

Handleiding Training en Educatie van de peritoneale dialysepatiënt



Leren het leven anders in te richten



v&vn
Beroepsvereniging van zorgprofessionals
Dialyse & Nefrologie

INHOUD	PAGINA
Voorwoord	3
Inleiding	4
Begripsbepaling	5
Visie m.b.t. thuisbehandeling	6
Deel 1: De training	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Training van patiënten (wie, wat, wanneer, waar, hoe lang en hoe)	7
1.3 Stappen Ten Brink	11
1.4 Speciale aandacht	11
1.5 Evaluatie of hertraining	12
1.6 Huisbezoek	12
1.7 Verbeterde uitkomsten op basis van PD training	12
Referenties	12
Deel 2: Competenties en rol van de trainer	14
2.1 De trainer van peritoneale dialysepatiënten moet voldoen aan	14
2.2 Voor aanvang van de training	14
2.3 Tijdens de training zal de trainer	14
2.4 Na afloop van de training zal de trainer	15
Referenties	15
Deel 3: Achtergrondinformatie m.b.t. het geven van een training	16
3.1 Zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden	16
3.1.1 Inleiding	16
3.1.2 Zelfmanagement	16
3.1.3 Empowerment en self-efficacy	17
3.1.4 Gezondheidsvaardigheden	19
Referenties	21
3.2 Leerstijlen	22
3.2.1 Leerfasen van Kolb	22
3.2.2 Leerstijlen in de praktijk	24
3.2.3 Test voor leerstijl	27
Referenties	28
3.3 Leerproces	29
3.3.1 Gedragsverandering	29
3.3.2 Leerprocessen	29
Referenties	30
Deel 4: Verantwoording	31
4.1 Werkwijze bij het tot stand komen van de handleiding T&E	31
4.2 Verantwoording revisie 2019	32
Bijlagen: Patiënten ervaringen	33
Zoekstrategie en beantwoording PICO vragen	35
Enquête achterban 2009 en 2019	38

Voorwoord nieuwe versie handleiding Training & Educatie (T&E)

De special interest group Peritoneale Dialyse (SIG PD) is onderdeel van de afdeling Dialyse en Nefrologie van de Beroepsvereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en is in 2001 opgericht met als doel het ontwikkelen, implementeren en borgen van verpleegkundige, evidence based richtlijnen op het gebied van peritoneale dialyse. Een van de belangrijkste onderdelen van het slagen van de peritoneale dialysebehandeling is de training van degene die de behandeling zal uitvoeren. In de meeste gevallen is dit de patiënt zelf, maar dit kunnen ook mantelzorgers of andere hulpverleners zijn. Dialyseverpleegkundigen hebben doorgaans geen specifieke opleiding voor het trainen van PD-patiënten. Een succesvolle training is mede bepalend voor het slagen van de PD-behandeling. We zijn als werkgroep in 2009 gestart met de ontwikkeling van adviezen voor training en educatie. In de **Handleiding Training en Educatie van de peritoneale dialysepatiënt**, in 2014 gepubliceerd, beogen we handvatten te geven aan de trainer en presenteren we vooral achtergrondinformatie vanuit de literatuur, expert opinion en best practice. Er is literatuur gevonden over volwasseneneducatie en leerstijlen die vertaalbaar is naar het verpleegkundig niveau. Helaas is er weinig verpleegkundige wetenschappelijke literatuur over dit onderwerp voorhanden. Naast zelfmanagement hebben we ons gericht op leerstijlen en op het leerproces aan de hand van de principes van volwasseneneducatie. Relevante literatuur over deze onderwerpen zijn in de aanbevelingen meegenomen. Aan het einde van het proces hebben we een focusbijeenkomst georganiseerd met een aantal patiënten. Een bijzondere opmerking uit deze bijeenkomst hebben wij op de titelpagina geplaatst. Training voor een PD-behandeling is *'leren je leven anders in te richten'*.

In 2019/2020 hebben we het document gereviseerd, waarbij we vooral beogen de handleiding een meer handzaam document te laten zijn. Aanvullende tools en workshops worden ingezet naar aanleiding van de enquête die is afgenomen tijdens de Nefrologiedagen 2019. Tevens heeft de SIG PD een visie m.b.t. thuisstraineren en assisted PD beschreven.

Bettie Hoekstra, Anneke Hoogsteen, voorzitters SIG PD V&VN Dialyse en Nefrologie

Inleiding Handleiding Training en Educatie

De training en educatie van PD-patiënten heeft al langere tijd de aandacht van de PD-werkgroep. Internationale literatuur over dit onderwerp geeft aan dat bij een goede training betere resultaten bij de PD-behandeling worden bereikt. Maar wat is een goede training? In de opleiding van dialyseverpleegkundigen komt dit onderwerp wel aan bod, maar er wordt verwacht dat de kennis al doende wordt opgebouwd. Een specifieke didactische scholing wordt ook in 2019 nog niet geboden. Bij het trainen van patiënten spelen verschillende leerstijlen een rol. Verder is het onduidelijk welke overige factoren een rol spelen bij het leren door chronisch zieke mensen. Hoe beleeft de patiënt zijn chronische ziekte en staat hij op het moment van training open voor informatie? En hoe gaan we om met het spanningsveld dat er van de patiënt compliance (volgzaam gedrag) wordt verwacht, terwijl we niet aan het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt willen tornen? Welke invloed heeft leeftijd, intelligentie, cultuur of sociaaleconomische status bijvoorbeeld op het leren van nieuwe dingen? Met deze vragen en dilemma's in het achterhoofd hebben we de eerste versie van de handleiding geschreven. Zeker de toenemende belangstelling voor gezondheidsvaardigheden en de daarbij te verbeteren zorguitkomsten geven ons inspiratie voor een meer toegankelijke en ondersteunende handleiding.

De herziene handleiding is in zijn geheel of in losse onderdelen te gebruiken. En is bedoeld voor verpleegkundigen die training / educatie geven aan peritoneale dialysepatiënten en/of hun mantelzorgers of hulpverleners.

De handleiding heeft als doelstelling:

- Het beschrijven van de best mogelijke zorg t.a.v. de training en educatie van de peritoneale dialysepatiënt op basis van literatuuronderzoek en expert opinie.

- Het aanbieden van relevante achtergrond informatie vanuit de literatuur en best practice

- Het vaststellen van vier minimale eisen waaraan een PD-trainings- en educatieprogramma van een dialysecentrum moet voldoen:
 1. Aanwezigheid van een gestructureerd trainingsprogramma Het is inzichtelijk dat een trainingsprogramma is samengesteld door de trainer samen met de patiënt. Hierbij wordt gekeken naar de cognitieve mogelijkheden en leerstijl van de patiënt. Met behulp van een gedocumenteerd plan wordt de behandeling aangeleerd.

 2. Uitvoering van de training door ervaren (dialyse)verpleegkundigen met bekwaamheid voor peritoneale dialyse Het is inzichtelijk dat de betrokken trainers ervaring hebben opgedaan met peritoneale dialysepatiënten. Het is inzichtelijk dat de trainers een opleiding hebben afgerond, of binnenkort afronden, waarbij didactische kennis en vaardigheden zijn opgedaan.

 3. Evaluatie van de training tijdens een daarvoor afgesproken ontmoeting, poliklinisch of door middel van een huisbezoek De uitkomsten van evaluatie tussen trainer en patiënt of getrainde mantelzorger/hulpverlener zijn inzichtelijk. Er wordt een uniforme centrumgebonden evaluatiemethode gebruikt en vastgelegd in het patiëntendossier. Aandachtspunten uit de evaluatie worden meegenomen in een gestructureerde hertraining.

 4. Monitoring PD-gerelateerde infecties Het is inzichtelijk of de uitkomsten van de monitoring van PD-gerelateerde infecties gebruikt worden voor verbeterinitiatieven in training en educatie.

De SIG PD zal de ontwikkelingen op het gebied van training en educatie blijven volgen en periodiek de handleiding herzien. Hierbij wordt een maximale herzieningstermijn van 5 jaar aangehouden.

Begripsbepaling

AUTOMATISEREN is het zodanig oefenen met een procedure waardoor een handeling zonder nadenken kan worden uitgevoerd.

COACHEN is het stimuleren van het bereiken van persoonlijke doelen door de ontwikkeling van kennis, competenties en talenten.

COMPETENTIE is het ontwikkelbare vermogen van mensen om in voorkomende situaties op adequate, doelbewuste en gemotiveerde wijze proces- en resultaatgericht te handelen. Dat wil zeggen, passende procedures te kiezen en toe te passen om de juiste resultaten te bereiken.

EMPOWERMENT is het geloof in eigen kracht.

EVALUATIE is het proces waarbij een oordeel kan worden gevormd over de vorderingen van de patiënt en de resultaten van de training.

GELETTERDHEID is het kunnen lezen en schrijven.

GEZONDHEIDSVAARDIGHEDEN zijn de vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen.

LEERPROCES is de manier van werken die een persoon aanwendt om kennis te verwerven, normen en waarden te vergaren, problemen op te lossen en vaardigheden te leren.

LEERSTIJLEN VAN KOLB: David A. Kolb, (1939), leerpsycholoog en pedagoog uit Amerika, onderscheidt vier verschillende manieren van leren die als fasen van elkaar afhankelijk zijn. Deze 4 fasen zijn: concreet ervaren (voelen), waarnemen en overdenken (kijken), abstracte begripsvorming (denken) en actief experimenteren (doen).

PATIËNT is diegene die de peritoneale behandeling moet ondergaan. Dit hoeft niet perse degene te zijn die wordt getraind.

SELF-EFFICACY is de overtuiging of het vertrouwen dat iemand heeft om adequaat, efficiënt en succesvol te handelen in een bepaalde situatie (het geloof in eigen kunnen). Self-efficacy bepaalt in belangrijke mate het (zelfmanagement)gedrag.

TERRY D. TEN BRINK, (1936) doctor en psycholoog aan de universiteiten van Michigan, Missouri en Columbia, USA. Werkgebied m.n. educatieve psychologie en menselijke ontwikkeling.

TRAINER is een persoon die de training geeft.

TRAINING is het aanleren, verbeteren of veranderen van sociale, cognitieve en psychomotorische vaardigheden.

ZELFMANAGEMENT is de verzameling van kennis, gedrag, activiteiten en hulpmiddelen waarmee mensen met een chronische ziekte beter regie houden op hun leven en, op maat gesteund door professionals, mede richting geven aan hoe zorg en behandeling worden ingezet ten behoeve van zijn kwaliteit van leven. Zelfmanagement kan, indien op een juiste manier toegepast, leiden tot een betere kwaliteit van leven, betere zorg en kostenreductie.

Visie m.b.t thuisbehandeling

De zorgverzekeraars in Nederland zijn van mening dat meer zorg in de thuissituatie moet plaatsvinden en minder in de kliniek. De achterliggende gedachte is dat dit zowel prettiger is voor patiënt zelf als ook kostenbesparend voor de overheid.

Mensen blijven langer zelfstandig en behouden meer regie over hun leven. Hierdoor zal de kwaliteit van leven toenemen. Ook wordt therapietrouw bevordert, neemt het aantal polibezoeken en het aantal ziekenhuisopnames af. De overheid heeft hiervoor de wet WMO in 2015 geïntroduceerd.

Er zal een groeiend aantal zorg- en hulpverleners betrokken zijn bij patiënten die thuis meer zorg ontvangen. Er is daarmee ook een groeiend aantal organisaties betrokken. Van al deze verschillende organisaties en individuele zorg- en hulpverleners wordt samenwerking verwacht bij het verlenen van coherente, cliëntgerichte ondersteuning.

Het is van groot belang dat de zorg en ondersteuning voor patiënten in de thuissituatie sluitend is en dat er geen gaten vallen die ten koste gaan van veiligheid of welzijn. Zo staat er in de WMO (2015) dat aanbieders verantwoordelijk zijn voor de goede kwaliteit van een voorziening, wat onder andere betekent dat een voorziening in elk geval moet worden afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en op andere vormen van zorg of ondersteuning die de cliënt ontvangt (art.3.1 lid 2b). De belangrijkste kwaliteitsvereisten (als 'verantwoorde zorg' of 'goede zorg') worden niet wettelijk uitgewerkt maar worden door de ontwikkeling van kwaliteitsnormen vastgelegd.

Dit zijn normen of uitgangspunten die zorgaanbieders zelf hebben geformuleerd als belangrijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De Inspectie kijkt dan in hoeverre zorgaanbieders deze normen naleven (IGZ, 2013) Het perspectief van de patiënt moet zeker ook een plaats krijgen in dit geheel.

Er bestaan namelijk grote verschillen in voorkeuren, mogelijkheden en wensen van individuele patiënten. Zowel in de ontwikkeling van normen als in de normen zelf dient daarom ruimte te zijn voor variatie en voor het expliciet meenemen van de stem van de cliënt.

Het is dan ook belangrijk dat zorgprofessionals en welzijnswerkers in de thuissituatie meer over de grenzen van hun nauwe taakomschrijving heen durven kijken en verantwoordelijkheid nemen wanneer dat nodig is gecombineerd met eigen initiatief. Daarbij wordt gerefereerd aan begrippen als verantwoordelijkheid, autonomie, professionaliteit, prioritering in het toezicht, vertrouwen en regelruimte.

Dit alles is de reden waarom meer informatie over assisted PD en thuistrainen is toegevoegd aan de handleiding. Omdat peritoneaal dialyse reeds in de thuissituatie plaatsvindt, is het belangrijk te bedenken hoe we meer zorg van de peritoneaal dialyse patiënt kunnen laten plaatsvinden in de thuissituatie. De SIG PD zal hier meer aandacht aan geven middels netwerkdagen en workshops op de Nederlandse nefrologiedagen.

Referenties

Leidraad IGZ 2013 via www.wetten.overheid.nl

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/ondersteuning-gemeente-wmo-2015>

Deel 1: De training

1.1 Inleiding

Bij het overdragen van kennis en vaardigheden is het van belang te weten voor wie de training is bedoeld, wat de inhoud is van de training, waar er wordt getraind, hoe lang de training zal duren en op welke wijze de training wordt aangepakt.

Peritoneale dialysepatiënten moeten door het dialysecentrum in staat worden gesteld hun behandeling zelf uit te voeren of te laten uitvoeren. De training van de patiënt of zijn omgeving is daarom een belangrijk onderdeel van de PD-behandeling. Er worden vanuit bestaande handleidingen en literatuur adviezen beschreven die waarschijnlijk het beste resultaat opleveren voor de PD-patiënten. Recent verschenen artikelen geven aan dat een leerplan waarin de te behandelen onderwerpen zijn opgenomen, essentieel is.

Duidelijk is dat het trainen van peritoneale dialysepatiënten, het geven van educatie en doorgeven van informatie, het best kan worden gedaan door dialyseverpleegkundigen met een bekwaamheid voor de peritoneale dialyse.

De training kan door het persoonlijke karakter het beste één op één worden uitgevoerd, hoewel evidence omtrent het trainen van meerdere patiënten tegelijk, niet voorhanden is. Belangrijk blijft aanpassing aan de leerstijl, bv. een doener kan baat hebben bij een groepstraining (zie leerstijlen in deel 3).

Een leerplan waarin de te behandelen onderwerpen zijn opgenomen is essentieel.

Het trainen van peritoneale dialysepatiënten, het geven van educatie en doorgeven van informatie kan het best worden gedaan door een dialyseverpleegkundige met een bekwaamheid voor de peritoneale dialyse.

1.2 Training van patiënten

1.2.1 Wie wordt er getraind?

Er zijn verschillende vormen van PD-training mogelijk: actief, passief en mengvormen hiervan.

Bij *actief* trainen is het uitgangspunt dat de patiënt zelf wordt getraind en hierbij een actieve rol heeft. Hij is eindverantwoordelijk voor zijn behandeling. Wel is het van belang dat de directe sociale omgeving achter de training staat. De omgeving kan in het kader van zelfmanagement ondersteunend, maar ook beperkend werken. Het beïnvloedt de self-efficacy.

Bij *passief* trainen is de patiënt zelf niet in staat te worden getraind. Hieraan kunnen verschillende oorzaken ten grondslag liggen. Training van andere personen dan de patiënt zelf, vraagt vooraf een goede inventarisatie van de mogelijkheden. De omringende mantelzorgers verlenen hun zorg aan de patiënt op basis van vrijwilligheid. De motivatie hiervoor moet dan ook zorgvuldig worden geïnventariseerd, omdat de zorg niet vrijblijvend kan zijn. In verband met de continuïteit van de dialysebehandeling mag de belasting van de omgeving dan ook niet te groot zijn.

In instellingen kan het verplegend personeel worden getraind om de behandeling, of een deel van de behandeling, uit te voeren. In de thuissituatie geldt dit ook voor de thuiszorgverpleegkundige. In alle gevallen geldt dat de continuïteit van de behandeling moet zijn gewaarborgd en professionals bevoegd en bekwaam zijn. Zorgvuldig afsluiten van zorgcontracten met betrokkenen kan voorkomen dat de behandeling niet wordt uitgevoerd en er onnodige ziekenhuisopnames plaatsvinden.

Er zijn verschillende vormen van PD-training mogelijk: actief = de patiënt zelf, passief = de omgeving van de patiënt (mantelzorgers of thuiszorg) en mengvormen hiervan.

Door de inzet van assisted PD is het voor iedereen mogelijk om voor PD te kiezen.

In alle gevallen dient de continuïteit van de behandeling te worden gewaarborgd en professionals moeten bevoegd en bekwaam zijn.

1.2.2 Assisted PD

Er zijn meerdere initiatieven in het land om thuiszorgteams te trainen. Er zijn ziekenhuizen die de opleiding hebben uitbesteed aan de academie van het betreffende ziekenhuis of een samenwerking met regionale opleidingscentra. Ook is er een ziekenhuis wat werkt met een E-learning voor ondersteunende teams in de PD zorg. (thuiszorg, verpleeghuis nefrologische verpleegafdelingen etc.)

1.2.3 Wat moet er geleerd worden?

Er zal een trainingsprogramma opgezet moeten worden gebaseerd op de principes van zelfmanagement (zie deel 3) en volwassenenonderwijs. Bij volwassenenonderwijs wordt uitgegaan van het principe dat volwassenen anders leren dan kinderen, anders gemotiveerd zijn en levenservaring inbrengen. De principes hiervoor berusten op zelfsturend leren, de accumulatie van ervaringen (leren uit ondervinding), de eigen identiteit, een motivatie tot leren vanuit taakontwikkeling of sociale rol (competentie en uitvoerend gericht), de behoefte te leren om problemen op te lossen, een grote intrinsieke factor (bv. erkenning, zelfvertrouwen, levensstandaard) en inhakend op de leerstijl van de patiënt. Het trainingsprogramma houdt onder meer in het aanleren van handelingen, problemen leren oplossen, emotionele begeleiding en methodes voor gedragsverandering. Bij het trainingsprogramma moet ook rekening gehouden worden met de taalbarrière van niet Nederlandstalige patiënten en patiënten met laaggeletterdheid en lage gezondheidsvaardigheden.

Onderwerpen voor de training:

- de APD of CAPD-behandeling, omgaan met machine en materialen
- hygiënisch werken en persoonlijke hygiëne
- huidpoortverzorging
- problemen oplossen in afwijkende situaties; besmetting materialen, ziekte en klachten, machineproblemen
- metingen (+ noteren) bij de behandeling: gewicht, bloeddruk, ultrafiltratie, urineproductie en vochtintake
- hoe om te gaan met afwijkingen in de metingen: overvulling, ondervulling
- bestelprocedures en materialen
- ziekenhuisbezoek, controles en bereikbaarheid buiten kantoortijden
- peritonitis en preventiemaatregelen
- verwerking en inpassen in het dagelijks leven, vakantie, werk, omgeving
- begeleiding bij de veranderingen

De patiënt dient zowel praktisch als theoretisch geschoold te worden. Alle aangeleerde procedures dienen ook op schrift of op beeldmateriaal voorhanden te zijn voor de patiënt. Vooraf dient samen met de patiënt het doel van de training te worden vastgelegd. Afhankelijk van wat de patiënt wil en kan wordt het lesprogramma opgezet. Maak hierbij onderscheid in:

- *dat wat men beslist moet weten*
- *dat wat men zou moeten weten*
- *dat wat men zou kunnen weten*

Verschillende hulpmiddelen worden voor de training ingezet. Hieronder valt het gebruik van oefenmateriaal zoals het oefenschort of de oefenbuik, het gebruik van een flip-over of bord en eventueel beeldmateriaal (DVD) en/of internet. Geadviseerd wordt een handboek te gebruiken in eenvoudige taal, met korte zinnen en plaatjes. Een groot lettertype en duidelijke en overzichtelijke hoofdstukken moeten het eenvoudig leesbaar maken voor de patiënt. Aan het eind van de training dient er een vorm van toetsing te worden toegepast om te testen of het doel van de training is bereikt. Hierbij gaat het om toetsing van zowel theorie als praktisch.

Evaluatie van de training kan in overleg met de trainee en/of patiënt bij de eerste poli afspraken in het ziekenhuis, na afsluiting van de training of op een later tijdstip middels een huisbezoek plaatsvinden. Eventuele gemiste onderwerpen worden dan alsnog besproken. Een hertraining kan zo nodig worden ingepland.

Er dient vooraf een trainingsprogramma te worden opgezet, gebaseerd op de principes van zelfmanagement en volwassenenonderwijs. Hierbij wordt gebruik gemaakt van diverse hulpmiddelen en lesmateriaal. De training wordt afgesloten met een toetsing en evaluatie.

1.2.4 Wanneer wordt er getraind?

Gezien het belang van herhalen is de PD-werkgroep van mening dat gestart kan worden met trainen zodra de PD-katheter is geïmplanteerd ("droogtrainen"). De patiënt dient hier wel aan toe te zijn. Een training kan mogelijk maar voor een deel worden gegeven of moet worden uitgesteld als de patiënt hier, om wat voor reden dan ook, nog niet klaar voor is. Denk bijvoorbeeld aan emotionele overbelasting, concentratiestoornissen door uremie of andere medische klachten. De opvatting leeft dat de inhoud van de training alleen aankomt als de patiënt ervoor open staat.

In het belang van het automatiseren van de handelingen adviseert de PD werkgroep vóór de effectieve start van de peritoneale dialysebehandeling te starten met "droogtrainen".

1.2.5 Waar wordt er getraind?

De actieve patiënt kan in het ziekenhuis of thuis worden getraind. Voorwaarde is dat het een rustige omgeving is, zodat er ongestoord getraind kan worden. In de ruimte vinden tijdens de training geen andere activiteiten plaats. Er is voldoende licht en er is een wastafel voor het toepassen van handhygiëne. Er dient een mogelijkheid te zijn om te rusten. Bij de training ten behoeve van een passieve PD-patiënt zal de locatie afhangen van diegene die getraind gaat worden en kan daarom in overleg worden bepaald. De faciliteiten van het dialysecentrum kunnen hierbij wel van invloed zijn. Er is vooralsnog geen wetenschappelijk bewijs wanneer een training beter resultaat geeft: thuis of in het dialysecentrum. Inmiddels zijn er goede ervaringen met het thuistrainen, de patiënt staat meer in zijn kracht in de thuissituatie. Hij of zij leert de handelingen direct op de plaats waar ze uitgevoerd worden. De partner is meer betrokken en ondersteunend. De trainingsduur lijkt in de thuissituatie korter te zijn, 2 tot 4 dagen.

De locatie voor de training is vooral afhankelijk van de persoon die wordt getraind.

Een rustige omgeving waar men niet wordt gestoord, is hierbij een voorwaarde.

Thuis training behoort steeds meer tot de mogelijkheden.

1.2.6 De duur van de training

Er zijn geen gerandomiseerde onderzoeken die uitkomsten vergelijken ten aanzien van de duur van de training. Geadviseerd wordt de training in ieder geval te continueren tot de patiënt minimaal de volgende onderwerpen onder de knie heeft:

- de patiënt kan op een veilige manier de vereiste handelingen uitvoeren
- de patiënt kan een contaminatie en een ontsteking onderkennen
- de patiënt is in staat de geleerde lesstof te reproduceren
- de patiënt weet wanneer hij hulp dient in te schakelen

In de praktijk blijkt dat gemiddeld één tot twee weken training nodig is om deze einddoelen te bereiken. Inmiddels is er ook ervaring met een trainingsduur < 1 week vooral bij thuis trainen. De vooraf met de patiënt besproken einddoelen bepalen mede de duur van de training en de lengte van de individuele sessies.

1.2.7 Hoe dient getraind te worden?

Bespreek vooraf als trainer met de patiënt wat de bedoeling van de training is. Meer specifiek:

- wat dient er geleerd te worden?
- wat doet de trainer?
- wat wordt er van de patiënt verlangd?
- hoe wordt de vordering van de training vastgelegd?
- hoe wordt de overdracht binnen het dialyseteam verzorgd?
- hoe weten beiden dat de training is geslaagd?

In het trainingsprogramma moet duidelijk zijn wat de doelen zijn, wat er geleerd dient te worden en hoe dit zal gebeuren. Deze doelen dienen voor de patiënt haalbaar te zijn. Om de betrokkenheid te vergroten kan de patiënt zelf aangeven welke doelen hij voor die dag wil bereiken. Dit is goed voor de motivatie en geeft kracht.

Vervolgens moet de patiënt geloven dat hij de handelingen zelf zal kunnen uitvoeren: self-efficacy. Dit wordt bereikt door iedere stap in de procedure te herhalen. De trainer kan dit geloof versterken door aanmoediging (prima, je doet dit erg goed), ondersteuning (wees voorzichtig met het plaatsen van de vingers) of waarschuwing (dit soort fouten kan een peritonitis veroorzaken). De PD-werkgroep adviseert de trainer het aanbod van de informatie aan te passen aan de leerstijl van de patiënt (zie deel 3). De hoeveelheid nieuwe informatie dient beperkt te worden tot drie of vier boodschappen per uur. Door structuur aan te brengen in de training krijgen trainer en patiënt zekerheid. De vier basisuitgangspunten voor de trainer zijn:

- de tijd nemen om te trainen
- een keuze maken welke lesstof wordt aangeboden
- hoe de lesstof over te brengen
- de benodigde documentatie beschikbaar stellen

Rollenspellen zijn een effectieve manier om nieuwe vaardigheden te herhalen en in te spelen op toekomstige moeilijkheden. Ook verpleegkundigen onderling kunnen rollenspellen toepassen om technieken voor een training uit te proberen. Patiënten kunnen oefenen met het schort of de oefenbuik. De SIG PD adviseert om in aanvang van de training nog geen gebruik te maken van de eigen katheter. Er wordt creativiteit van de trainer verwacht om ook andere manieren van trainen toe te passen zoals het herhalen van de training (evt. in groepen) voor het oplossen van problemen, gebruik van telefoon, beeldschermcontact, e-mail en internet, filmmateriaal en folders. Terugvragen van de informatie zal bijdragen aan de automatisering van het geleerde. Visualisering van bepaalde boodschappen kan ook een goed hulpmiddel zijn. Bijvoorbeeld het toevoegen van appelsap aan een zak met dialysaat om zichtbaar te maken hoe troebel dialysaat eruit ziet. Zie voor meer informatie ook de leerprocessen in deel 3. Door in de training een probleemoplossende benadering toe te passen leert de patiënt om een probleem (bijvoorbeeld een verkeerde connectie, een dichte klem of onsteriele handelingen) vast te stellen, mogelijke oplossingen te benoemen en deze vervolgens uit te voeren. De patiënt zal een oplossing selecteren, dit uitproberen en de resultaten evalueren. Als deze oplossing niet werkt, moet de patiënt in staat worden gesteld een andere oplossing te zoeken of advies te vragen aan de verpleegkundige. Het oefenen is heel belangrijk voor de patiënt. Door de correcte bewegingen te maken worden de spieren als het ware geprogrammeerd. Door vaak te oefenen leert het brein fouten herkennen en worden handelingen zonder nadenken uitgevoerd (automatiseren), zoals lopen.

De ISPD-handleidingen adviseren om de patiënt pas zelfstandig een wisseling te laten doen op zijn eigen katheter als hij alle stappen in het leerproces heeft doorlopen.

Dit maakt het waarschijnlijker dat de patiënt de wisseling succesvol en zonder fouten zal uitvoeren. Het vergroot het zelfvertrouwen van de patiënt. Automatisering heeft over het algemeen een aantal weken nodig. In samenspraak met de patiënt wordt bepaald wat een aanvaardbaar niveau is om de wisseling op de eigen katheter uit te voeren. Het patiënten panel (2011) geeft aan dat het minder angstig is als de wisseling eerst op een dummy wordt geoefend.

Belangrijke stappen in het trainingsprogramma zijn:

- *planning en het bepalen van doelen*
- *oefenen en herhalen*
- *problemen leren oplossen*
- *evalueren en het toetsen van kennis*

Om goed te kunnen onthouden, is herhalen belangrijk. Dat iemand iets heeft onthouden, wil niet zeggen dat de informatie ook wordt begrepen. De trainer kan nagaan wat de vorderingen van de patiënt zijn door vragen te stellen. Hierdoor wordt het leerproces geëvalueerd en de patiënt wordt geholpen om zelf na te denken. Positieve vragen, "Wat is er nodig om het volgende te kunnen doen?", zijn makkelijker voor de patiënt dan negatieve vragen, "Wat moet u nu niet doen?" Vermijd het herhalen van lijsten met symptomen, zoals bijvoorbeeld bij een peritonitis. Hierdoor zal de patiënt alleen de lijst onthouden. Het is beter om meerkeuzevragen te stellen. Hierdoor zal de patiënt meer blijven nadenken. Herhaling van de leerstof is belangrijk omdat de gegeven informatie weer snel wordt vergeten. Procedures die van begin tot eind worden gedemonstreerd, worden door de hersenen bij elkaar gevoegd als een geheel. Wanneer meer dan één verpleegkundige de training verzorgt, wordt de voorlichting complexer voor zowel de patiënt als de verpleegkundige. Indien de informatie niet eenduidig is, is dit voor de patiënt verwarrend. Hiervoor is een goede overdracht belangrijk. Draag volgens afspraak mondeling maar zeker schriftelijk over. Werk een

stappenplan zorgvuldig bij. Onderlinge afstemming zorgt voor duidelijkheid bij de patiënt. Zaken die beschreven kunnen worden zijn o.a. waar een trainingsdag is geëindigd, op welke manier de patiënt het best leert, welke werkvorm goed werkt, of de patiënt de leerstof aankan, enz. Bij training door meerdere verpleegkundigen is een goede overdracht tussen trainers van belang voor een goed verloop van de training. Als voordeel kan worden gezien dat een patiënt van meerdere hulpverleners iets leert of overneemt, wat behulpzaam kan zijn in de dagelijkse toepassing van deze thuisbehandeling door de patiënt.

1.3 Stappen Ten Brink

De stappen beschreven door Ten Brink die gevolgd kunnen worden om een PD-behandeling aan te leren zijn:

STAP 1: DE COGNITIEVE FASE

Waarin de patiënt de stappen leert van de PD-behandeling of een onderdeel van de peritoneale dialyseprocedure.

De trainer:

- demonstreert eerst de handeling in zijn geheel
- demonstreert vervolgens de handeling opnieuw en vertelt bij elke stap in detail wat hij doet
- demonstreert nogmaals de handeling en benoemt alleen steekwoorden

In deze fase kijkt de patiënt alleen toe (doet zelf nog niets).

STAP 2: DE PRAKTISCHE FASE

Waarbij de patiënt:

- elke handeling beschrijft of leest, waarna de trainer deze vervolgens uitvoert de stappen nog niet uitvoert voordat hij ze kan beschrijven
- de procedure oefent met een oefenschort en elke stap beschrijft die wordt uitgevoerd
- zijn eigen katheter gebruikt als de vorige stappen doorlopen zijn

De trainer geeft in deze fase meteen feedback op alles wat hij ziet. Er wordt benoemd wat de patiënt goed doet en als er een fout wordt gemaakt, laat de trainer de patiënt meteen stoppen. De trainer laat de patiënt teruggaan naar het moment waarop de training nog goed ging en laat de patiënt vanaf dat punt weer verder gaan. De trainer zegt nooit tegen de patiënt: "Doe dit niet". Hierdoor wordt de foutieve handeling door de patiënt onthouden en het leerproces negatief beïnvloed.

STAP 3: DE AUTOMATISCHE FASE:

- de patiënt zal de handelingen steeds nauwkeuriger en sneller uitvoeren
- de informatiestroom wordt in deze fase sterk beperkt om de aandacht niet van de opgebouwde vaardigheden af te leiden

Er zal door maatwerk (gefaseerd, aangepast naar de leerstijl) worden gestreefd naar een gewenst, vooraf bepaald eindniveau. Automatisering heeft over het algemeen een aantal weken nodig. In samenspraak met de patiënt wordt bepaald wat een aanvaardbaar niveau van automatisering is waarmee de behandeling thuis veilig uitgevoerd kan worden. Indien nodig kan assisted-PD worden overwogen; mantelzorgers en hulpverleners kunnen worden getraind.

<p>De PD-werkgroep adviseert de stappen van Ten Brink te volgen bij de training. Stap 1: de cognitieve fase; Stap 2: de praktische fase; Stap 3: de automatische fase</p>
--

1.4 Speciale aandacht

Speciale aandacht voor (her)training is nodig

- na het doormaken van PD-gerelateerde infecties.
- van een patiënt met een fysieke, geestelijke of mentale beperking en van een patiënt met een taalbarrière.
- van patiënten die moeilijk leren, om welke reden dan ook. Hier wordt een aanpak geadviseerd waarbij meerdere zintuigen worden gebruikt (plaatjes, oefenboek, beeldmateriaal).

1.5 Evaluatie of hertraining

Door de ISPD-handleidingen wordt hertraining geadviseerd na peritonitis, huidpoortontsteking, verlengde hospitalisatie of andere onderbreking van de PD. De handelingen worden namelijk snel vergeten als deze niet regelmatig worden uitgevoerd. De trainer kan dan beoordelen of de patiënt nog volgens de procedures werkt, of dat de mogelijkheden van de patiënt om volgens de procedures te werken veranderd zijn. Hertraining is een mogelijkheid om een aanwezig probleem te analyseren en/of een herhaling hiervan te voorkomen. Er is niet bewezen hoe en wanneer je moet hertrainen, maar voor de handelingen bij het maken van de PD-connecties wordt structurele hertraining in de ISPD-handleidingen wel geadviseerd. En door patiënten wordt een standaard hertraining als positief ervaren. Dit om fouten in de opgebouwde routine in de uitvoer van de handelingen te voorkomen (patiënten opinie).

Verpleegkundigen vanuit de dialysecentra hebben in de consensusbijeenkomst (NND 2011) aangegeven dat hertrainen een zware benaming is. Men spreekt liever over een evaluatie van de handelingen. In de enquête 2019 wordt hertraining als meer gangbaar beschreven.

Bij voorkeur verzorgt de trainer de evaluatie. Een huisbezoek kan tevens bijdragen aan een goed resultaat. Ook het uitvoeren van de PET kan als evaluatiemoment worden gebruikt. De PD-werkgroep sluit zich hierbij aan.

De PD werkgroep adviseert een evaluatie of hertraining na peritonitis, huidpoortontsteking, verlengde hospitalisatie of andere onderbreking van de PD behandeling. De dialyseverpleegkundige (de trainer) voert een structurele evaluatie uit tijdens bijvoorbeeld een polibezoek, huisbezoek of bij het uitvoeren van een PET.

1.6 Huisbezoek

Er is geen verband aangetoond tussen het uitvoeren van huisbezoeken en de frequentie waarmee peritonitis optreedt. Toch is de ISPD van mening dat een huisbezoek meerwaarde heeft. Geadviseerd wordt minimaal eenmaal per jaar een huisbezoek te plannen. De hulpverlener krijgt inzicht in de manier waarop de patiënt met PD in zijn omgeving functioneert. Het is belangrijk te weten hoe de dialysebehandeling past in het leven van de patiënt. Daarom wordt geadviseerd aansluitend aan de training de patiënt te ondersteunen, door de materialen thuis te installeren. Thuis training geeft je een goed beeld van de patiënt in zijn omgeving en het functioneren van de patiënt in en met zijn omgeving.

De PD-werkgroep is van mening dat een structureel huisbezoek, minimaal eenmaal per jaar, positief kan bijdragen aan de kwaliteit van de totale dialysebehandeling.

1.7 Verbeterde uitkomsten op basis van PD-training

Trainers zijn verantwoordelijk voor fouten van patiënten die te voorkomen zijn door goede training. Geadviseerd wordt om prestatie-indicatoren bij te houden van de patiëntentraining om zo de resultaten te monitoren. Verschillende studies tonen aan dat de aard van de training een significant verschil kan hebben op de uitkomsten. Een langere trainingstijd in combinatie met een goed georganiseerd trainingsplan, kan een beter behandelresultaat bewerkstelligen (bijvoorbeeld een verlaging van de peritonitisfrequentie). Ook het verplaatsen van de training van het dialysecentrum naar de patiënt thuis, kan een beter resultaat opleveren. Er is echter geen bewijs uit gerandomiseerd onderzoek over beide beweringen voorhanden.

Geadviseerd wordt de resultaten van de training te monitoren en indien nodig het trainingsplan aan te passen.

Referenties

Bernardini J., Price V. and Figueiredo A., 2006. Peritoneal dialysis patient training. Peritoneal Dialysis International, Vol. 26, pp. 625–632.

Consensusbijeenkomst Nederlandse Nefrologie dagen 30/31 maart 2011.

De Bruin, H.P. et al., 2011. Leerboek dialyseverpleegkunde. Reed business, Amsterdam.

EDTNA/ERCA, 2010, Peritoneal dialysis, a guide to clinical practice. p 56-67.

Enquête tijdens de Nederlandse Nefrologiedagen, 26 maart 2019.

Figuerdo, A.E., et al, 2016. *A syllabus for teaching peritoneal dialysis to patients and caregivers*. Peritoneal Dialysis International, vol 36, pp. 592-605.

Hall G., Bogan A., Dreis S., Duffy A., Greene S., Kelly K. et al. New directions in peritoneal dialysis patient training. Nephrology Nursing Journal 2004; 31(2):149-154, 159-1963.

Kam-Tao Li, P, 2016. *ISPD peritonitis recommendations: 2016 update on prevention and treatment*. Peritoneal Dialysis International, vol 36, pp. 481-508.

PD education, teaching nurses to teach: <http://www.ispd.org/lang-en/treatmentguidelines/educational-videos>, geraadpleegd op 6 maart 2012.

Szeto, , et al, 2017. *ISPD catheter-related infection recommendations: 2017 update*. Peritoneal Dialysis International, vol 37, pp. 141-154.

Ten Brink T. What learning theory and research van teach us about teaching dialysis patients. 23rd annual dialysis conference 2003, 2-4 march Seattle.

Utley, L. & Prowant, B. 2000. Organisation of a peritoneal dialysisprogramme – the nurses 'role. Textbook of Peritoneal Dialysis, 363 – 386. Kluwer Academic Publishers.

Terra e.a.; Doen wat kan, Patiëntenvoorlichting voor verpleegkundigen. Elsevier, 9035226917, 200

Deel 2: Competenties en rol van de trainer

In de ISPD-richtlijn (2016 en 2017) is terug te vinden welke competenties en vaardigheden de trainer in huis moet hebben. Veel van de benodigde competenties zullen al bij de trainer aanwezig zijn vanuit eerdere opleidingen. Er is echter nog steeds te weinig aandacht voor de ontwikkeling van didactische vaardigheden. In het volgende stuk wordt aangegeven welke zaken daarbij van belang zijn.

2.1 De trainer van peritoneale dialysepatiënten moet voldoen aan het volgende profiel:

- is in het bezit van goede communicatieve eigenschappen
- heeft kennis van de principes van het volwassenenonderwijs (zie hoofdstuk 6)
- is innovatief
- is stressbestendig en consistent
- staat achter het principe van zelfmanagement (zie hiervoor de visie op zelfmanagement)
- wil zich scholen en vaardigheden (blijven) ontwikkelen om training te kunnen geven
- heeft voldoende medische kennis aangaande de complexe comorbiditeit bij peritoneale dialysepatiënten
- heeft verpleegkundige ervaring met peritoneale dialyse
- is op de hoogte van het principe van coaching
- is op de hoogte van bruikbare gesprekstechnieken (bijv. motiverende gesprekstechnieken)
- is op de hoogte van het verloop van gedragsverandering
- kan anticiperen op veranderingen en nieuwe ontwikkelingen

Samenvattend: Is flexibel, kan zich passen aan de patiënt, de benodigde training, de locatie en de duur van de training

De trainer moet in het bezit zijn van goede communicatieve eigenschappen, innovatief en vasthoudend zijn en het geloof in eigen kunnen van de patiënt kunnen stimuleren.

Begeleiding door een ervaren trainer kan erg nuttig zijn voor een nieuwe trainer. De nieuwe trainer dient in ieder geval minimaal 1 training te hebben meegemaakt als toehoorder, voordat hij zelf aan de slag gaat. Zowel de trainer als het proces van trainen dienen periodiek geëvalueerd en getoetst te worden. Hierbij valt te denken intercollegiale supervisie, kritische reflectie op de training en het houden van een enquête onder patiënten.

2.2 Voor aanvang van de training:

- zorgt de trainer voor een effectieve leeromgeving
- verdiept de trainer zich in de te trainen patiënt
- kan de trainer een leerstijlentest afnemen
- zal de trainer de materialen voor de training beschikbaar hebben
- heeft de trainer geschreven instructie beschikbaar
- heeft de trainer ondersteunend beeldmateriaal beschikbaar
- stelt de trainer gezamenlijk met de patiënt het doel vast
- toont de trainer de patiënt een overzicht van de leerstof en bereidt de trainer de patiënt voor op wat en hoe er wordt geleerd
- wordt zo nodig thuiszorg en/of mantelzorg betrokken
- spreekt de trainer af op welke wijze er wordt geëvalueerd

2.3 Tijdens de training zal de trainer:

- zorgen voor een goed leerklimaat
- focus hebben op de leerstof en handelingen
- de patiënt respecteren en waarderen
- Vertrouwen tonen in het kunnen van de patiënt
- focus hebben op het geschikte leerniveau
- de informatie tot gemiddeld 4 onderwerpen per uur beperken
- zorgen voor variatie in werkvormen en lesmateriaal

- de patiënt aanmoedigen door herhaling en beloning
- de patiënt probleemoplossend bezig laten zijn
- de leerstof regelmatig evalueren (patiënttevredenheid, opgebouwde kennis, uitvoer van handelingen, zelfstandigheid en het eindresultaat)
- feedback en supervisie geven op het geleerde
- de resultaten toetsen van de training
- voor een duidelijke schriftelijke rapportage zorgen over de training en het geleerde:
 - wat zijn de aandachtspunten bij de volgende training
 - hoe ervaart de patiënt de training
 - waar is de patiënt in het trainingsproces
 - formuleert helder en duidelijk
 - reflecteert het eigen handelen

2.4 Na afloop van de training zal de trainer:

- zich realiseren dat herhalen van de training en evaluatie van de geleerde stof van belang is om kennis te kunnen blijven toepassen op langere termijn m.n. bij incidenteel voorkomende handelingen zoals het constateren van peritonitis of inspuiten van antibiotica.

De trainer is in staat om samen met de patiënt of verzorger een leerroute uit te stippelen, waarbij rekening wordt gehouden met de leermogelijkheden van deze patiënt of verzorger en de leeromgeving. Het leerproces wordt bewaakt d.m.v. evaluatie.

De PD werkgroep hecht grote waarde aan het ontwikkelen en onderhouden van didactische vaardigheden van de trainer. Tevens vindt de werkgroep het belangrijk dat de trainer praktijkervaring heeft opgedaan binnen de peritoneale dialyse, voordat een patiënt of verzorger wordt getraind.

De PD-werkgroep beveelt aan om in de dialyseopleiding voortaan specifieke aandacht te schenken aan leerprogramma's over het trainen van de volwassen patiënt.

Referenties

1. Bernardini J., Price V. and Figueiredo A., 2006. Peritoneal dialysis patient training. *Peritoneal Dialysis International*, Vol. 26, pp. 625–632.
2. Leerstijltest Kolb. Geraadpleegd op 27 januari 2011 via www.Thesis.nl
3. O'Shea, K.L., 2002. *Staff development nursing secrets*. Hanley & Belfus, Inc., Philadelphia.
4. Ten Brink T. What learning theory and research can teach us about teaching dialysis patients. 23rd annual dialysis conference 2003, 2-4 march Seattle.
5. Figueroa, A.E., et al, 2016. *A syllabus for teaching peritoneal dialysis to patients and caregivers*. *Peritoneal Dialysis International*, vol 36, pp. 592-605.
6. Szeto, , et al, 2017. *ISPD catheter-related infection recommendations: 2017 update*. *Peritoneal Dialysis International*, vol 37, pp. 141-154.
7. Kam-Tao Li, P, 2016. *ISPD peritonitis recommendations: 2016 update on prevention and treatment*. *Peritoneal Dialysis International*, vol 36, pp. 481-508.

Deel 3: Achtergrondinformatie m.b.t. het geven van een training

3.1 Zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden

3.1.2. Inleiding

Ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg

In de huidige gezondheidszorg wordt veel gesproken over “zelfmanagement van patiënten”, “de patiënt aan het roer” en “empowerment”. Naast zelfmanagement wordt in de recente literatuur ook gesproken over gezondheidsvaardigheden. Dit is een complex van vaardigheden (waaronder bijvoorbeeld geletterdheid) dat nodig is om informatie over ziekte en gezondheid te kunnen verkrijgen, te begrijpen en te gebruiken bij gezondheid gerelateerde beslissingen. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie, de WHO, is laaggeletterdheid een belangrijke oorzaak van ongelijkheid in gezondheid. Zelfmanagement staat inmiddels midden in de belangstelling maar over gezondheidsvaardigheden wordt er tot nu toe veel minder gepubliceerd. Een aantal ontwikkelingen binnen en buiten de gezondheidszorg geeft aanleiding tot de toegenomen aandacht voor zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden.

Nadruk op autonomie

In de laatste decennia is meer nadruk komen te liggen op individualiteit en autonomie. Mensen streven naar zelfontplooiing en de vrijheid om hun leven te leiden volgens persoonlijke principes en overtuiging. De moderne mens beschikt zelf over zijn leven en maakt zijn eigen keuzes. Dat verandert niet als iemand chronisch ziek wordt. Patiënten proberen een balans te zoeken tussen hoe ze hun leven willen leiden en wat de ziekte van hen eist. Hoe beter de patiënt deze balans kan bewaren, hoe hoger de kwaliteit van leven zal zijn. Het zoeken naar deze balans is in essentie zelfmanagement. Een groot deel van de bevolking is hiertoe in staat. Onderzoek van het NIVEL onder chronisch zieken toont aan dat ongeveer 30% van de chronisch zieken (nog) niet in staat is een actieve rol op zich te nemen. Dat betekent dat mensen onvoldoende capaciteiten hebben om adviezen over de gezondheid, gezondheidsrisico's of folders hierover, te interpreteren. Gerichtte zelfmanagementondersteuning is hier dus op zijn plaats.

Toch zal er altijd een groep patiënten blijven bestaan die niet in staat is goed voor zichzelf te zorgen en de regie over te nemen. Mensen kunnen te ziek zijn om voor zichzelf te zorgen. Ook psychische aandoeningen of geestelijke vermogens kunnen bijdragen aan een onvermogen tot zelfregie. Het is zaak deze groepen te herkennen en ook voor hen persoonlijke en passende zorg te realiseren, uitgaand van de persoonlijke beleving van ziekte en gezondheid.

Chronische aandoeningen

Een andere ontwikkeling in de maatschappij is de verwachting dat het aantal mensen met een chronische aandoening verder zal stijgen. Dit gaat gepaard met een verminderd aantal beschikbare zorgverleners door o.a. vergrijzing. De druk zal toenemen op chronisch zieken om deel te blijven nemen aan het arbeidsproces. Ook dit verlangt een goede balans tussen leven en ziekte. Om in de toekomst hoogwaardige zorg aan de vele chronisch zieken te kunnen bieden, zal een samenspel tussen een kundige zorgverlener en een goed geïnformeerde, actieve patiënt nodig zijn.

De impact voor de mens is groot wanneer een chronische aandoening wordt vastgesteld. Het is immers een aandoening die niet te genezen is en waar men dus mee moet leren leven. Het gaat niet om een tijdelijk incident dat je weer te boven kunt komen. Het gaat om een hele verzameling kleine tot grotere ongemakken, die telkens weer van de patiënt verlangt dat hij zich aanpast aan een nieuwe situatie. De patiënt wordt dagelijks geconfronteerd met de ziekte. Dit vraagt om inventiviteit van de patiënt, maar ook van de eventuele partner, kinderen, ouders, vrienden en de betrokken zorgverleners. Het is belangrijk dat de patiënt hierbij de regie heeft. Zo krijgt hij de zorg die bij hem past, op een manier die bij hem past. Dat maakt de zorg voor alle partijen aangenamer. Door zelfmanagement is de patiënt in staat om de regie te houden over zijn eigen gezondheid, ziekte en behandeling. Het heeft een positief effect op zijn kwaliteit van leven.

3.1.2 Zelfmanagement

Er zijn inmiddels vele definities van zelfmanagement beschreven. Vaak vanuit een eigen invalshoek. Het College van Zorgverzekeringen (CVZ) legt in hun definitie van zelfmanagement de nadruk op wat je als zieke moet doen voor een succesvolle behandeling van je ziekte. Er wordt geen aandacht besteed aan het samenspel tussen zorgverlener en patiënt om tot een goed resultaat te komen.

Andere definities sluiten hier weer beter op aan, zoals die van de Initiatiefgroep Zelfmanagement: 'Zelfmanagement is de verzameling van kennis, gedrag, activiteiten en hulpmiddelen waarmee mensen met een chronische ziekte beter regie behouden op hun leven en, op maat gesteund door professionals, mede richting geven aan hoe zorg en behandeling worden ingezet ten behoeve van zijn/haar kwaliteit van leven. Zelfmanagement kan, indien op een juiste manier toegepast, leiden tot een betere kwaliteit van leven, betere zorg en kostenreductie'.

Bij zelfmanagement probeert een patiënt zodanig met zijn ziekte om te gaan dat hij het leven kan leiden zoals dit het beste past. Hiervoor doorloopt hij een cyclisch probleemoplossend proces met daarin verschillende fases. De patiënt moet in staat zijn om:

- een probleem te onderkennen
- het belangrijk te vinden om er een oplossing voor te bedenken
- zelf initiatief te nemen
- een actieplan te maken
- het actieplan uit te voeren
- het actieplan te evalueren
- het actieplan bij te stellen op basis van de evaluatie

Zelfmanagement is een cyclisch probleemoplossend proces dat, indien de patiënt voldoende geloof in eigen kunnen heeft, uiteindelijk kan leiden tot permanente gedragsverandering.

Mate van zelfmanagement

Niet alle patiënten zullen met dezelfde intensiteit naar zelfmanagement streven. Er zal verschil zijn in leeftijd, leefsituatie, cultuur, werksituatie, ziektebeleving en lichamelijke capaciteiten.

Zelfmanagement betekent niet dat de patiënt alles zelf moet doen. De patiënt neemt de regie in het eigen zorgproces en stelt eigen doelen. Hierbij wordt uitgegaan van de kracht van de patiënt; de patiënt neemt een actieve rol waar hij dat wil en kan. Een gelijkwaardige relatie tussen patiënt en zorgverlener, met onderling vertrouwen en respect, is van fundamenteel belang. Het is overigens niet mogelijk om niet aan zelfmanagement te doen. Ieder mens doet in een bepaalde mate aan zelfmanagement. Regie houden of overdragen is beiden het managen van een situatie. Het is dus de vraag hoe adequaat of intensief het zelfmanagement is bij een patiënt.

Zelfmanagementvaardigheden zijn niet bij iedereen even sterk ontwikkeld, maar kunnen wel worden aangeleerd. Voor de patiënt zijn dat ziekte specifieke kennis en vaardigheden, vertrouwen in eigen kunnen en het vermogen tot zelfontplooiing. Patiënten moeten weten wat hun ziekte inhoudt, hoe het zorgaanbod in elkaar zit en wat ze zelf kunnen doen om ziektecomplicaties te voorkomen of te beheersen. Dit vraagt om inzicht en motivatie. Essentieel hierbij is de patiënt de mogelijkheid te bieden om de regie te nemen in het eigen zorgproces. Iedere patiënt zal dit op zijn eigen manier doen.

De zorgverlener zal de focus leggen op het delen van kennis en benadrukken wat de patiënt wel kan, in plaats van niet kan. Verplicht niets, maar creëer de maximale voorwaarden voor iedereen die meer zelf wil en kan doen. Daarnaast moet er oog zijn voor de omgeving van de patiënt, die een stimulerende dan wel beperkende rol speelt bij het realiseren van zelfmanagement.

Iedereen heeft een bepaalde mate van zelfmanagement. Het is niet mogelijk niet te managen.

3.1.3 Empowerment en self-efficacy

Zelfmanagement leert de patiënt om zijn problemen te omschrijven, een keuze te maken uit de mogelijke oplossingen en een actieplan te maken om tot verandering te komen. Empowerment (geloof in eigen **kracht**) en self-efficacy (geloof in eigen **kunnen**) zijn hierbij belangrijk. Zelfmanagement houdt in dat niet alleen de zorgverlener, maar juist de patiënt een belangrijke rol vervult in de alledaagse zorg voor zijn eigen ziekte.

Empowerment

Empowerment gaat uit van de intrinsieke (eigen) motivatie van de patiënt. De patiënt wordt gestimuleerd zelf verantwoordelijkheid te dragen. Het is een methode om mensen te helpen het leven te leven dat ze het liefst willen. Empowerment kan gevoelens van machteloosheid vervangen door geloof in eigen kracht. Het stelt de patiënt in staat eigenmachtig te beslissen en te handelen. Het geeft het gevoel controle te hebben

over de eigen situatie, het zorgt voor vertrouwen in de eigen capaciteiten om iets te bereiken en geeft het gevoel dat men er zelf voor kiest. De zelfredzaamheid van de patiënt wordt gestimuleerd.

Om te kunnen werken vanuit empowerment is een patiëntgerichte benadering nodig, intellectuele bagage en een ruime praktische ervaring in de omgang met mensen. Maar ook wordt van de hulpverlener een sterk ontwikkelde intuïtie en empathisch vermogen verwacht. Empowerment vraagt van de hulpverlener een andere rol, van hulpverlener naar coach, van deskundige naar facilitator.

Self-efficacy

Onder self-efficacy verstaan we de overtuiging en het vertrouwen dat iemand heeft om adequaat, efficiënt en succesvol te handelen in een bepaalde situatie (het geloof in eigen kunnen). Self-efficacy bepaalt in belangrijke mate het (zelfmanagement) gedrag. Self-efficacy kan worden gestimuleerd of beïnvloed vanuit een aantal bronnen:

- *Eerder behaalde successen*

Wanneer men ziet dat er met het eigen gedrag succes wordt geboekt (een doel bereikt), zal men overtuigd raken dat men de volgende keer weer in staat is succes te behalen. Het stellen van haalbare doelen zal de self-efficacy versterken. Het niet halen van doelen ondermijnt de self-efficacy.

- *Voorbeeldgedrag van anderen*

Wanneer men ziet dat anderen succes behalen (een doel bereiken) met bepaald gedrag, zal men overtuigd raken dat men met dat gedrag ook zelf in staat zal zijn een bepaald succes of doel te behalen.

- *Verbale overtuiging*

Verbale terugkoppeling (zoals een peptalk) draagt bij aan het idee dat men een bepaald doel zal behalen door het ondernemen van bepaalde acties. Zorgverleners zijn bedreven in het verbaal overtuigen, maar het sociale netwerk heeft veel invloed. (Dit kan ook negatief bijdragen aan de self-efficacy, bijvoorbeeld wanneer een familielid niet achter de gekozen behandelvorm staat.)

- *Reacties van het lichaam*

Bijvoorbeeld moe worden of zich beter voelen, draagt negatief of positief bij aan het vertrouwen van de patiënt. Het gevoel van self-efficacy wordt door deze informatiebronnen versterkt of verzwakt. Hoe hoger het gevoel van self-efficacy, hoe groter de motivatie tot handelen. Wie gelooft in zijn eigen vaardigheid zal meer zijn best doen, terwijl wie niet gelooft, sneller zal opgeven.

Mensen met een sterk gevoel van self-efficacy:

- bekijken uitdagende problemen als taken die moeten worden beheerst
- ontwikkelen diepere belangstelling voor hun ziekte en behandeling en zijn meer betrokken
- herstellen sneller van tegenslagen en teleurstellingen

Mensen met een zwak gevoel van self-efficacy:

- vermijden uitdagende taken
- denken dat moeilijke taken en situaties buiten hun mogelijkheden liggen
- zijn gefocust op eigen tekortkomingen en negatieve uitkomsten
- verliezen snel het vertrouwen in persoonlijke vaardigheden

Kwaliteit van leven

Ziekte en behandeling zijn verweven met kwaliteit van leven. Een optimale kwaliteit van leven is voor elke patiënt anders. De patiënt bepaalt wat kwaliteit van leven voor hem betekent. Dit noemen we belevingsgerichte zorg. De patiënt bepaalt wat de standaard is en is zelf verantwoordelijk voor zijn doen en laten. De zorg wordt opgezet rond de vraag: Wat wil de patiënt bereiken? De patiënt moet daarin gesteund worden door een multidisciplinair zorgteam dat op één lijn zit en door mensen uit de eigen omgeving. Het (gedeeltelijk) zelf managen doen patiënten al vaak via hun dieet, of het aanpassen van activiteiten. Dit draagt bij aan het bereiken van een optimale gezondheidstoestand en een betere kwaliteit van leven.

Uitkomsten van zelfmanagement behoren te worden afgemeten aan de kwaliteit van leven van de patiënt en niet alleen aan de verbeterde gezondheid volgens medische maatstaven

Technologie

Moderne technologie maakt veel meer zorgdiensten toegankelijk. Ook het delen van informatie tussen professionals en patiënten via de moderne media neemt steeds meer toe. Veel patiënten ervaren internet als de ideale manier om informatie over hun ziekte te verkrijgen en op die manier hun gezondheid te reguleren en beheren. Privacy en werkbaarheid moeten wel gegarandeerd zijn. eHealth-middelen zoals zelfmonitoring, telemonitoring, internet, enz. zijn manieren om de patiënt te laten deelnemen aan het proces van informatievoorziening, preventie en behandeling. De patiënt wordt op deze manier een meer actieve deelnemer.

Moderne technologie en eHealth-middelen kunnen zelfmanagement ondersteunen en stimuleren.

3.1.4 Gezondheidsvaardigheden

Om goed staande te blijven in de huidige gezondheidszorg is het dus noodzakelijk dat de patiënt beschikt over specifieke vaardigheden:

- Functioneel: kunnen lezen en rekenen; zoeken op internet
- Communicatief: begrijpend lezen; abstract denken; reflecteren; hoofd- en bijzaken scheiden
- Kritisch: toepassen van informatie, ordenen, vooruitdenken

Al deze vaardigheden noemt men gezondheidsvaardigheden (health literacy). Werd in het verleden alleen gesproken over de mate van geletterdheid van patiënten, tegenwoordig wordt het begrip breder geïnterpreteerd en spreekt men over gezondheidsvaardigheden.

In Nederland worden gezondheidsvaardigheden volgens Fransen als volgt gedefinieerd:

Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen

De mate waarin iemand gezondheidsvaardig is wordt zowel bepaald door kenmerken van een persoon zelf als kenmerken van ons zorgsysteem. Geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, ervaren gezondheid, sociaal-economische status, kennis, vaardigheden, vertrouwen in eigen kunnen, cultuur en de sociale context waar iemand woont zijn voorbeelden van individuele factoren die van invloed zijn op de mate waarin iemand gezondheidsvaardig is.

Aan de kant van het zorgsysteem zijn de toegankelijkheid en organisatie van de zorg, de wijze waarop informatie wordt aangeboden en de wijze waarop er gecommuniceerd wordt door zorgverleners van invloed in hoeverre mensen voldoende gezondheidsvaardig zijn. Naarmate de zorg ingewikkelder en onoverzichtelijker is, stelt dit hogere eisen aan iemands gezondheidsvaardigheden.

Het betreft dus zowel het verkrijgen van toegang tot de gezondheidszorg, de communicatie binnen die gezondheidszorg, maar ook het veranderen van het gedrag op basis van de verkregen informatie. In dit laatste punt zien we een relatie met zelfmanagement. Laag ontwikkelde gezondheidsvaardigheden maken het bijna onmogelijke adequaat zelfmanagement uit te voeren. In dat licht beschouwd dient de aandacht van de verpleegkundige begeleiding voor een belangrijk deel gericht te zijn op het bevorderen van de gezondheidsvaardigheden bij onze patiënten.

Laaggeletterdheid

Taal en gezondheid hebben veel met elkaar te maken. De gezondheidssituatie van geletterde mensen is in veel opzichten beter dan die van mensen die moeite hebben met lezen en schrijven. Er zijn in Nederland circa 2.5 miljoen laaggeletterde mensen. Laaggeletterden missen veelal de vaardigheden goed om te gaan met informatie over gezondheid, ziekte en zorg. Zij hebben vaak ook lage gezondheidsvaardigheden. De gevolgen hiervan voor hun gezondheid zijn groot.

Als zorgprofessional ben je aangewezen op signalen in het persoonlijke contact. Een belangrijke aanwijzing voor beperkte gezondheidsvaardigheden is opleidingsniveau: tot mbo-niveau 1 of minder dan tien jaar onderwijs in het land van herkomst. Andere signalen zijn moeite met het vertellen van een chronologisch verhaal, vermijden van lees- en schrijfsituaties, ongemakkelijk of boos als er teveel vragen worden gesteld, te laat komen of op de verkeerde dag komen.

Zorgprofessionals herkennen beperkte gezondheidsvaardigheden niet altijd en kunnen denken dat een patiënt onverschillig is of ongemotiveerd voor een behandeling. Het punt is echter dat de patiënt onvoldoende of niet begrijpt wat de zorgverlener wil of vraagt, of zich niet kan voorstellen dat het advies 'meer bewegen' een relatie heeft met zijn zere knie.

De zorgprofessionals

Het begrip zelfmanagement omvat activiteiten waarmee de patiënt bijdraagt aan de zorg voor zijn ziekte, zoals zelfbehandeling en zelfmonitoring, het coördineren van de eigen zorg, effectief communiceren met zorgverleners en actief deelnemen aan besluitvormingsprocessen. Gezien de eisen die dit aan patiënten stelt, is duidelijk dat ondersteuning hierbij van groot belang is. De grootste belemmering voor het organiseren van goed zelfmanagement zit misschien wel tussen de oren van de zorgprofessionals. Zij zijn opgeleid om mensen beter te maken, terwijl een steeds groter wordende groep patiënten helemaal niet meer beter wordt. Maar ze zijn ook getraind om oplossingen aan te dragen en soms zelfs zorg over te nemen. Zorgprofessionals moeten de touwtjes laten vieren en de patiënt de ruimte geven. Het ondersteunen van zelfmanagement vraagt van de zorgverlener kennis en het vermogen deze kennis over te dragen, vaardigheden als coach van de chronisch zieke en wegwijzer naar voorzieningen.

Belangrijk is dat verpleegkundigen samen met patiënt vaststellen in hoeverre de patiënt in staat is tot zelfmanagement. En dat zij de patiënt helpen om die vaardigheden verder te ontwikkelen. Denk aan het probleemoplossend vermogen van de patiënt. Zijn inzicht in zijn ziekte. Het gebruik kunnen maken van hulpbronnen. En het daadwerkelijk ondernemen van actie.

Verder verschillen mensen nogal in de wijze waarop ze leren. Leren is een proces dat leidt tot gedragsverandering. We gaan anders denken of dingen anders doen door wat we geleerd hebben over bepaalde onderwerpen. Hulpmiddel hierbij kan zijn dat je weet wat de leerstijl van de patiënt is en wat je eigen leerstijl is.

Competenties bij training en educatie

Dialyseverpleegkundigen krijgen steeds meer de rol van coach in plaats van probleemoplosser. Belangrijke vaardigheden zijn:

- coachen
- kennis overdragen
- ondersteunen
- feedback geven
- volgen, meekijken en opnieuw proberen
- kunnen verwijzen naar voorzieningen
- kunnen anticiperen op veranderingen en nieuwe ontwikkelingen

Zelfmanagementondersteuning houdt nooit op. Maak een plan, voer uit, leer en stel bij.

Uiteindelijk slaagt zelfmanagement alleen als patiënt en zorgverlener met elkaar in contact blijven. Het effect van coachen tot zelfmanagement is het grootst als het door een multidisciplinair team wordt gedaan. De organisatie van de zorg moet reële kansen bieden aan zelfmanagement. Elk teamlid moet zelfmanagement hoog in het vaandel hebben staan.

Bij professionals is een visie op zorg vereist, waarbij de vraag van de patiënt en het ondersteunen van zelfmanagementvaardigheden centraal staan.

Zelfmanagement bij training en educatie

Bij het opstellen van het leerplan zijn onderstaande vragen voor de trainer van belang:

- Wat wil de patiënt zelf doen?
- Weet ik wie ik voor me heb?
- Waarom kiest de patiënt voor PD?
- Is de patiënt zelfredzaam?
- Gelooft de patiënt dat hij de behandeling kan leren?
- Welke leerstijl heeft de patiënt?
- Welke kennis heeft de patiënt al?
- Wat kan de patiënt op dit moment aan?
- Wil de patiënt op dit moment wel leren?
- Hoe gaat de patiënt dit inpassen in zijn leven?
- Wat moet of wil de patiënt ervoor opgeven?
- In hoeverre wil hij aan de manier van werken voldoen?
- Hoeveel discipline heeft de patiënt?
- Hoe lever ik maatwerk?

Voorbeelden van zelfmanagement zijn:

- CAPD/APD-behandeling zelf uitvoeren
- kennis van de principes van de behandeling
- bloeddruk en gewicht registreren en bij afwijkingen zelf actie ondernemen
- dieet en medicatie-inname zelf reguleren (denk aan fosfaatbinders)
- bij overgewicht sporten en zelf een diëtist inschakelen om afvallen mogelijk te maken
- laboratoriumuitslagen beïnvloeden door eetgewoonten aan te passen
- PD-wisseltijden zelf aanpassen aan de leefomstandigheden
- informatie verkrijgen via internet over voeding, medicijnen, transplantatie, behandeling, enz.
- het bijhouden van het eigen patiëntendossier
- indien nodig zelf bloedglucosewaarden controleren en insuline reguleren (volgens afspraak)

Referenties

Fransen, M. P., Stronks, K., & Essink-Bot, M. L. (2011). Gezondheidsvaardigheden: Stand van zaken. Afdeling Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum Amsterdam

Fransen, M. P., Van Schaik, T. M., Twickler, T. B., & Essink-Bot, M. L. (2011). Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands. *J Health Commun*, 16 Suppl 3, 134-149
Generiek model zelfmanagement "Kort en Krachtig", CBO 2010

<http://www.zelfmanagement.com>

Holmes, M., Bacon, T. J., Dobson, L. A., McGorty, E. K., Silberman, P., DeWalt, D., et al. (2007). Addressing health literacy through improved patient-practitioner communication. *N C Med J*, 68(5), 319-326
NPCF-CBO, L. A. Z. (2010). Verkennend onderzoek Zelfmanagement 2010

Twickler, T. B., Hoogstraaten, E., Reuwer, A. Q., Singels, L., Stronks, K., & Essink-Bot, M. L. (2009). Low literacy and limited health literacy require health care measures. *Ned Tijdschr Geneesk*, 153, A250

De Walt, D. A. (2007). Low health literacy: epidemiology and interventions. *N C Med J*, 68(5), 327-330

De Walt, D. A., Brouckou, K. A., Hawk, V., Brach, C., Hink, A., Rudd, R., et al. (2011). Developing and testing the health literacy universal precautions toolkit. *Nurs Outlook*, 59(2), 85-94

Zelfmanagement chronisch zieken, Zelf managen, maar niet alleen ... pleidooi voor een nationale visie zelfmanagement door chronisch zieken. Initiatiefgroep Zelfmanagement 14 april 2010

Zelfmanagement helpt zieke vooruit, *Medisch contact*, dec. 2009

Zelfmanagement programma NPCF-CBO, Landelijk actieprogramma Zelfmanagement 2009
<http://www.vilans.nl/Pub/Home/Ons-aanbod/Producten/Producten-Stappenplan-zelfmanagementondersteuning.html>

Nivel, 2012. Zelfmanagement van chronisch zieken, onderzoeksprogramma. Geraadpleegd april 2013 via <http://www.nivel.nl/zelfmanagement-van-chronisch-zieken>

Rademakers J. Kennissynthese. Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht: Nivel 2014.

Heijmans M et al. Kennisvraag. Zorg op maat. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden? Utrecht: Nivel 2016.

<https://www.lezenenschrijven.nl/over-laaggeletterdheid/themas/laaggeletterdheid-en-gezondheid>

<https://www.pharos.nl/factsheets/laaggeletterdheid-en-beperkte-gezondheidsvaardigheden>

3.2 Leerstijlen

Het proces van leren kent verschillende fasen. Het verzamelen van informatie, het toetsen van nieuwe inzichten of het nadenken over dingen die je overkomen. Kennis moet worden opgenomen, verwerkt en toegepast. Mensen ontwikkelen zeer verschillende manieren om dit te doen; iedereen heeft een eigen leerstijl. Er is veel onderzoek gedaan naar leerstijlen. Er zijn diverse leerstijlmodellen ontwikkeld. Binnen deze handleiding worden de leerstijlen volgens Kolb gehanteerd. De theorie van Kolb gaat uit van verschillen in leerstijl bij het functionele leren, d.w.z. iets leren om er ook iets mee te kunnen doen.

Mensen verschillen in de wijze waarop ze leren, ze hebben een eigen leerstijl. Kennis en vaardigheden worden het best opgenomen indien het aangepast aan de leerstijl wordt gegeven.

3.2.1 Leerfasen van Kolb

David. A. Kolb, leerpsycholoog en pedagoog uit Amerika, onderscheidt vier verschillende manieren van leren die als fasen binnen een cyclus van elkaar afhankelijk zijn. Deze 4 fasen zijn:

1. concreet ervaren (voelen)
2. waarnemen en overdenken (kijken)
3. abstracte begripsvorming (denken)
4. actief experimenteren (doen)

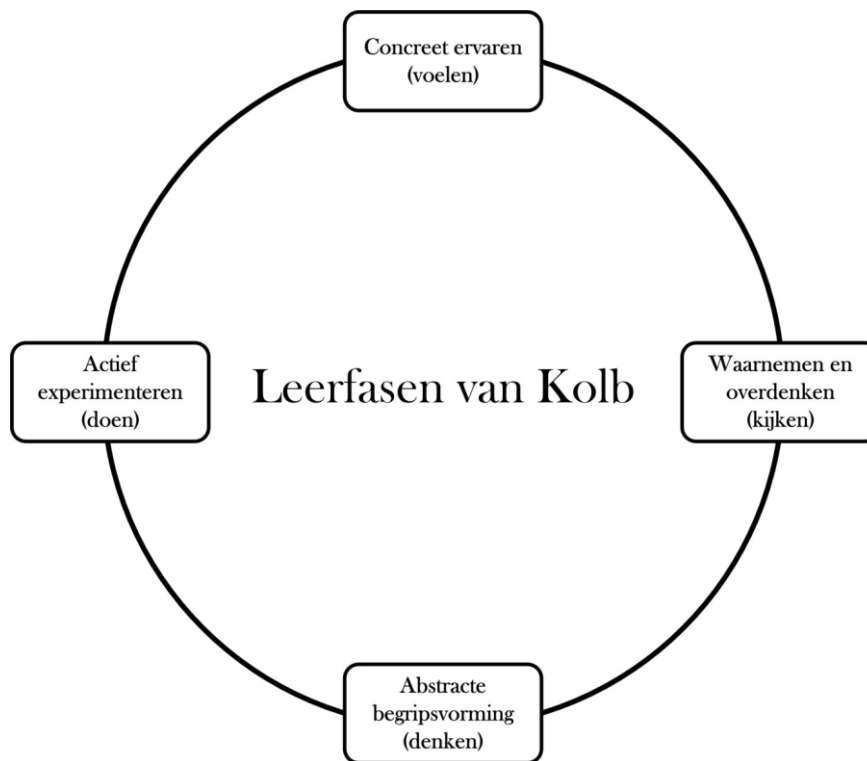
Als we iets meemaken (ervaring) is het belangrijk daarna onze ervaringen te overdenken (reflectie) en te veralgemeniseren (begripsvorming). We kunnen dan een aanpak bedenken hoe we een volgende overeenkomstige gebeurtenis kunnen aanpakken (experimenteren). Als we die nieuwe aanpak, dat geleerde gedrag, daadwerkelijk gebruiken, doen we nieuwe ervaringen op (concrete ervaring) waarover we weer kunnen nadenken (reflectie), zodat we nieuwe inzichten krijgen (begripsvorming).

Het leermodel is een cyclisch model: alle fasen volgen elkaar voortdurend op. Het is niet nodig altijd bovenaan de cirkel met een concrete ervaring te beginnen. Als we bijvoorbeeld voor het eerst een smartphone moeten bedienen, kunnen we op verschillende manieren proberen uit te vinden hoe het werkt. We kunnen allerlei knoppen indrukken (experimenteren) en kijken wat er gebeurt (ervaring en reflectie). We kunnen ook nadenken over wat we weten van gelijksoortige apparaten (reflectie) en zo een idee krijgen over de bediening (begripsvorming) en die dan toetsen in de praktijk (experimenteren). Een andere mogelijkheid is iemand vragen om voor te doen hoe het apparaat moet worden bediend (ervaring) zodat we zelf een beeld over de bediening kunnen vormen (reflectie, begripsvorming) en dat vervolgens uitproberen in de praktijk (experimenteren).

Bij een goede informatieoverdracht komen alle leerfasen aan de orde. Deze worden systematisch en altijd in dezelfde volgorde doorlopen (zie fig.1). We kunnen het leren in elke fase starten. Mensen hebben voorkeur voor een bepaalde fase en starten in deze fase hun leerproces. Dit noemen we de leerstijl.

In een goede informatieoverdracht wordt uitgegaan van de leerstijl van degene die de les krijgt. Als wordt begonnen met een andere leerstijl, dan zal dit (grote) gevolgen hebben voor de effectiviteit van het leermoment. Er bestaat een reële kans dat de les niet wordt begrepen of als oninteressant zal worden ervaren. Wanneer er fasen worden overgeslagen, daalt het leerrendement. Dit is te begrijpen: Een ervaring is waardevoller als erover is nagedacht, inzichten worden pas echt bruikbaar als ze zijn uitgetoetst (experimenteren) en getoetst (ervaring, reflectie).

Figuur 1. Leerfasen van Kolb



De SIG PD adviseert de leerstijlen van Kolb te volgen. Deze zijn gericht op het functionele leren.

In de leercirkel worden 4 fasen onderscheiden:

1. concreet ervaren (voelen)
2. waarnemen en overdenken (kijken)
3. abstracte begripsvorming (denken)
4. actief experimenteren (doen)

Ieder mens heeft zijn eigen voorkeur voor waar hij instapt in de leercirkel. Dit is zijn leerstijl.

Van daaruit worden alle fasen in de cirkel doorlopen.

Omschrijving van verschillende leerstijlen

De doener: Wil direct zien wat de praktische toepasbaarheid is van de aangereikte kennis, wil actief uitproberen en moet ruimte hebben om te oefenen. Experimenteert actief en gaat bij voorkeur zo snel mogelijk aan de slag. De doener leert het beste als er ruimte is om te oefenen, fouten te maken en het nog een keer te proberen.

De dromer: Heeft het liefst een open leersituatie waarin hij zijn eigen mening naar voren kan brengen. Hij wil graag nieuwe ervaringen opdoen en die vanuit verschillende invalshoeken bekijken. Observeert hoe anderen situaties of problemen aanpakken en bekijkt de situatie vanuit verschillende perspectieven voordat hij zelf aan de slag gaat.

De denker: Heeft het meest aan een werkwijze waarin problemen worden besproken waarvan hij de achtergronden kan onderzoeken. Hij wil nieuwe ideeën vormen en overdenken. Hij geeft er de voorkeur aan om observaties te vertalen in hypothesen en theorieën. Hij is graag intellectueel bezig en werkt over het algemeen graag zelfstandig om eerst zelf een beeld van de theorie te vormen.

De beslisser: Geeft de voorkeur aan een gestructureerd programma met een informatief karakter. Hij vormt het liefst eerst begrip, wat daarna wordt toegepast in een oefensituatie. Heeft een voorkeur voor abstract conceptualiseren, waarbij wordt nagegaan in hoeverre eerdere ervaringen met de situatie overeenkomen (rode draad) en actief experimenteren, waarbij wordt gekeken of het geleerde kan worden toegepast in een andere context. Wil het liefst theorieën in de praktijk uitproberen. Hij neemt vaak initiatief.

Er is geen goede of slechte leerstijl. Een leerstijl zegt niets over het IQ van iemand. Het is de kunst om per patiënt de leersituatie aan te passen aan de leerstijl. Inzicht in de eigen leerstijl geeft meer inzicht in de wijze waarop leerstof wordt overgedragen. Wees dus bewust van de eigen leerstijl ten opzichte van die van de patiënt. Bijvoorbeeld een doener die een denker wat moet uitleggen. De denker zal niet willen uitproberen, maar wil uitleg krijgen of wat lezen over de handeling. Vaak heeft de patiënt echter meerdere leerstijlen en dus meerdere mogelijkheden voor werkvormen. Met andere woorden: combinaties zijn mogelijk.

3.2.2 Leerstijlen in de praktijk

De doener

Een doener zal het leuk vinden om zelf het APD-apparaat te ontdekken door op knoppen te drukken en te experimenteren (concreet ervaren). Door te kijken wat er gebeurt (waarnemen/overdenken) krijgt hij een idee hoe het apparaat werkt (begripsvorming). Dit probeert hij weer uit (experimenteren). Het woord doener zegt het al. Het gaat om het doen. Hij werkt doelgericht, is een sociaal persoon en wil tastbare resultaten zien. Een doener raakt graag betrokken bij een proces en voert graag plannen uit. Hij richt zich daarbij eerder op de informatie van anderen dan op zijn eigen analytische capaciteiten. Hij kan zich snel aan specifieke en concrete situaties aanpassen. De doener wil graag in het diepe springen van een praktische opdracht. Geen protocollen maar gewoon doen. Details en puntjes op de i zijn minder belangrijk. Hij is door enthousiasme en nieuwsgierigheid minder geneigd naar twijfel. De doener heeft als voorkeur te starten met concreet ervaren in de leercirkel. De doener leert begrijpen door te doen en te zien wat er gebeurt en gaan soms zonder nadenken aan het werk.

WEL DOEN:

- Behandel meerdere onderwerpen tijdens een trainingsdag. Blijf niet te lang op een onderwerp hangen. Beter kort en vaker een onderwerp behandelen.
- Zorg voor afwisseling in werkvormen en programma (discussie, rollenspel, breinbreker, actieve werkvormen).
- Humor en serieuze informatieoverdracht afwisselen.
- Opleiding in groepsverband.
- Patiënt actief laten meedoen en de ruimte geven om vragen te stellen of te anticiperen.
- Evalueer een taak achteraf en help hoofd- en bijzaken te onderscheiden.
- DVD kijken kan, maar samen met opleider en slechts korte stukjes. Dan een moment voor interactie over het onderwerp met de opleider.
- Puzzels; verschillende soorten en op verschillend niveau.
- Toets door middel van praktische oefening

NIET DOEN:

- Een heel strak en gestructureerd programma aanbieden.
- Hoorcolleges, theoretische uiteenzettingen, lezen, individueel en langdurig DVD kijken.
- Diep ingaan op de materie. Kennisoverdracht in grote lijnen is vaak genoeg.
- Alleen werken (bijvoorbeeld een voorbereidende huiswerkopdracht).
- Patiënt van tevoren zelf laten bepalen wat hij moet leren en achteraf evalueren wat hij geleerd heeft.

De dromer

Als een dromer een CAPD-wisseling moet leren zal hij eerst overdenken wat hij al weet, vragen stellen (waarnemen/overdenken), een idee proberen te krijgen over hoe het in zijn werk zal gaan (begripsvorming) en het dan in de praktijk uitproberen (experimenteren). Hij zal concreet ervaren hoe het gaat, dit weer overdenken, enzovoort.

Creativiteit is een kenmerk van de dromer, waarbij er ook de nodige ruimte moet zijn om ideeën te kunnen creëren. De dromer zoekt en verzamelt achtergrondinformatie en denkt eerst na voordat hij iets doet. Hij bekijkt een probleem vanuit veel standpunten en kan dan de verbanden tussen een aantal observaties snel leggen. Hij hoort of ziet graag verschillende visies op een probleem. Een dromer bezit een groot voorstellingsvermogen en is vooral bezig met concrete ervaringen. Hij is ongeduldig over kleinigheden. Hij ziet zaken in perspectief, ziet wat hij kan gebruiken. Genereert veel alternatieven maar is weinig actiegericht. Hij is voorzichtig en stelt definitieve keuzes graag eerst nog even uit om wat nieuwe alternatieven te bedenken. Kan dan door de bomen het bos niet meer zien. Daardoor neemt hij beslissingen

soms traag of wacht af hoe anderen de taak uitvoeren. De dromer heeft de voorkeur te starten met waarnemen/overdenken in de leercirkel.

WEL DOEN:

- Het onderwerp van te voren melden en thuis laten voorbereiden. Maar hierin sterke begrenzing aangeven, anders doet hij alles en ziet door de bomen het bos niet meer
- Dromers leren het best als de docent de leerstof met voorbeelden uitlegt.
- Bied verschillende visies en mogelijkheden aan om te vergelijken.
- Geef ruimte voor ideeën.
- Zorg voor visuele presentatie van leerstof.
- Vaak herhalen (gebruik van dummymateriaal)
- De indruk wekken dat de patiënt alle tijd heeft voor een opleiding. Meer tijd per onderwerp nemen en dus minder onderwerpen per keer behandelen
- Geef ruimte voor het uitwisselen van ervaringen en gevoelens.
- Ezelsbruggetjes en metaforen gebruiken
- Stimuleren en complimentjes geven
- DVD kan individueel, maar wel een begrenzing aangeven
- Tijd voor bezinning op de lesstof. Dit kan bijvoorbeeld door het onderwerp na te laten lezen in het lesboek.

NIET DOEN:

- Geen tijdsdruk geven of de patiënt voor het blok zetten.
- Patiënt op de voorgrond zetten in de groep
- Te weinig informatie geven om een oordeel te vellen
- Aangepaste instructies geven
- Van de hak op de tak springen.
- Het stellen van alleen open vragen (niet individueel noch in een groep).

De denker

Een denker die moet leren zijn huidpoort te verzorgen zal eerst willen weten wat dit nu eigenlijk is. Waarom handelingen moeten worden gedaan en de logica hierachter zoeken (denken). Hij wil de theorie bestuderen, er een mening over vormen, antwoorden zoeken op vragen, de praktische bruikbaarheid van de theorie overdenken alvorens hij deze gaat uitvoeren (doen). Door concreet te ervaren en daarna zijn ervaring te overdenken, evalueert hij de toepassing en bruikbaarheid van de theorie in praktijk (dromen). Daarna vergelijkt hij de praktijk met de theorie (denken), enzovoort.

Voor een denker ligt de nadruk op de (logische) samenhang tussen zaken. De denker is goed in logisch denken, analyseren en redeneren. Hij probeert algemene regels te ontdekken en leert het liefst uit boeken. De denker geeft aan theorie voorrang boven de feiten en laat zich moeilijk door concrete ervaring op andere gedachten brengen. Voor de denker staan nauwkeurigheid, logica en het denken in zuivere abstracte begrippen op de eerste plaats. Vanuit de (gemaakte) theoretische modellen probeert de denker richting de werkelijkheid te komen. Hij ontwikkelt theorieën en bedenkt hoe oplossingen uitgevoerd moeten worden, soms zonder oog voor de realiteit. Hij heeft moeite met het onderkennen en waarderen van gevoelens van zichzelf en van anderen. Hij werkt goed alleen en neemt weinig risico's.

WEL DOEN:

- Zorg voor orde en rust. Doe je dit niet, dan is de kans groot dat de patiënt je beschouwt als iemand van een lager niveau, minder slim
- Geef bij voorkeur individueel les
- Maak gebruik van schema's en modellen.
- Een lesboek is een prima basis voor de opleiding, duidelijk en gestructureerd. Wijk hier niet vanaf
- Diep op een onderwerp ingaan, het hoe en waarom uitleggen. En laten zoeken naar logica en verbanden.
- Gebruik een vraag en antwoordtechniek en discussie
- Van tevoren over het onderwerp laten inlezen
- De leerstof strak en gestructureerd aanbieden
- Op een bord tabellen, kolommen maken en structureren door bijv. streepjes te zetten bij een opsomming
- Zelf materie laten uitzoeken en dit dan laten vertellen/uitleggen aan de opleider. Individueel werk kan prima

NIET DOEN:

- Grapjes tijdens de informatieoverdracht. Dit leidt de denker af
- Snel schakelen tussen onderwerpen. Elk onderwerp vraagt om een introductie
- In groepen werken
- Alle theorie voorkauwen
- Dummymateriaal gebruiken. Het wijkt teveel af van de werkelijkheid

De beslisser

Een beslisser die zijn bloeddruk moet leren meten zal kijken hoe het voorgedaan wordt en dit herhalen (doen). Door de concrete ervaring te overdenken en met de theorie te combineren zal er begripsvorming ontstaan. Hierdoor zal hij meerdere toepassingen op de theorie bedenken (beslissen). De beslisser richt zich op het oplossen van problemen. Een beslisser wil vooral de praktische bruikbaarheid begrijpen van de leerstof die hij krijgt aangeboden. Hij wordt graag geconfronteerd met problemen waar één juiste oplossing voor gezocht kan worden. Zijn werkwijze is bij voorkeur doelgericht en planmatig. Stelt prioriteiten vast. Zal hierbij ook gemakkelijk kunnen delegeren of de regie weer uit handen kunnen geven. Houdt van een gestructureerd programma met informatief karakter. Hij werkt het liefst vanuit de theorie om zo te ontdekken hoe de praktijk in elkaar zit. Hij handelt graag vanuit abstracte ideeën die direct van toepassing zijn. In leersituaties wil hij de theorie meteen toepassen. Werkt goed onafhankelijk, maar neemt risico's door grote actiebereidheid. De beslisser heeft een voorkeur voor starten met actief experimenteren in de leercirkel. De beslisser leert begrijpen door te kijken en het na te doen.

WEL DOEN:

- Opleider leest/zegt voor en de patiënt voert het uit
- Zorg dat je een deskundige opleider bent (geloofwaardig)
- Presenteer de basiskennis duidelijk, op 1 manier uitlegbaar
- Zorg voor een duidelijk verband tussen theorie en praktijk
- Zelf conclusies laten trekken. Eerst laten luisteren, dan ruimte geven om na te denken en dan bespreken in de "hoe moet..." of "hoe doe....." vraagstijl
- Laat de patiënt zich bezighouden met praktische zaken, bijvoorbeeld actieplannen opstellen met een duidelijk eindresultaat, hoe om te gaan met ..., enz.
- Oefenbuik gebruiken
- Alleen functionele lesstof aanbieden en daar mag dan dieper op in worden gegaan
- DVD kan individueel of met de opleider.

NIET DOEN:

- Algemene informatie aanreiken die geen praktisch nut hebben voor de patiënt
- Te lang doen over een onderwerp
- Ongestructureerd de lesstof aanbieden

Uit de praktijk blijkt dat het goed werkbaar is om het lesprogramma op maar 2 leerstijlen te richten: de doener en de denker. De beslisser heeft veel overeenkomsten met de denker, de dromer met de doener

3.2.3 Test voor leerstijl

Om te achterhalen welke leerstijl iemand heeft, zijn er verschillende leerstijltesten te verkrijgen en ook op internet te vinden. Er bestaat ook een beknopte test met een snel resultaat die online kan worden ingevuld. Alleen geeft deze test de mate van de andere leerstijlen niet weer. Dat is wel belangrijke informatie voor een opleider.

GOOGLE: leerstijltest kolb (zoekterm) <http://www.thesis.nl>

Een redelijk eenvoudige manier om achter de leerstijl van iemand te komen is het stellen van de vraag hoe hij een nieuwe tent koopt.

De doener:

- de tent moet praktisch zijn
- gaat even in de tent liggen om te kijken of de tent lang/breed genoeg is
- is snel enthousiast over de tent en koopt deze ook

De dromer:

- doet er lang over om te kiezen welke tent het moet worden
- moet een goed gevoel hebben bij de tent

- koopt sneller dezelfde tent die kennissen ook hebben
- zet de tent thuis op, voor ermee op vakantie te gaan

De denker:

- heeft al vooronderzoek gedaan, bijvoorbeeld op internet
- de tent moet in alle opzichten perfect aansluiten bij de wensen en functionaliteit
- functionaliteit is belangrijker dan hoe deze eruit ziet
- de tent moet logisch op te zetten zijn

De beslisser:

- vraagt hulp bij het uitzoeken van de tent
- bekijkt meerdere tenten op basis van voordelen, bijvoorbeeld korte opzetduur, gewicht
- wil graag een keer zien dat de tent wordt opgezet, bijvoorbeeld in een instructiefilm

De PD-werkgroep adviseert de trainer eerst zelf de eigen leerstijl te bepalen, alvorens de te instrueren patiënt te testen. Vervolgens wordt de instructie aangepast aan de leerstijl van de patiënt

Referenties

Advisering door Ilse Mellema-Peper: Docent verpleegkunde en dialyseverpleegkundige.

De Bruin, H.P. et al., 2011. Leerboek dialyseverpleegkunde. Reed business, Amsterdam.

Krachtig leren; leerstijlgericht leren. Geraadpleegd op 18 oktober 2009 via onderwijsmaakjesamen.nl

Leerstijltest Kolb. Geraadpleegd op 27 januari 2011 via www.Thesis.nl

Leerstijltest Kolb. Geraadpleegd op 27 januari 2011 via www.narrare.nl/com/pages/over_narrare/popup/test.html

Plas, C. Workshop leerstijlen; aandacht voor verschillen. Geraadpleegd op 27 januari 2011 via aanmelden.noordhoff.nl/pabo/leerstijlen.pdf

Riemann A. & Casal M. C., 2009, Peritoneal Dialysis, A guide to clinical practice. EDTNA – ERCA

Wat is een leerstijl. Geraadpleegd op 27 januari 2011 via ontwerpatelier.nl/etalage/pages/ActiefLeren/Leomonasa/leerstijlen

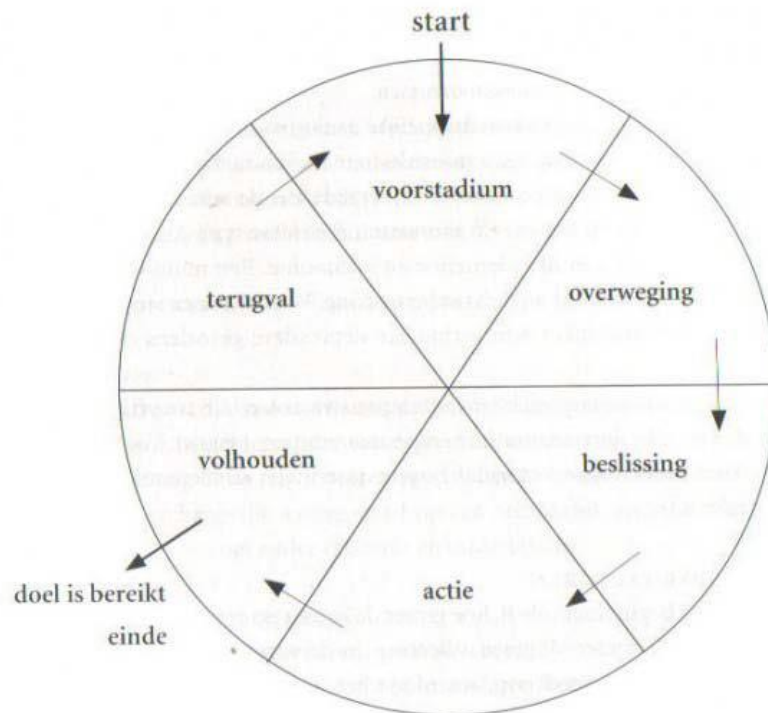
3.3 Het leerproces

Om te trainen of getraind te worden is het belangrijk inzicht te hebben in het leerproces en het proces van gedragsverandering.

3.3.1 Gedragsverandering

Degene die getraind gaat worden doorloopt een aantal stadia om zijn gedrag te veranderen, om zo het geleerde te kunnen toepassen. Voor de beschrijving van deze gedragsverandering wordt veelal gebruik gemaakt van het model voor gedragsverandering van Prochaska en Diclemente (1983).

Figuur 2: Model voor gedragsverandering



De volgende stadia van verandering worden onderscheiden:

Voorbeschouwing/voorstadium: De te trainen persoon is zich nog niet bewust van de andere mogelijkheid en heeft er daarom nog niet serieus over nagedacht. In dit stadium is het van belang om (op een positieve manier) aandacht te vragen voor het thema, door de voorgestelde verandering op een objectieve manier te bespreken: feiten geven.

Overpeinzing/overweging: De gesprekspartner denkt na over het voorstel, maar aarzelt nog. Voor- en nadelen worden afgewogen. Belangrijk is om samen met de betrokkene de voor- en nadelen te bespreken/onderzoeken. Let op: Hierbij is een open en luisterende houding belangrijk. Of iemand iets als een voor- of nadeel beschouwt, hangt af van zijn eigen kijk op de zaak.

Beslissing/voorbereiding: De gesprekspartner besluit of deze het voorgestelde gedrag gaat proberen of niet. Wil men ervaring opdoen? Dit gebeurt sneller als duidelijk is dat een keer proberen nog niet wil zeggen dat men er voorgoed aan vast zit.

Actie: Als blijkt dat het nieuwe gedrag het gewenste resultaat oplevert, zal men het gedrag willen voortzetten. De kans op terugval is nog aanwezig, dus het is belangrijk om regelmatig te checken of alles nog steeds naar wens verloopt.

Consolidatie ofwel gedragsbehoud/volhouden: De verandering in de manier van werken is bereikt en moeilijkheden worden al dan niet weerstaan.

Terugval: Men valt terug in het oorspronkelijke gedrag. Creëer een situatie waarin praten over een terugval mogelijk is: Welke knelpunten zijn er en kunnen die worden opgelost. En ga opnieuw het proces van overpeinzing, beslissing en actie aan. Het model voor gedragsverandering van Prochaska en Diclemente (1983) kan worden gebruikt bij de training van dialysepatiënten om inzicht te krijgen in de benodigde gedragsveranderingen van de patiënt bij het aanleren van de handelingen.

3.3.2 Leerprocessen

Leren is het tot stand brengen van nieuw gedrag, een actief proces waarbij het nieuwe gedrag in verschillende situaties kan worden vertoond. Kolb heeft verschillende leerstijlen beschreven die zowel voor de trainer als de patiënt kunnen gelden. Een andere benadering kan zijn dat een patiënt een visuele instelling heeft en gebruik wordt gemaakt van zichtbare hulpmiddelen als afbeeldingen, tekeningen, video, TV of computer. Ook kan er sprake zijn van een auditieve instelling waarbij lesstof wordt aangeboden door vragen stellen, discussie en vertellen. Daarnaast wordt gesproken over een kinesthetische instelling waarbij de lesstof op tastbare (tastzin) en manipuleerbare wijze wordt aangeboden. Hall heeft in haar artikel domeinen benoemd waarbinnen het leerproces plaatsvindt. Onderdelen van dit leerproces zijn het cognitieve proces in de hersenen waarbij de leerstof wordt opgeslagen en geautomatiseerd, het psychomotorische proces dat gaat over de uitvoering van de handelingen en het affectieve proces waarbij de behandeling zijn plekje moet krijgen in het leven van de dialysepatiënt.

Niet alle aangeboden stof zal even goed worden onthouden of worden verplaatst naar het langetermijngeheugen. Het resultaat is niet altijd nieuw gedrag. De leerpiramide van Bales (1996), hoewel niet wetenschappelijk onderbouwd, laat zien wat welke lesmethode bijdraagt aan het leerproces.

Figuur 3 De leerpiramide



Referenties

Google afbeeldingen voor de leerpiramide van Bales (1996)

Hall G., Bogan A., Dreis S., Duffy A., Greene S., Kelly K. et al. New directions in peritoneal dialysis patient training. *Nephrology Nursing Journal* 2004; 31(2):149-154, 159-1963.

Motiverende gespreksvoering, cursusmateriaal Leren Activeren, NIZW, 2002:

http://www.steunpunt.be/_steunpunt/Documents/www.steunpunt/Thema/Thuisloos/Toolkit_teksten_herankering/03_Handout_Achtergrondinformatie_Motiverende%20gespreksvoering.doc

Prochaska, J.O. and Diclemente, C.C.. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 51(3), Jun 1983, 390-395.

Deel 4 Verantwoording

4.1 Werkwijze bij het tot stand komen van de handleiding T&E 2014

In 2006 heeft de ISPD handleidingen en aanbevelingen geformuleerd voor de training van de peritoneale dialysepatiënt. Dit waren de eerste standaarden die over het trainingstraject werden gepubliceerd. Hierin werden handleidingen beschreven, gebaseerd op uitgebreid literatuuronderzoek en door middel van een internationaal gehouden enquête getoetst aan de praktijk. De PD-werkgroep heeft deze handleidingen als basis gebruikt en de toepasbaarheid ervan in de Nederlandse praktijk onderzocht.

Vervolgens is in de literatuur gezocht naar mogelijk interventieonderzoek ten aanzien van de training van de peritoneale dialysepatiënt, uitgevoerd na 2006. Relevante literatuur vóór 2006 is meegenomen in de ISPD-handleidingen. Deze review is uitgevoerd door leden van de werkgroep met hulp van Hans Ket (Medische Bibliotheek VUmc). Omdat er weinig verpleegkundige, wetenschappelijke literatuur over dit onderwerp voorhanden is, hebben we tegelijkertijd gezocht naar relevante artikelen op het gebied van educatie.

De leden van de PD-werkgroep hebben de cursus Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling (EBRO) bij het Centraal BegeleidingsOrgaan (CBO) gevolgd. Eén werkgroeplid heeft de opleiding Evidence Based Medicine bij het Cochrane Instituut gevolgd. Alle werkgroepleden worden beschouwd als experts in het veld en zijn werkzaam in verschillende Nederlandse dialysecentra (zie samenstelling werkgroep) en ervaren op het gebied van peritoneale dialyse. De werkgroep kwam 8 keer per jaar samen. Tijdens de vergaderingen werden de consensusbesprekingen met beroepsgenoten en patiënten voorbereid en de uitkomsten becommentarieerd. De aanbevelingen uit de ISPD handleidingen werden door middel van discussie en literatuuronderzoek getoetst aan de Nederlandse praktijk.

De haalbaarheid en wenselijkheid van de richtlijn voor de praktijk is getoetst tijdens workshops en consensusbijeenkomsten met beroepsgenoten op de Nederlandse Nefrologiedagen van 2009, 2010 en 2011. Om inzicht te krijgen in de praktijk is er in het najaar van 2009 een enquête verspreid onder peritoneale dialysecentra in Nederland. De uitkomsten hiervan zijn meegenomen in de ontwikkeling van de aanbevelingen. Tijdens de Nederlandse Nefrologie Dagen 2012 is de richtlijn in hoofdlijnen gepresenteerd en is commentaar van de achterban gevraagd. Tot slot is de handleiding door een aantal experts in het veld, die niet tot de werkgroep behoren, becommentarieerd.

Een richtlijn over training en educatie van patiënten kan niet tot stand komen zonder input van de doelgroep. De werkgroep heeft daarom een vergadering belegd met een afvaardiging van peritoneale dialysepatiënten. Deze afvaardiging is tot stand gekomen via een oproep in het blad Wisselwerking van Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN) en op de site www.mijneigenkoers.nl. Nadat door ziekte vervanging nodig was, is één patiënt persoonlijk benaderd om mee te werken. Ook het patiënten commentaar is verwerkt in de handleiding. De kwaliteitscommissie van de NFN is gevraagd om de handleiding te controleren op onjuistheden en/of zeer afwijkende medische standpunten. Ook de kwaliteitscommissie van de V&VN dialyse en nefrologie heeft een beoordeling gegeven. Het bestuur van de V&VN Dialyse en Nefrologie heeft via de afdelingswebsite de leden om goedkeuring gevraagd. Afgesproken werd de handleiding na maximaal vijf jaar te herzien.

Wetenschappelijke onderbouwing zijn de guidelines and recommendations, Peritoneal Dialysis Patient Training, 2006 van de ISPD. Bij het vertalen naar de Nederlandse situatie is uitgegaan van de principes van zelfmanagement zoals opgesteld door de Initiatiefgroep Zelfmanagement. Daarbij heeft de SIG PD zich gericht op leerstijlen en op het leerproces aan de hand van de principes van volwasseneneducatie. Relevante literatuur over deze onderwerpen zijn in de handleiding meegenomen. Tijdens de ontwikkeling van de handleiding is getracht deze evidence based te onderbouwen. Er werd daarbij systematisch gezocht in de volgende databases: CINAHL, Invert, Pubmed, Embase en Cochrane. De gevonden literatuur bestaat uit niet-vergelijkend onderzoek (bewijskracht C) en meningen/opinies van deskundigen uit het vakgebied (bewijskracht D). De mate van bewijskracht is daarom niet expliciet in de handleiding opgenomen. Dit maakte het moeilijk om op basis van de literatuur de guidelines naar de Nederlandse situatie om te zetten. Aanwijzingen of opinies werden door de werkgroep bediscussieerd, waarbij de expertopinie van de werkgroepleden en de resultaten van de consensusbijeenkomsten op de NND werden meegewogen.

4.2 Verantwoording revisie 2020

De SIG PD heeft zich in 2019 en begin 2020 gebogen over de inhoud van de handleiding en besloten het document in delen op te splitsen om de bruikbaarheid te vergroten. Er is gezocht naar aanvullende literatuur

en verdere onderbouwing voor de gehanteerde begrippen zoals gezondheidsvaardigheden en leerstijlen. Er is aandacht gegeven aan de competenties en verwachtingen van en voor de trainer, waarbij de enquête bij de NND 2019 bij de deelnemers aan de SIG PD workshops het inzicht in de praktijk heeft vergroot.

De volgende revisie zal wederom over vijf jaar gaan plaatsvinden. Het document zal als handleiding worden voortgezet. Er wordt geen nieuwe poging tot erkenning als richtlijn worden ondernomen. Het gaat om de bruikbaarheid in de praktijk.

Referenties

R, Grol & M. Wensing, (2006). Implementatie.

AGREE II, instrument voor beoordeling van handleidingen, (2009). The agree next steps consortium. Geraadpleegd maart 2013 via www.CBO.nl.

Nieuwe referenties vanaf 2014

1. Figuerdo, A.E., et al, 2016. *A syllabus for teaching peritoneal dialysis to patients and caregivers*. Peritoneal Dialysis International, vol 36, pp. 592-605.
2. Szeto, , et al, 2017. *ISPD catheter-related infection recommendations: 2017 update*. Peritoneal Dialysis International, vol 37, pp. 141-154.
3. Kam-Tao Li, P, 2016. *ISPD peritonitis recommendations: 2016 update on prevention and treatment*. Peritoneal Dialysis International, vol 36, pp. 481-508.

Bijlage Patiëntenervaringen 2009

Opmerkingen naar aanleiding van een gesprek met drie peritoneale dialysepatiënten over de handleiding training en educatie.

Interview

Vraag (V): Is de handleiding duidelijk?

Antwoord (A): Ja.

Eerste indruk. Er moet nog naar de lay-out en tekst worden gekeken.

Het was over het algemeen erg duidelijk, maar leest nog niet prettig. De zinnen lopen niet lekker.

Een patiënt vraagt of de handleiding landelijk ingevoerd gaat worden? Antwoord: ja.

V: Is hertrainen zinvol?

A: Ja.

Patiënten vinden het woord hertraining niet goed gekozen. Zij spreken liever van een opfriscursus.

De patiënten geven het volgende aan:

Hertraining is zinvol omdat er automatisch fouten insluipen die ongewenst zijn.

Men wil graag bevestiging dat men nog goed bezig is.

Hertraining hoeft niet thuis te gebeuren maar kan ook tijdens de pet test gedaan worden.

Door het huisbezoek leert de zorgverlener de patiënt beter kennen.

De partner kan op die manier ook bij de behandeling worden betrokken.

Ook kan er door een huisbezoek een omgevings- en hygiënecontrole plaatsvinden.

De zorgverlener kan aangeven hoe zaken praktischer kunnen worden ingericht t.a.v. de uitvoering van de behandeling. Een patiënt zou graag een geplastificeerde A4 willen hebben, met stap voor stap de handelingen.

Het huisbezoek was vooral gezellig en niet bedreigend. Men vond huisbezoek bij CAPD geen meerwaarde hebben (is hetzelfde als in het ziekenhuis); bij APD is er wel een meerwaarde.

V: Wat vindt u van het gebruik van nieuwe media?

A: Bij de meeste oudere patiënten is daar geen behoefte aan. Jongeren mogelijk wel.

Men denkt dat de iPad wel een toevoeging kan zijn. Dit laatste om dingen te laten zien. Men geeft aan dat elk bezoek aan het ziekenhuis dat vermeden kan worden, plezierig zou zijn. Vooral het laten zien van een huidpoort, probleem met de machine etc. door middel van een beeldverbinding, zou erg plezierig zijn. Dat scheelt weer een bezoek en geeft een gevoel van veiligheid. De patiënten willen graag de bevestiging of iets nog goed wordt uitgevoerd of dat er fouten zijn ingesloten.

V: Heeft thuis training meerwaarde?

A: Nee, training in het ziekenhuis wordt als beter en veiliger ervaren.

Er is meer rust in een ziekenhuis. Alles is voorhanden. Er hoeft minder geïmproviseerd te worden en geeft een veiliger gevoel. Als er iets niet goed gaat is er sneller hulp of overleg mogelijk dan in de thuissituatie.

V: Is de overstap van de ziekenhuisomgeving naar de thuisomgeving niet heel groot?

A: Nee, mits de instructies duidelijk op papier staan.

De aanwezigheid van de verpleegkundige bij de eerste thuisbehandeling is wel erg geruststellend. Ook om praktische adviezen te geven over de inrichting en plaats van de materialen.

De patiënten willen graag een instructie op papier/kort en bondig/als een stappenplan. Dit dwingt tot systematisch handelen.

Zij vinden het plezierig om dit bij de uitvoering op te hangen, totdat de handelingen geautomatiseerd zijn.

Indien er door het centrum wijzigingen in de CAPD- of APD-behandeling zijn, wil men graag schriftelijk op de hoogte worden gehouden. Ze kunnen het dan nalezen en de nieuwe manier van werken eigen maken.

V: Is het oefenen op een dummy-PD-buik plezierig?

A: De patiënten geven aan dat het minder angstig is om de wissel eerst op een dummy te doen. Dit moet echter niet te lang worden gedaan. Op een zeker moment wil de patiënt zelf aan de slag.

Het is fijn om het stukje bij beetje wat over te nemen van de trainer. Het is plezierig en het geeft een veilig gevoel dat er dan nog een verpleegkundige op de achtergrond aanwezig is.

Patiënten voelen zich veilig als de handelingen geautomatiseerd zijn. Veelal is dit niet het geval in de ziekenhuis trainingsfase, maar dat ontstaat na 2 à 3 weken.

Het hebben van een checklist is dan een goede hulp. Een duidelijk trainingsplan is belangrijk.

Ook wordt aangegeven dat concentratie in deze fase erg belangrijk is. Daarom is het wenselijk dat er in een rustige omgeving wordt gewisseld.

V: Hoe kijkt u terug op de periode dat u een keuze moest maken voor de therapievorm (HD/PD)?

A: Het hangt af van de situatie waarin men zich bevindt: Chronisch of acuut nierfunctieverlies.

De patiënt is in sommige gevallen in slechte conditie en kan moeilijk een keuze maken.

Men laat zich vaak leiden door het advies van de zorgverleners. De regie wordt eigenlijk overgenomen en men ervaart dat als plezierig. De patiënt heeft vertrouwen in de zorgverlener en hoeft op deze manier geen beslissing te nemen. De patiënten geven wel aan graag informatie te willen van een ervaren PD verpleegkundige. Zij hebben meer vertrouwen in hun advies dan van de verpleegkundige van de interne afdeling.

Men is het erover eens dat de regie uiteindelijk bij de patiënt moet liggen, maar dat daar tijd en informatie voor nodig is. Dit kan pas als de acute fase voorbij is. Regelmatige afstemming met de zorgverlener wordt als heel plezierig ervaren. Vooral om te controleren of de zienswijze en gedachten van de patiënt correct zijn. Goede informatie zorgt ervoor dat men een keuze kan maken. In de beginfase is alles erg verwarrend en gaat men op het advies van de arts en de verpleegkundige af. Pas in een later stadium, als men zich veilig voelt, kan pas zelfstandig een weloverwogen keuze worden gemaakt.

De patiënt wil op basis van informatie de keuze maken en de regie terugkrijgen.

Leerstijlen

Het is belangrijk dat de trainer weet met wat voor individu hij te maken heeft. Het invullen van een leerstijltest voegt niets toe. Modellen geven de werkelijkheid niet weer.

Het is prettig om te vragen of de patiënt eerst achtergrondinformatie wil lezen of meteen aan de slag wil.

De trainer moet zijn gedrag afstemmen op de patiënt.

De patiënt zit niet te wachten op veel informatie over leerstijlen.

Er staan nog wat Engelse termen in tekst. Deze kunnen het best vertaald worden naar het Nederlands. Ook zou men graag een begrippenlijst met afkortingen toegevoegd zien.

Conclusies

- De handleiding is duidelijk.
- Hertrainen (incl. huisbezoek) is zinvol. Maar men spreekt liever van een opfriscursus.
- Men zoekt vooral bevestiging.
- Het gebruik van nieuwe media kan zinvol zijn. Vooral om ziekenhuisbezoek te verminderen en bevestiging te krijgen van de zorgverlener.
- Thuisstraining geeft een minder veilig gevoel.
- Duidelijke schriftelijke instructie over de te verrichten handelingen is gewenst.
- De aanwezigheid van een zorgverlener bij eerste PD-behandeling thuis geeft patiënten een veilig gevoel en is belangrijk vanwege de inrichting van de wisselplek.
- Gebruik van een dummy bij de instructie van de handelingen kan kortdurend worden ingezet om angst voor de wisselingen weg te nemen.
- Patiënten in de acute fase vertrouwen op de beslissing van de zorgverleners.
- Goede informatie is noodzakelijk voor optimaal zelfmanagement.
- De regie moet bij de patiënt liggen nadat de acute fase is afgesloten.
- Men wil begeleiding bij het ontwikkelen van zelfmanagement.
- Men wil bevestiging van de zorgverleners.
- De patiënten ervaren het als prettig wanneer wordt gevraagd of men eerst achtergrondinformatie wil lezen of meteen aan de slag wil; een uitgebreide leerstijltest is niet nodig.
- Er staan nog wat Engelse termen in tekst en deze kunnen het best vertaald worden naar het Nederlands.
- De wens is een begrippenlijst met afkortingen toe te voegen.

Bijlage: Zoekstrategie en beantwoording PICO vragen

Zoekstrategie

Dit is de zoekstrategie zoals de PD-werkgroep heeft gehanteerd bij het vinden van de benodigde literatuur voor de handleiding. Als eerste wordt een knelpuntanalyse benoemd, die vervolgens is afgebakend. Hierna zijn twee PICO-vragen geformuleerd.

KNELPUNTENANALYSE:

- verpleegkundigen zijn didactisch ongeschoold
- patiënten hebben verschillende niveaus en leerstijlen
- compliance en verwerking zijn verschillend
- andere werkwijze is moeilijk over te nemen (adopteren)
- welke onderwerpen komen op welk tijdstip aan bod?
- resultaat van de training is nooit gemeten
- informatie blijkt niet te zijn overgekomen of te bekijken bij de patiënt
- literatuur geeft winst aan in outcome bij goede training
- het is ons onduidelijk welke factoren een rol spelen bij het leren door chronisch zieke mensen
- er is geen specifiek materiaal voor educatie bij zieke mensen
- belevingsgerichte zorg

AFBAKENING Klinisch probleem Patiëntenpopulatie Scope: preventie, diagnostiek, therapie, follow-up

Toekomstige gebruikers handleiding: professionals, derden

KNELPUNTENANALYSE doel:

- Welke vragen gaan we beantwoorden?

Focus:

- Gerichte aanbevelingen
- Aansluiten op dagelijkse praktijk
- Inbreng veld voor draagvlak
- (Implementatie)

Uitgangsvragen: Verwerking:

- Hoe kom je voor de training achter de mate van verwerking van het ziekteproces van de patiënt?
- Wat is het beste trainingsschema voor de patiënt in de desbetreffende verwerkingsfasen?

Vaardigheden:

- Wat moeten verpleegkundigen kennen/kunnen om informatie over te brengen? Eenduidig, duidelijk, werkbaar
- Hoe geef je training/informatie zodat de patiënt op verantwoorde wijze de behandeling (thuis, zelfstandig) kan uitvoeren?

Voorwaarden:

- Welke vaardigheden zijn minimaal noodzakelijk zodat de patiënt op verantwoorde wijze thuis aan de slag kan (met begeleiding)?
- Aan welke criteria moet de patiënt minimaal voldoen om hem thuis te gaan behandelen?

48 Handleiding Training en Educatie van de peritoneale dialysepatiënt, juli 2014

Of aan welke voorwaarden moet minimaal zijn voldaan om een patiënt verantwoord thuis met PD te gaan behandelen? Factoren en beleid:

- Hoe test je of iemand klaar is om thuis te gaan behandelen?

PICO 1 Welke factoren zijn bepalend voor de dialyseverpleegkundige om bij de training van de (chronisch zieke) dialysepatiënt een zo groot mogelijke mate van zelfmanagement te bereiken?

Zoekvragen: Keywords handleidingen ISPD gebruiken; Training, education, learning, teaching, concepts, (training/teaching)skills, procedures. Leerproces patiënt, zelfmanagement, selfcare, selfmanagement
Belevingsgerichte zorg Leerstijlen

PICO 2 Welke factoren zijn van invloed op het trainen van chronisch zieke patiënten in vergelijking met gezonde mensen?

Zoekvragen: Keywords handleidingen ISPD gebruiken; Training, education, learning, teaching, concepts, (trainings/teachings)skills, procedures. Trefwoorden: Vrije tekst woorden en gecontroleerde trefwoorden (MeSH) Chronic illness/disease. < > healthy people

Beantwoording

PICO 1 Welke factoren zijn bepalend voor de dialyseverpleegkundige om bij de training van de (chronisch zieke) dialysepatiënt een zo groot mogelijke mate van zelfmanagement te bereiken? Bij professionals is een andere visie op zorg vereist, waarbij de vraag van de patiënt centraal staat.

Bij professionals is een andere visie op zorg vereist, waarbij de vraag van de patiënt centraal staat.

Er dient vooraf een trainingsprogramma te worden opgezet, gebaseerd op de principes van zelfmanagement. Hierbij wordt gebruik gemaakt van diverse hulpmiddelen en lesmateriaal. De training wordt afgesloten met een toetsing.

De dialyseverpleegkundige (de trainer) voert een structurele evaluatie uit tijdens een polibezoek, een huisbezoek of bij het uitvoeren van een PET.

- Het gaat niet om een tijdelijk incident dat weer te boven gekomen kan worden. Het gaat om een hele verzameling kleine tot grotere ongemakken, die telkens weer van de patiënt verlangen dat hij zich moet aanpassen aan een nieuwe situatie.
- Het is belangrijk dat de patiënt hierbij de regie heeft.
- Patiënten proberen een balans te zoeken tussen hoe ze hun leven willen leiden en wat de ziekte van hen eist. Hoe beter de patiënt deze balans kan bewaren, hoe hoger de kwaliteit van leven zal zijn. Het zoeken naar deze balans is in essentie zelfmanagement.
- De patiënt wordt gestimuleerd zelf verantwoordelijkheid te dragen.
Voor empowerment is een patiëntgerichte benadering nodig evenals intellectuele bagage en een ruime praktische ervaring in de omgang met mensen. Maar ook wordt van de hulpverlener een sterk ontwikkelde intuïtie en empathisch vermogen verwacht. Empowerment vraagt van de hulpverlener een andere rol, van hulpverlener naar coach, van deskundige naar facilitator.
- Een gelijkwaardige relatie tussen patiënt en zorgverlener met onderling vertrouwen en respect is van fundamenteel belang.
- Dit vraagt om inzicht en motivatie bij de patiënt.
- De zorgverlener zal de focus leggen op het delen van kennis en zal benadrukken wat de patiënt wel kan in plaats van niet kan. Verplicht niets, maar creëer de maximale voorwaarden voor iedereen die meer zelf wil en kan doen. Daarnaast moet er oog zijn voor de omgeving van de patiënt, die een stimulerende dan wel beperkende rol speelt bij het realiseren van zelfmanagement.
- Een optimale kwaliteit van leven is voor elke patiënt anders. De patiënt bepaalt wat kwaliteit van leven voor hem betekent. Dit noemen we belevingsgerichte zorg.
- Continue zelfmanagementondersteuning, multidisciplinair.
- Gezondheidsvaardigheden bevorderen.
- Huisbezoek: De hulpverlener krijgt inzicht in de manier waarop de patiënt met PD in zijn omgeving functioneert

PICO 2 Welke factoren zijn van invloed op het trainen van chronisch zieke patiënten in vergelijking met gezonde mensen?

Er zijn verschillende vormen van PD-training mogelijk: actief = de patiënt zelf, passief = de omgeving van de patiënt, zoals mantelzorgers of thuiszorg en mengvormen hiervan. In alle gevallen dient de continuïteit van de behandeling te worden gewaarborgd.

Er dient vooraf een trainingsprogramma te worden opgezet, gebaseerd op de principes van zelfmanagement. Hierbij wordt gebruik gemaakt van diverse hulpmiddelen en lesmateriaal. De training wordt afgesloten met een toetsing.

De dialyseverpleegkundige (de trainer) voert een structurele evaluatie uit tijdens een polibezzoek, een huisbezoek of bij het uitvoeren van een PET.

Geadviseerd wordt de resultaten van de training te monitoren en indien nodig het trainingsplan aan te passen.

- Wanneer mensen op hogere leeftijd minder lezen en schrijven, gaan de vaardigheden achteruit. Aangezien het grootste deel van de populatie nierpatiënten bestaat uit oudere en zieke mensen, kunnen we aannemen dat het percentage laaggeletterden onder nierpatiënten hoger is dan onder de algemene Nederlandse populatie.
- Gezondheidsvaardigheden bevorderen.
- Het is van belang dat de directe sociale omgeving achter de training staat.
- Training van andere personen dan de patiënt zelf vraagt vooraf een goede inventarisatie van de mogelijkheden.
- In alle gevallen geldt dat de continuïteit moet zijn gewaarborgd.
- De patiënt dient wel aan de training toe te zijn. Denk bijvoorbeeld aan emotionele overbelasting of concentratiestoornissen door uremie of andere medische klachten.
- Er dient een mogelijkheid te zijn om te rusten.
- Geadviseerd wordt om prestatie-indicatoren bij te houden en deze tegen het licht te houden van patiëntentraining.

Bijlage: Enquête achterban 2009 en 2019

1. Hoeveel PD-verpleegkundigen verzorgen binnen uw centrum de training van PD-patiënten?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Geen aparte groep
2009	0	2%	16%	14%	25%	24%	8%	2%	2%	6%	0	0	2%
2019	0	4.9%	9.8%	16.4%	21.3%	14.8%	4.9%	9.8%	9.8%	3.3%	0	3.3%	0

Er zijn in de centra meerdere (3-6) trainers betrokken bij patiënten training.

2. Door hoeveel PD-verpleegkundigen wordt 1 patiënt getraind?

	1	2	3	1 à 2	4	> 5	wisselt	Geen antwoord
2009	10%	52%	2%	12%			16%	6%
2019	13.1%	63.9%	1.6%	0	8.2%	1.7%	11.5	0

Er zijn bij 1 patiënten training veelal 2 trainers betrokken.

3. Hebben de PD-verpleegkundigen een specifieke opleiding voor het geven van training gevolgd?

2009 / 2019

- Nee 78% / 77%
- Ja, maar niet specifiek 18% / 18%
- Geen antwoord 4% / 5%
- Voorbeelden: Klinische les MI (Motivational interviewing); Een cursus bij Baxter; Train de trainer

Trainers hebben geen specifieke opleiding gevolgd.

4. Op welk tijdstip start de patiënt met de training? (PO=postoperatief)

	Voor implantatie	Direct PO	10 dagen PO	2 weken PO	6 weken PO	Bij starten behandeling	Verskillend	Geen antwoord
2009	2%	8%	2%	16%	2%	75%		
2019	1.6%	8.2%	1.6%	50.8%	3.3%	14.8%	16.4%	3.3%

Het merendeel van de patiënten wordt getraind bij het starten van de behandeling in 2009. In 2019 wordt geantwoord 2 weken PO, wat mogelijk ook de start van de behandeling is.

5. Hoeveel tijd staat er voor een standaardtraining?

	< 1 week	1 week	1-2 weken	2 weken	4-6 weken	Afhankelijk patiënt	Geen antwoord
2009	32%	40%	4%	6%	2%	10%	
2019	36%	32.9%	18%	3.3%	0	8.2%	1.6%

De duur van de training is veelal een week of korter.

5. Het grootste deel van de training gebeurt:

2009 / 2019

- Klinisch 6% / 3.3%
- Poliklinisch 92% / 57.35%
- Klinisch + poliklinisch 4% / 8.2%
- Poliklinisch + thuis 2% / 19.65%
- Thuis niet genoemd - / 11.5%

Het merendeel van de patiënten wordt in 2009 poliklinisch getraind. In 2019 is er een variatie zichtbaar en verplaatst de training zich meer naar thuis.

7. Wordt er bij een training standaard een huisbezoek afgelegd?

2009 / 2019

- Ja 82% / 93.4%
- Nee 6% / 3.3%
- Soms 10% / 3.3%
- Geen antwoord 2% / 0

Bij de meeste centra maakt een huisbezoek onderdeel uit van de training. In 2019 is er een toename zichtbaar.

8. Wanneer wordt dit huisbezoek afgelegd?

2009 / 2019

- Voor de training 20% / 24.6%
- Na de training 28% / 24.6%
- Voor en na de training 46% / 49.2%
- Geen antwoord 6% / 1.6%

Het tijdstip voor het huisbezoek is verschillend, maar kan zowel voor als na de training plaatsvinden.

9. Wordt de training aangepast o.b.v. het kennisniveau van de patiënt?

2009 / 2019

- Ja 94% / 91.8%
- Nee 2% / 1.6%
- Anders 0 / 1.6%

- Geen antwoord 2% / 5%

Er wordt rekening gehouden met kennisniveau van de patiënt.

10. Zijn de trainers bekend met de mogelijke leerstijl van de patiënt?

2009 / 2019

- Ja 68% / 42.6%
- Nee 26% / 50.9%
- Inschatting 10% / 0
- Anders 0 / 3.3%
- Geen idee 0 / 1.6%
- Geen antwoord 0 / 1.6%
- Als opmerking werd hierbij gemaakt: Hoe is dit te toetsen?

Een groot deel van de trainers in 2009 waren op de hoogte van een mogelijke leerstijl van de patiënt. In 2019 zijn hieromtrent toch meer onduidelijkheden.

11. Wordt er voor de training gekeken hoe de motoriek van de patiënt is?

2009 / 2019

- Ja 94% / 65.6%
- Nee 4% / 34.4%
- Geen antwoord 2% / 0

De motoriek van de patiënt beïnvloedt in 2009 de training, in 2019 echter veel minder.

12. Wordt er voor de training gekeken in hoeverre de patiënt ontvankelijk is voor informatie?

2009 / 2019

- Ja 96% / 78.6%
- Nee 2% / 18.1%
- Niet vastgelegd 2% / 0
- Geen antwoord 0 / 3.3%

Er wordt voor de training meestal beoordeeld of de patiënt open staat voor de training.

13. Is de training voor iedere patiënt gelijk?

2009 / 2019

- Ja 22% / 16.4%
- Nee 78% / 78.7%
- Anders 0 / 1.6%
- Geen antwoord 0 / 3.3%
- Opmerkingen: aanpassen aan niveau, thuiszorg ingeschakeld, verschil in duur training

Voor het merendeel wordt de training aangepast op de patiënt.

14. Heeft de patiënt invloed op de wijze van trainen?

2009 / 2019

- Ja 90% / 86.9%
- Nee 10% / 8.2%
- Soms 0 / 1.6%
- Geen antwoord 0 / 3.3%

De patiënt heeft dus invloed op de training.

15. Vindt er gestructureerde hertraining plaats?

2009 / 2019

- Ja 12% / 27.9%
- Nee 30% / 26.2%
- Op indicatie 58% / 45.9%
- Opmerkingen: Wij willen dit als team wel gaan introduceren, 3 maanden na de training daarna jaarlijks, bij elke PET

Hertraining vindt veelal plaats op indicatie, in 2009 nauwelijks gestructureerd. In 2019 is een toename van gestructureerde hertraining zichtbaar.

16. Om welke redenen vindt er hertraining plaats? (meerdere antwoorden gegeven in 2019)

	Freq. Hulp vraag	Peritonitis	HP infecties	Standaard	Anders	Geen antwoord	Verschillende redenen	Langdurige opname	Huis bezoek	geen
2009	56%	32%		2%		10%				
2019	44.3%	52.5%	31.1%	13.1%	18%	11.5%	3.3%	1.6%	1.6%	1.6%

Bij een toename van hulpvragen en/of peritonitis werd in 2009 de patiënt opnieuw getraind. In 2019 wordt conform de nieuwe infectierichtlijnen vaker hertraining ingezet.

17. Is er een geautoriseerd trainingsprotocol?

2009 / 2019

- Ja 78% / 88,6%
- Nee 22% / 8.2%

- Onbekend 0 / 1.6%
- Anders 0 / 1.6%
- Opmerkingen: twee mensen geven aan een checklist te gebruiken, geen protocol

De meeste centra werken met een goedgekeurd trainingsprotocol of -plan.

Onderstaande vragen zijn in 2019 toegevoegd aan de vragenlijst.

18. Is de trainer bekend met zijn of haar eigen leerstijl?

- Ja 70.5%
- Nee 16.5%
- Anders 8.4%
- Niet ingevuld 4.6%

Trainers kennen hun eigen leerstijl vaak wel.

19. Wordt er met CAPD training gestart?

- Ja 62.3%
- Nee 19.7%
- Anders 13%
- Niet ingevuld 5%
- Opmerkingen: afhankelijk van doel patiënt; indien CAPD de keus van de patiënt is; afhankelijk van indicatie; opdracht nefroloog

Bijna 2/3 start bij de training met CAPD.

20. Wordt er met APD training gestart?

- Ja 39.3%
- Nee 39.3%
- Anders 16.4%
- Niet ingevuld 5%
- Opmerkingen: combi-training; altijd samen met CAPD; op indicatie; alleen bij kinderen meteen APD; verschilt per patiënt

In bijna 40% van de training wordt met APD gestart. Een opmerking is dat er combitraining wt gegeven.

21. Wordt een patiënt bij APD training ook de handwissels aangeleerd?

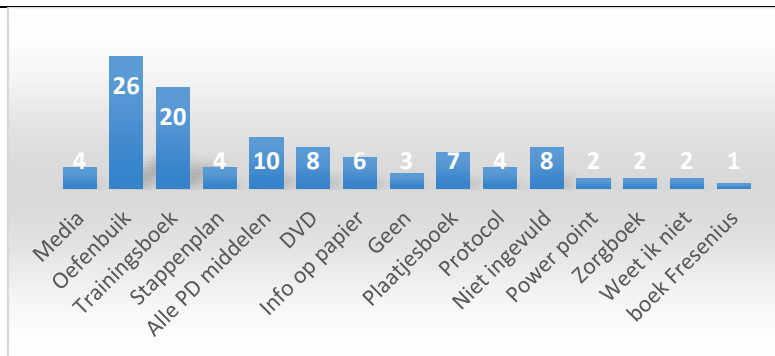
- Ja 62.3%
- Nee 16.4%
- Niet van toepassing 13%
- Opmerking: n.v.t. is ingevuld door de centra waar iedereen met CAPD training begint
- Meestal 5%
- Niet ingevuld 3,3%

22. Op basis waarvan wordt de keuze voor CAPD dan wel APD training gemaakt?

- Voorkeur patiënt (39x)
- Eerste CAPD behandelingen (10x)
- Van leeftijd en arbeidsmogelijkheden
- Afhankelijk van de reden van start PD
- Als CAPD mogelijk is starten we hiermee
- Mogelijkheden patiënt
- Capaciteit thuiszorg indien van toepassing
- Capaciteit afdeling i.v.m. trainingsruimte
- Op basis van ervaring vpk/arts/maatsch werk in overleg met patiënt
- Thuisituatie patiënt (2x)
- Keuze nefroloog samen met patiënt
- APD alleen bij acute start
- Geen idee
- Niet ingevuld (5x)

Diverse redenen worden aangedragen, veelal geldt wel de voorkeur van de patiënt.

23. Welke hulpmiddelen worden gebruikt bij de training?



24. Ben je op de hoogte van begrippen als gezondheidsvaardigheden, self efficacy en zelfmanagement?

- Ja 73.8%
- Nee 6.6%
- Deels 8.2%
- Niet ingevuld 11.4%

Bijna 3/4 is op de hoogte van bovenstaande begrippen.

25. Ken je de fasen van gedragsverandering?

- Ja 47.5%
- Nee 34.5%
- Ooit gelezen 8.2%
- Niet ingevuld 9.8%

Minder dan de helft is op de hoogte van de fasen in gedragsverandering.

26. Ben je op de hoogte wat patiëntempowerment inhoudt?

- Ja 18%
- Nee 63.9%
- Gedeeltelijk 4.9%
- Niet ingevuld 13.1%

Het merendeel is niet op de hoogte van het begrip patiëntempowerment.

27. Mijn voorkeur gaat uit om daarover iets te weten te komen via

- De handleiding training en educatie 34.4%
- Een workshop of de netwerkdag 44.3%
- Niet ingevuld 21.3%
- Opmerkingen: kan geen kwaad waarschijnlijk veel onbekendheid bij collega verpleegkundigen; ook vermelden in de handleiding, het is niet altijd mogelijk om op een netwerkdag aanwezig te zijn; richtlijn online zetten; integreren in de huidige richtlijn.

Er is een voorkeur voor informatie via een scholingsmoment, maar toch ook wel via de handleiding.

Hebben jullie nog tips om mee te nemen in de revisie van de handleiding?

- Opleidingsboek als naslagwerk
- Alleen hoognodige theorie doen
- Thuis training
- Digitaal overleg met de artsen
- Maak gebruik van tools zodat men in de praktijk weet waar ze het kunnen vinden
- Trainingsboek met aftekenen van de trainingsonderwerpen
- Certificaat voor de patiënt

Van de ingeleverde vragenlijsten was bij 45 op deze laatste vraag geen antwoord gegeven. 1 geeft aan de handleiding niet te kennen.