eetgewoonte aanpassen i.v.m. overgewicht of bijv. minder zout eten
- Voor ontslag een duidelijke uitleg geven omtrent adviezen voor in de thuissituatie
- Patiënt op een zodanige wijze dat de kans op complicatie/ terugval zo klein mogelijk wordt gemaakt. tevens vergroot je bij de patiënt zijn eigen ziekte-inzicht.
- Begeleiden in een goede leefstijl thuis om een heropname te voorkomen. Ofwel goede voorlichting geven.
- Zijn verpleegkundigen die patiënten in de thuissituatie handvaten aanreiken om zo goed mogelijk met hun ziektebeeld in de thuissituatie kunnen omgaan.
- Advies geven over de leefstijl en hoe dit inpassen in een gezond leven
- Wanneer iemand beperkingen heeft n.a.v. ziektebeeld. De zorgvrager krijgt dan begeleiding over bijvoorbeeld aanpassen van leefstijl zoals bijvoorbeeld voeding/beweging/mobiliseren.
- De leefstijlcoach helpt u om in uw dagelijks leven gezonder te eten, meer te bewegen, aandacht te hebben voor voldoende slaap en een goede balans tussen inspanning en ontspanning te vinden.
- Uitleg aan patiënt/ familie over gezondere leefstijl na ontslag
- Ondersteuning en toezicht op de activiteiten van de kwetsbare oudere (in de thuissituatie).
- Op deze manier proberen om de oudere zo lang mogelijk zelfstandig (thuis) te laten verblijven (wonen) met toezicht over de activiteiten op een dag. Thuissituatie: Middels sensoren wordt gemeten, als te lang in een bepaalde ruimte "geen activiteit" heeft plaatsgevonden wordt er een melding gemaakt naar naaste van de familie om dan evt. een extra controle moment in te zetten. In het ziekenhuis: proberen om de kwetsbare oudere zo zelfstandig mogelijk op de afdeling de eigen autonomie te laten behouden.

8. Past u leefstijlcoaching toe op de afdeling?



In totaal zijn er twee verpleegkundigen die leefstijlcoaching altijd toepassen, acht verpleegkundigen die soms leefstijlcoaching toepassen en geen verpleegkundige die nooit leefstijlcoaching toepast.

9a. Wanneer past u leefstijlcoaching toe bij patiënten met hartfalen?

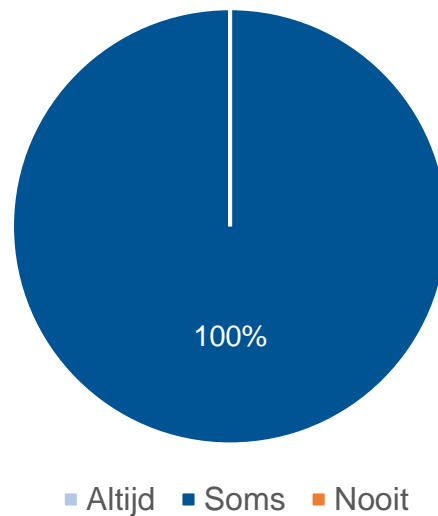


In totaal zijn er drie verpleegkundigen die leefstijlcoaching toepassen tijdens de opnamefase, acht verpleegkundigen die leefstijlcoaching toepassen tijdens de verblijffase, zeven verpleegkundigen die leefstijlcoaching toepassen tijdens de ontslagfase en één verpleegkundige die leefstijlcoaching toepast gedurende de gehele opname.

9b. Beargumenteer bovenstaand antwoord.

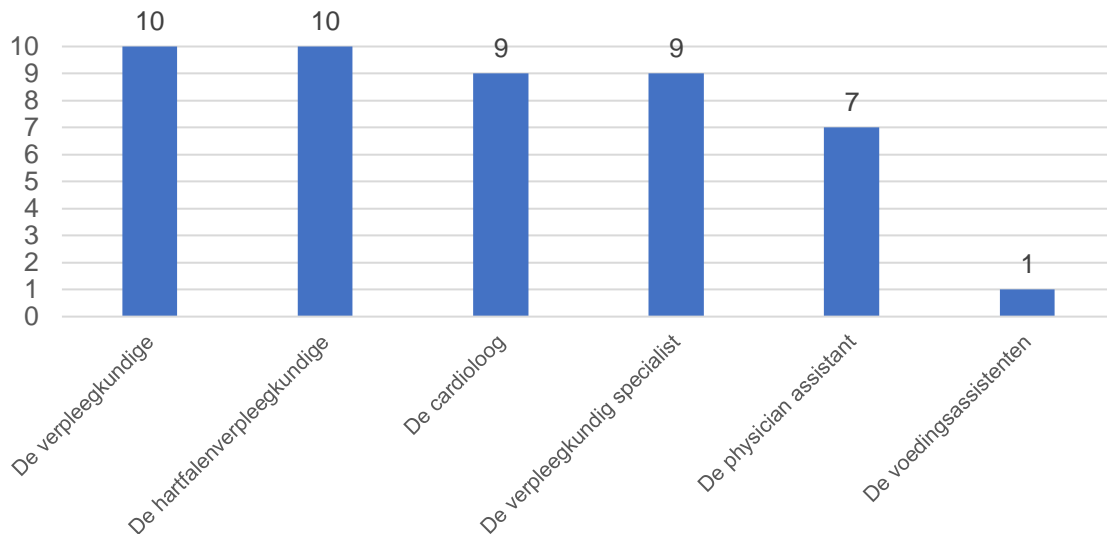
- Bij opname tijdens anamnese ga ik al kijken of de patiënt thuis een bepaalde leefgewoonte heeft (dieet) geef daar adviezen in. gedurende opname bij het verstrekken van medicatie en als familie erbij is vertellen waar de patiënt beter op kan letten thuis. en bij ontslag nog een samenvatting
- Voor ontslag met patiënt en familie, adviezen worden ook al tijdens opname benoemd
- Bij opname krijgt de patiënt vaak al veel informatie. is de patiënt klinisch hier niet aan toe. -
- Gedurende de opname komt dit ook geregeld terug.
- Je geeft bij opname aan wat het beleid is en wat het doel v.d. opname is. Stukje 'coaching' is wat je daar al begint te doen. Bij opname attendeer je mensen op de juiste leefwijze passend bij het ziektebeeld. Bij ontslag nogmaals uitleg geven over de leefwijze.
- Meestal geef ik wat tips voor in de thuissituatie bijv. Vochtbeperking bij Decompensatio cordis.
- Is niet op 1 moment van toepassing maar continu
- Tijdens gesprekken die ik met zorgvragers voer (dit kunnen momenten zijn bij opname, anamnese, na operatie etc.) bekijk ik wat de zorgvrager al weet en nog niet weet. Hierop probeer ik in te haken door mijn kennis over te dragen en zorgvragers hierdoor bewuster te maken van de veranderingen n.a.v. hun ziektebeeld.
- Waarom?
- Patiënt/familie leg ik al vroeg uit waarom evt. verandering in leefstijl / dieet nodig is tijdens maar ook na opname
- Vaak is de patiënt bij opname verzwakt/niet stabiel genoeg om alles zo goed mogelijk zelf te laten doen. Bij stabilisatie tijdens de verblijffase probeer ik dit dan zo te behouden als de patiënt wilt. Wel moet er rekening mee gehouden worden dat een leefstijl aangepast moet worden bij bijvoorbeeld hartfalen patiënten in verband met vochtbeperking en zoutbeperking (dieet). Hierbij moet extra informatie gegeven worden om een doel te kunnen bereiken.

10. Stelling: "Hartfalenpatiënten zijn therapietrouw betreffende aangeboden leefstijlcoaching."

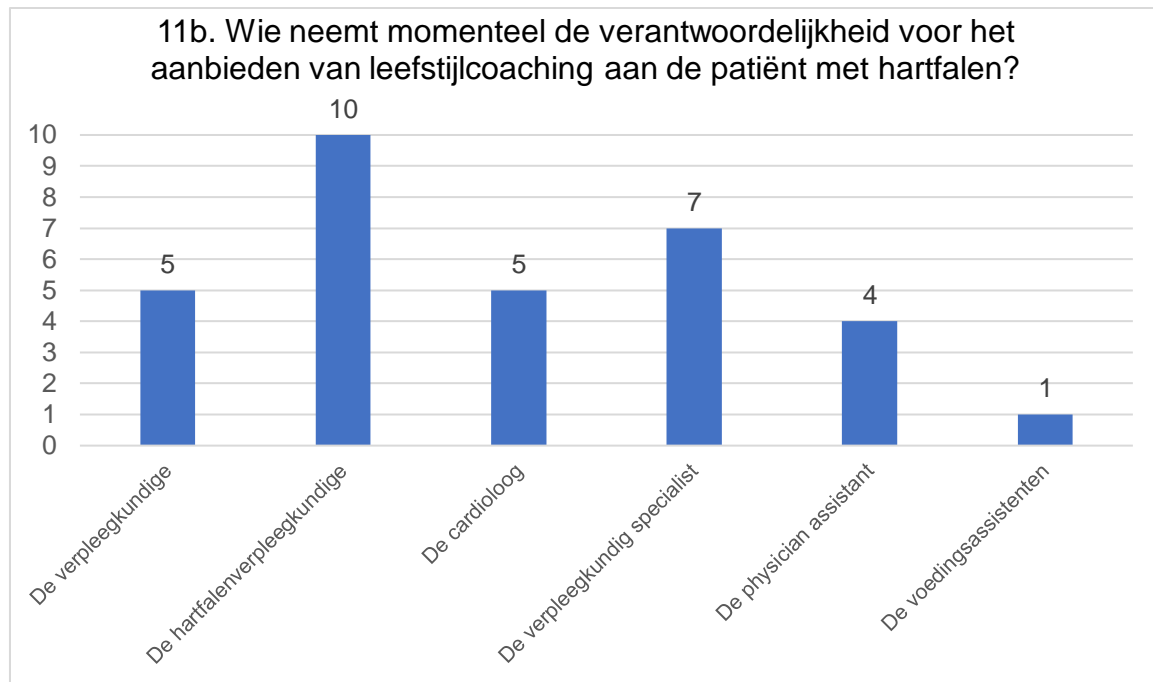


Alle verpleegkundigen vinden dat hartfalenpatiënten soms therapietrouw zijn betreffende de geboden leefstijlcoaching.

11a. Wie is er verantwoordelijk voor het aanbieden van leefstijlcoaching aan de patiënt met hartfalen?

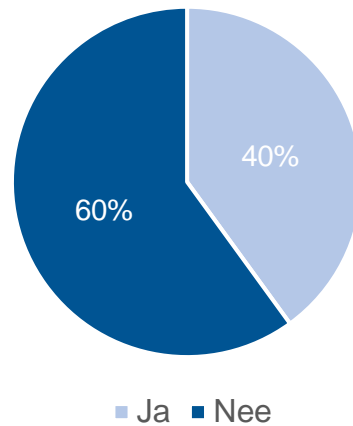


In totaal vinden tien verpleegkundigen dat verpleegkundigen en hartfalenverpleegkundige verantwoordelijk zijn voor het aanbieden van leefstijlcoaching. Negen verpleegkundigen vinden dat de cardioloog en verpleegkundig specialist verantwoordelijk zijn voor het aanbieden van leefstijlcoaching, zeven verpleegkundigen vinden dat de physician assistant verantwoordelijk is voor het aanbieden van leefstijlcoaching en één verpleegkundige vindt dat de voedingsassistenten verantwoordelijk zijn voor het aanbieden van leefstijlcoaching.



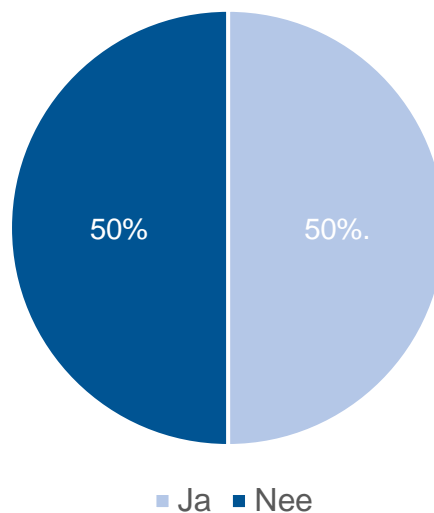
In totaal vinden vijf verpleegkundigen dat verpleegkundigen en de cardiologen momenteel verantwoordelijkheid nemen voor het aanbieden van leefstijlcoaching, tien verpleegkundigen vinden dat de hartfalenverpleegkundigen momenteel verantwoordelijkheid nemen voor het aanbieden van leefstijlcoaching, zeven verpleegkundigen vinden dat de verpleegkundig specialist momenteel verantwoordelijkheid neemt voor het aanbieden van leefstijlcoaching, vier verpleegkundigen vinden dat de physician assistant momenteel verantwoordelijkheid neemt voor het aanbieden van leefstijlcoaching en één verpleegkundige vindt dat de voedingsassistenten momenteel verantwoordelijkheid nemen voor het aanbieden van leefstijlcoaching

11c. Stelling: "De samenwerking tussen de verschillende disciplines die betrokken zijn bij leefstijlcoaching bij patiënten met hartfalen verloopt naar mijn wens."



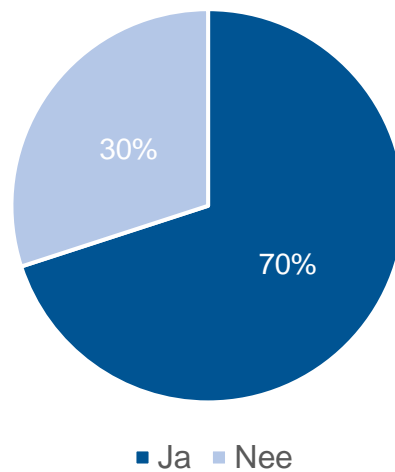
In totaal vinden vier verpleegkundigen dat de samenwerking tussen de verschillende disciplines naar wens verloopt en zes verpleegkundigen vinden dat de samenwerking tussen de verschillende disciplines niet naar wens verloopt.

12. Voelt u zich op dit moment bekwaamd in de rol van leefstijlcoach?



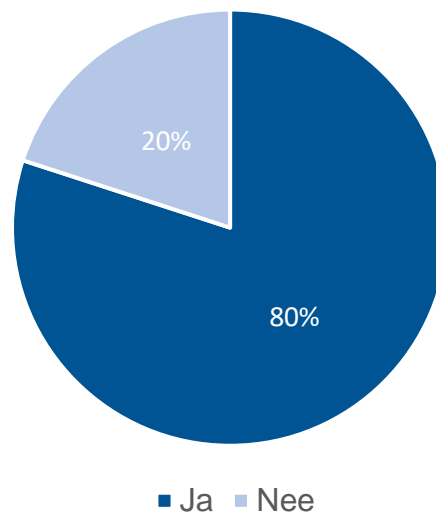
In totaal voelen vijf verpleegkundigen zich wel bekwaamd in de rol van leefstijlcoach en vijf verpleegkundigen voelen zich niet bekwaamd.

13. Vindt u dat er op de afdeling acties worden ondernomen om leefstijlcoaching te kunnen toepassen? (Bijvoorbeeld een klinsche les)



In totaal vinden zeven verpleegkundigen dat acties moeten worden ondernomen en drie verpleegkundigen vinden dat geen acties ondernomen hoeven worden.

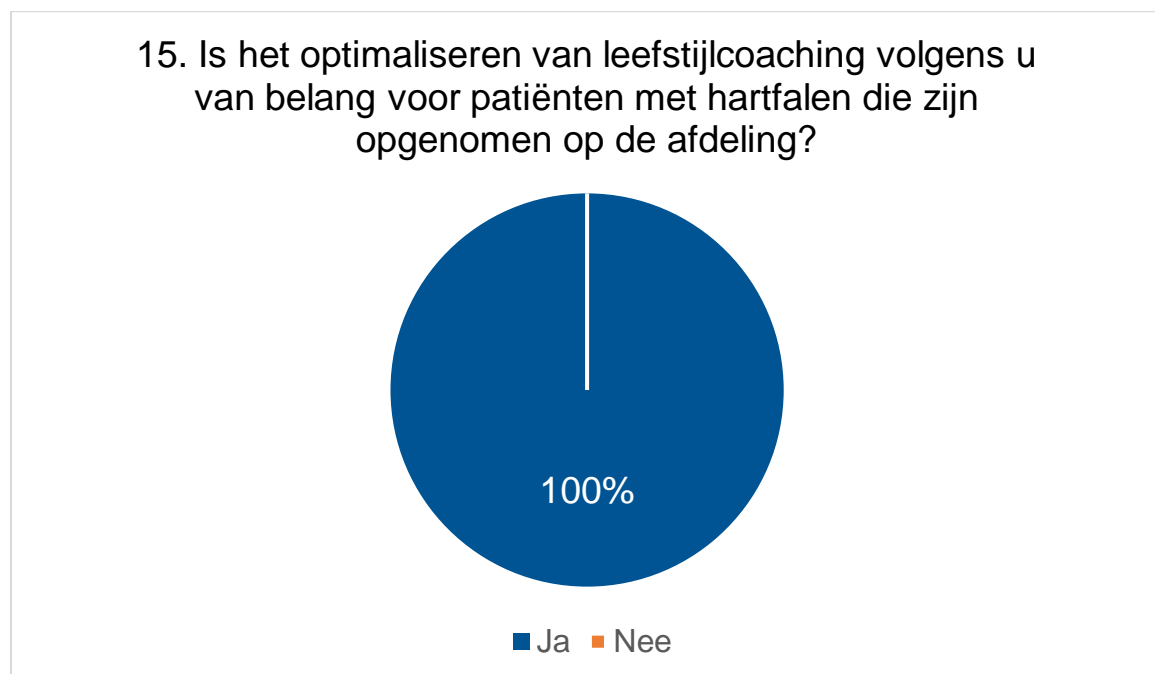
14a. Zou u, als verpleegkundige op de afdeling, behoefte hebben aan een MDO?



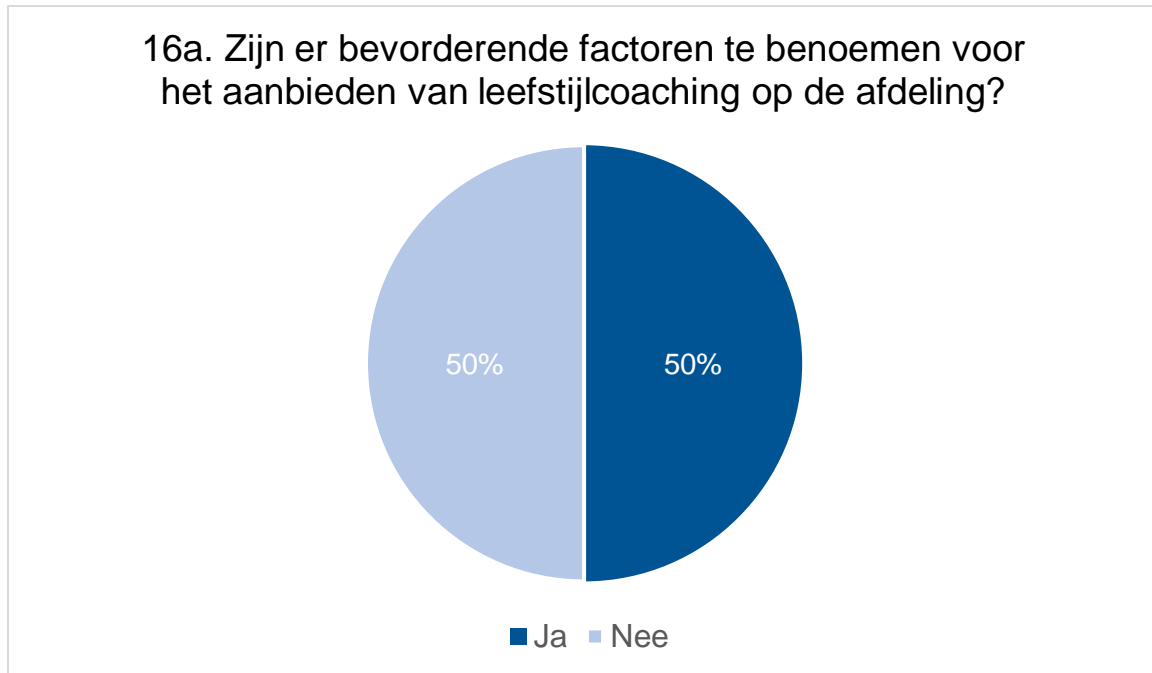
In totaal hebben acht verpleegkundigen behoefte aan een MDO en twee verpleegkundigen hebben geen behoefte aan een MDO.

14b. Waarom wel/niet?

- Te weinig tijd voor op de afdeling
- Eenduidigheid en snelle communicatie
- Zo wordt de patiënt middels meerdere disciplines in kaart gebracht.
- Even alle koppen bij elkaar steken. Duidelijke doelen stellen. Weten van elkaar waar we mee bezig zijn.
- Zo krijg je een beter inzicht in het ziektebeeld en de beleving van de patiënt hierbij
- om het zorgtraject na ontslag beter en sneller in kaart te brengen
- Om een volledig beeld van de zorgvrager te krijgen. Over de zorg die iemand volgens ook een ander specialisme nog nodig heeft bij ontslag.
- Omdat op de afdeling de huidige communicatie tussen verschillende disciplines meestal goed verloopt.
- Momenteel is er vaak geen coördinatie tussen disciplines, versnipperd per unit/ afhankelijk van wie werkt en welke arts
- Ik ben van mening dat een MDO er voor zorgt dat processen voor de patiënt beter verlopen en de patiënt hierdoor meer informatie ontvangt. Ik denk dat patiënten dan toch nog net dat beetje extra letten op hun beperkingen maar ook hun mogelijkheden. Ik zou dan ook graag willen zien dat indien mogelijk iemand van de familie bij het MDO aanwezig is. Hierdoor creëer je mogelijk net wat meer aanmoediging voor de patiënt.



Alle verpleegkundigen vinden dat het optimaliseren van leefstijlcoaching belang heeft voor patiënten met hartfalen die opgenomen zijn op de afdeling.

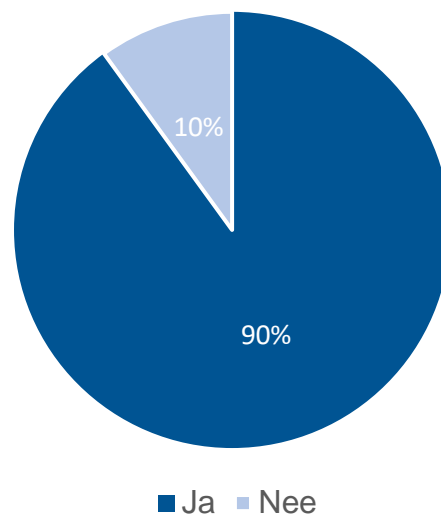


De helft van de verpleegkundigen vindt dat er wel bevorderende factoren te benoemen zijn en de andere helft niet.

16b. Indien ja, welke bevorderende factoren zijn er volgens u?

- Meer tijd voor uitleg, eerder inschakelen HF verpleegkundigen
- Motivatie van collega's
- Het verstrekken van informatie boekjes
- Informatievoorziening

17a. Zijn er belemmerende factoren te benoemen voor het aanbieden van leefstijlcoaching op de afdeling?



In totaal vinden negen verpleegkundigen dat er belemmerende factoren zijn en één verpleegkundigen vinden dat er geen belemmerende factoren zijn.

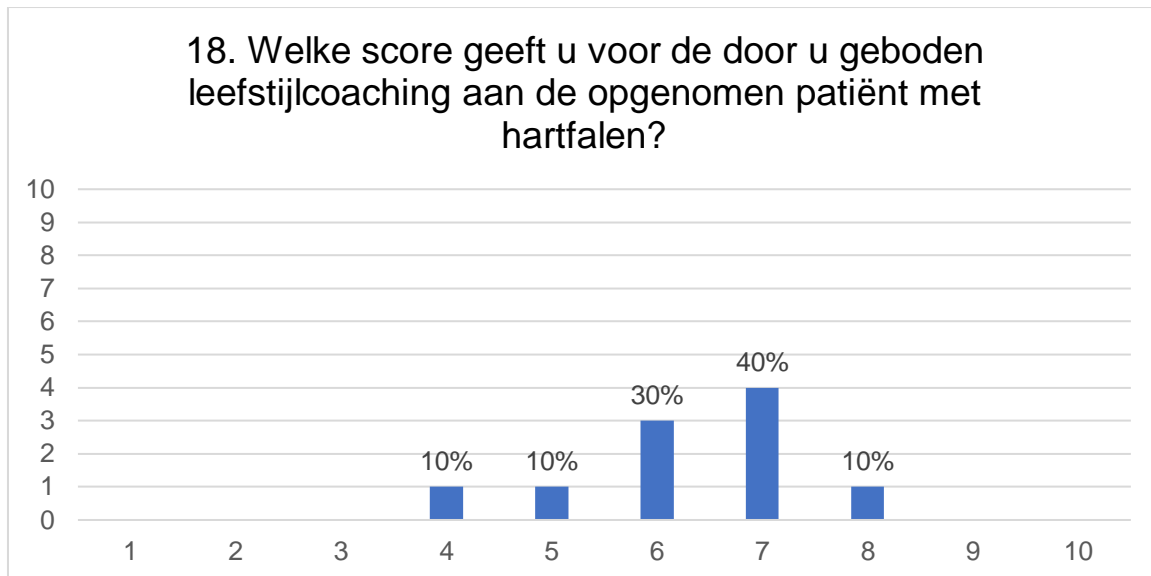
17b. Indien ja, welke belemmerende factoren zijn er volgens u?

- Te weinig kennis mbt. Proces na ontslag en bijvoorbeeld functie van een hartfalenverpleegkundige.
- Tijdsdruk
- Tijdsdruk
- Tijd
- Te weinig tijd hebben om een rustig gesprek met de patiënt te kunnen voeren.
- Personele bezetting
- Niet iedereen is op de hoogte van ons huidig leefstijlcoachingsbeleid
- Weinig afspraken hoe zorg gecoördineerd hoort te zijn, ontbreken kennis
- Kost onder andere de verpleegkundige weer meer tijd.

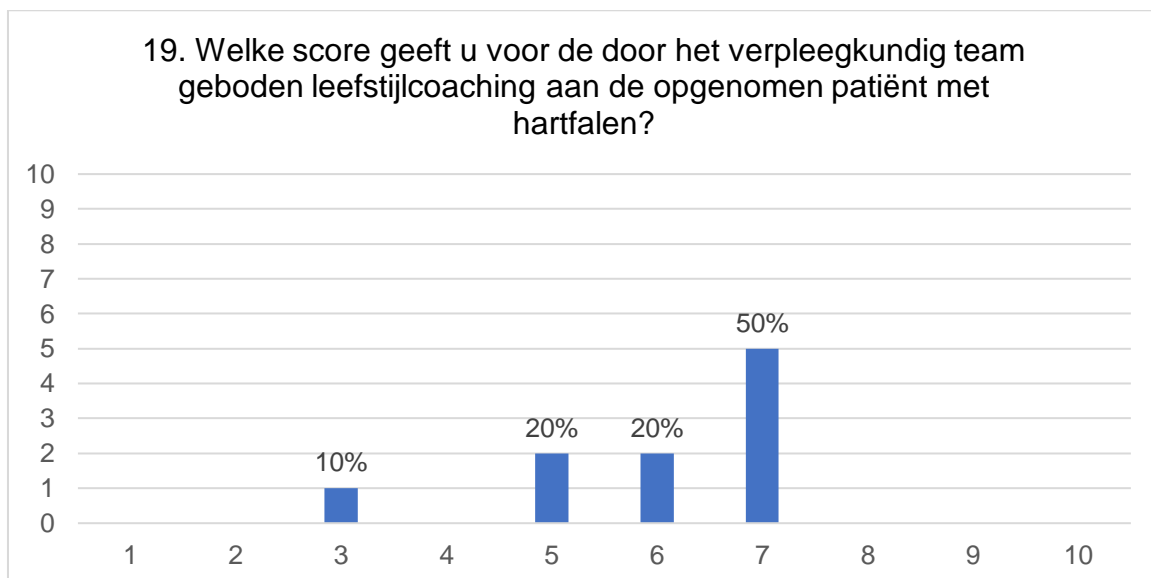
17c. Hoe kunnen we als afdeling de bovenstaande belemmerende factoren ombuigen tot bevorderende factoren?

- Uitleg krijgen met betrekking tot leefstijlcoaching bij hartfalen patiënten. Tip die we kunnen meegeven aan patiënten en naasten.
- Er gewenning van maken en tijd voor maken
- Samen handleidingen/protocollen opstellen ten aanzien van coaching
- Actie ondernemen. Bijvoorbeeld een klinische les.

- Afspraken met alle partijen, MDO invoeren: arts?, VS, VPK, Hartfalenverpleegkundige, hartreva, dietiste.
- Door de resultaten bespreekbaar te maken en daardoor de effectiviteit van leefstijlcoaching duidelijk te maken.

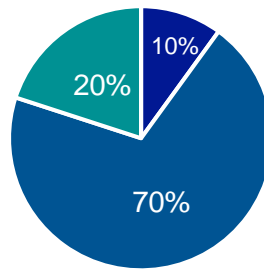


In totaal geeft één verpleegkundige zichzelf de score 4, één verpleegkundige geeft zichzelf de score 5, drie verpleegkundigen geven zichzelf de score 6, vier verpleegkundigen geven zichzelf de score 7 en één verpleegkundige geeft zichzelf de score 8.



In totaal geeft één verpleegkundige het team de score 3, twee verpleegkundigen geven het team de score 5, twee verpleegkundigen geven het team de score 6 en vijf verpleegkundigen geven het team de score 7.

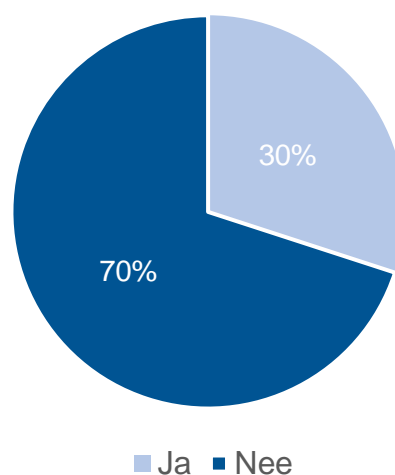
20. Welke van onderstaande stellingen past het best bij u?



- Ik ben iemand die initiatief neemt om een nieuwe ontwikkeling in te brengen
- Ik sta open voor nieuwe ontwikkelingen en wil hier graag aan meewerken
- Ik wil weten of de nieuwe ontwikkeling functioneert voor ik het zelf probeer
- Ik vind het goed zoals het team beslist
- Ik heb geen behoefte aan verandering

In totaal vindt één verpleegkundige zichzelf iemand die initiatief neemt om een nieuwe ontwikkeling in te brengen, zeven verpleegkundigen vinden zichzelf iemand die open staat voor nieuwe ontwikkelingen en willen hier graag aan meewerken, twee verpleegkundigen vinden zichzelf iemand die willen weten of de nieuwe ontwikkelingen functioneert voordat ze het zelf proberen en géén verpleegkundige vindt zichzelf iemand die het goed vindt zoals het team beslist of geen behoefte heeft aan verandering.

21. Stelling: "Ik ervaar weerstand binnen het team bij veranderingen ten aanzien van kwaliteitsverbetering op de afdeling."



In totaal voelen drie verpleegkundigen weerstand binnen het team bij veranderingen en zeven verpleegkundigen voelen geen weerstand binnen het team bij veranderingen.