

Patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg

Wie doet wat op welk moment?

VERTROUWELIJK
niet verspreiden zonder toestemming opdrachtgever

Groningen, 2 juni 2009

Auteur
Studentnummer

Liesbeth van der Molen
284938

Afstudeerscriptie in het kader van

Hanzehogeschool, Communicatie & Media

Opdrachtgever

mw. drs. C. van Well, stafadviseur
Bedrijfsbureau, sector B, UMCG

Begeleiders

drs. E.C.M. Bos, teamleider hoofdfase
Communicatie
drs. H. Eisen, docent
Communicatie & Media
Hanzehogeschool Groningen

Begeleider UMCG

dr. J. Pols, coördinator
Studentenbureau UMCG / afstuderen

ISBN 978-90-8827-046-8
NUR 110
Trefw Patiëntencommunicatie, vertrek en nazorg

Omslag: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen

© 2009 Studentenbureau UMCG / afstuderen Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Voorwoord

Dit onderzoeksrapport is tot stand gekomen in opdracht van het Bedrijfsbureau van sector B van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Het rapport betreft een literatuurstudie, een secundaire analyse en een kwalitatief onderzoek naar de patiëntencommunicatie op het gebied van vertrek en nazorg van patiënten. Het onderzoek is specifiek gericht op de verpleegafdelingen Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO) en Maag-, Darm- en Leverziekten (MDL). De resultaten van het onderzoek zijn vastgelegd in dit onderzoeksrapport.

Het onderzoeksrapport had niet zijn goede resultaat behaald zonder de begeleiding, de interesses en het geven van feedback door Carien van Well, opdrachtgeefster en stafadviseur van het bedrijfsbureau van sector B en door Els Bos, de eerste stagebegeleidster en teamleider hoofdfase communicatie aan de Hanzehogeschool. Ook wil ik Jan Pols, begeleider en stafmedewerker van het Wenckebach Instituut van het UMCG bedanken voor de interesse en begeleiding tijdens de afstudeerstage in het UMCG.

Daarnaast wil ik Henk Eisen, tweede stagebegeleider en docent aan de Hanzehogeschool bedanken voor de feedback en tips over de verschillende theorieën van de communicatie. Voor de medewerking aan het onderzoek wil ik graag KNO hoofdverpleegkundige mw. D. Jönfors, KNO regieverpleegkundige mw. H. Eggens, MDL hoofdverpleegkundige mw. J. van der Ploeg en MDL regieverpleegkundige mw. D. Duijndam bedanken. Ook professor dokter Kleibeuker, zaalsupervisor R.A. Feijen, zaalarts M.L. Schrijvers en de diëtisten mw. S. Tabak en mw. H.R. Noordhoff wil ik bedanken voor de medewerking aan het onderzoek.

Ten slotte wil ik de adviseurs patiëntencommunicatie en de medewerkers van het bedrijfsbureau van sector B bedanken voor alle tips, mijn collega's op de kamer voor de bakjes koffie en flesjes water, de medestudenten in het

UMCG voor alle ideeën en gezellige lunches en mijn vriend voor de steun tijdens mijn afstudeerperiode.

Kortom, er waren genoeg mensen waar ik begeleiding, feedback, medewerking, tips en gezelligheid van heb gekregen tijdens mijn onderzoek. Allemaal heel erg bedankt!

Liesbeth van der Molen

VERTROUWELIJK

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	1
INLEIDING	5
1 GLOBALE OPDRACHTBESCHRIJVING	7
2 INTERNE ANALYSE	9
2.1 STRUCTUUR.....	9
2.2 STRATEGIE	11
2.3 SYSTEMEN	11
2.4 STIJL VAN HET MANAGEMENT	11
2.5 STAF	12
2.6 SLEUTELVAARDIGHEDEN	12
2.7 SIGNIFICANTE WAARDE	12
3 THEORETISCH KADER	15
3.1 COMMUNICATIE.....	15
3.2 HET COMMUNICATIEPROCES.....	15
3.3 EFFECTIEVE COMMUNICATIE.....	16
3.4 SCIENTIFIC MODEL.....	16
3.5 VOORLICHTING.....	17
3.6 DEFINITIE PATIËNTENVOORLICHTING	17
3.7 SENSE-MAKING APPROACH.....	17
3.8 INFORMATIEBEHOEFTE.....	18
3.9 INFORMATIEOVERDRACHT	19
3.10 INFORMATIE BEGRIJPEN	20
3.11 CONTINUÏTEIT.....	20
3.12 TAKEN VAN ARTSEN EN VERPLEEGKUNDIGEN	21
3.13 WGBO	21
3.14 KEUZE VAN MIDDELEN	21
3.15 BELEMMERENDE FACTOREN	22
4 ONDERZOEKSOPZET	23
4.1 PROBLEEMSTELLING	23
4.2 ONDERZOEKSVRAGEN	23
4.3 ALGEMENE DOELSTELLING.....	23
4.4 DOELSTELLINGEN	24
4.5 ONDERZOEKSVORSTELLEN	24
4.6 INTERVIEWVRAGEN	25
4.7 VERWERKING VAN DE RESULTATEN	26
5 SECUNDAIRE ANALYSE	27
5.1 KPAZ	27
5.2 PATIËNTENINTERVIEWS	29
5.3 RESULTATEN SECUNDAIRE ANALYSE.....	31

6 EXTERNE INVLOEDEN	33
6.1 VERGELIJKING VERTREK EN NAZORG MET ANDERE UMC'S.....	33
6.2 VERBETERACTIVITEITEN RONDOM VERTREK EN NAZORG BIJ ANDERE UMC'S	33
6.3 WETGEVING	33
6.4 LIAISON EN THUISZORG	34
7 RESULTATEN INTERVIEWS	37
7.1 RESULTATEN INTERVIEWS KNO.....	37
7.2 RESULTATEN INTERVIEWS MDL.....	38
7.3 RESULTATEN OVERIGE GESPREKKEN	39
8 BELEIDSVORMING	41
8.1 SWOT-ANALYSE.....	41
8.2 CONFRONTATIEMATRIX.....	43
8.3 KERNPROBLEEM	43
8.4 KOPPELINGEN EN STRATEGIEËN	44
9 RESULTATEN ONDERZOEK	45
10 CONCLUSIES/ ALGEMENE AANBEVELINGEN SECTOR B	49
10.1 INHOUD	49
10.2 STRUCTUUR	50
10.3 RICHTLIJNEN OPSTELLEN.....	52
10.4 INFORMATIE AANPASSEN AAN BEHOEFTE PATIËNTEN	52
10.5 CONCLUSIES/AANBEVELINGEN SAMENGEVAT	53
11 CONCLUSIES/SPECIFIEKE AANBEVELINGEN VOOR KNO EN MDL	55
11.1 AANBEVELINGEN KNO	55
11.2 AANBEVELINGEN MDL	56
LITERATUURLIJST	59
BIJLAGEN	65
BIJLAGE 1 LIJST MET AFKORTINGEN	66
BIJLAGE 2 OGANOGRAM UMCG	67
BIJLAGE 3 7-S MODEL	68
BIJLAGE 4 VOORWAARDEN, VOOR- EN NADELEN VAN COMMUNICATIEMIDDELEN	72
BIJLAGE 5 INTERVIEWVRAGEN	75
BIJLAGE 6 KPAZ	77
BIJLAGE 7 VERBETERACTIVITEITEN UMC'S	80

Samenvatting

Het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) is sinds 2005 een samenwerkingsverband tussen het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG) en de Faculteit der Medische Wetenschappen (FMW) een onderdeel van de Rijksuniversiteit Groningen. Sinds de reorganisatie bestaat het UMCG uit zes sectoren. Het onderzoek richt zich op sector B 'Kortdurende zorg en buik'. Deze sector bestaat uit de afdelingen chirurgie, kaakchirurgie en orthodontie, keel-, neus- en oorheelkunde, maag-, darm- en leverziekten, oogheelkunde, orthopedie en plastische chirurgie.

In opdracht van het bedrijfsbureau van sector B van het UMCG is er onderzoek gedaan naar de patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg op de verpleegafdelingen van sector B en specifiek op de verpleegafdelingen Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO) en Maag-, Darm- en Leverziekten (MDL) van het UMCG. Uit onderzoek, in opdracht van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), blijkt dat het aspect vertrek en nazorg bij de verpleegafdelingen van sector B van het UMCG verbeterd kan worden.

Ter ondersteuning van het onderzoek naar de patiëntencommunicatie rondom het aspect vertrek en nazorg op de verpleegafdelingen KNO en MDL is er een theoretisch kader geschreven. Hieruit blijkt dat de communicatie tussen artsen en verpleegkundigen met de patiënten effectief is als er sprake is van een communicatieproces. De patiënt hoort, begrijpt en interpreteert de aangeboden informatie zoals de arts of de verpleegkundige de boodschap bedoeld heeft (Haes, Hoos & Everdingen, 1999).

Bij communicatie met patiënten is er sprake van een transactieproces, patiënten bepalen zelf wat ze waarnemen en selecteren uit het informatieaanbod van de artsen en/of de verpleegkundigen. De patiënt selecteert de informatie

die hij of zij bruikbaar of nuttig vindt. De patiënt neemt niet in één brok informatie op, maar gaat op bepaalde tijdstippen op zoek naar stukjes informatie. Wanneer de patiënt een kennis 'gap' ervaart gaat hij of zij op zoek naar informatie om deze 'gap' op te vullen. Er is sprake van de 'sense-making approach'. Om goede voorlichting te geven is het belangrijk om te weten hoe de patiënt de verschillende situaties ziet en welke 'gaps' patiënten in deze situaties ervaren en hoe ze deze 'gaps' opvullen (Bauer, 1964; Dervin, 1989).

De informatiebehoefte van patiënten is afhankelijk van de persoon, het gezondheidsprobleem, de emoties, de situatie en de manier waarop de patiënt omgaat met zijn of haar ziekte. Patiënten willen informatie krijgen die is aangepast aan hun eigen situatie. De informatiebehoefte is vooral groot tijdens het begin van de opname en bij het ontslag uit het ziekenhuis. Patiënten hebben bij het ontslag behoefte aan informatie over leefregels, medicijnen, mogelijke complicaties, klachten, het vervolgtraject en waar ze met hun vragen terecht kunnen. Verder willen patiënten geen tegenstrijdige informatie van verschillende specialisten ontvangen (Terra, Mechelen-Gevers & Burgt, 2004; Duynhouwer & Mistiaen, 1996).

Tijdens de informatieoverdracht dienen de artsen en verpleegkundigen rekening te houden met de aandacht en het geheugen, de emoties en met het begripsvermogen van de patiënt. De informatie moet in duidelijke taal aan de patiënt aangeboden worden. Om te bevorderen dat patiënten de informatie onthouden is het belangrijk de informatie op verschillende momenten te herhalen (Haes, Hoos & Everdingen, 1999).

Met behulp van het theoretisch kader is de volgende probleemstelling geformuleerd: *Op welke manier kan de huidige patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg op de verpleegafdelingen van sector B en specifiek op de*

verpleegafdelingen KNO en MDL aangepast worden aan de behoeften van de patiënt en aan de eigen professionele standaard?

Om antwoord te geven op deze probleemstelling zijn twee onderzoeksvragen opgesteld.

Onderzoeksvraag 1:

Op welke manier richt sector B van het UMCG zich op de communicatie rondom vertrek en de nazorg van patiënten?

Onderzoeksvraag 2:

Op welke manier willen patiënten van sector B geïnformeerd worden over het vertrek en de nazorg van de verpleegafdelingen?

De algemene doelstelling voor het onderzoek luidt als volgt: *De artsen en verpleegkundigen van de afdelingen KNO en MDL kunnen op basis van de uitkomsten van het onderzoek en het advies, de patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg aanpassen aan de behoeften van de patiënten en aan de eigen professionele standaard.*

Naar aanleiding van de onderzoeksopzet is er een secundaire analyse gedaan, waarin beschreven is wat patiënten van het UMCG vinden van de patiëntencommunicatie op het gebied van vertrek en nazorg. De secundaire analyse bestaat uit een analyse van de Kernvragenlijst Patiënttevredenheid Academische Ziekenhuizen (KPAZ) en uit een analyse van patiënteninterviews.

Uit de secundaire analyse blijkt dat de informatie die aan patiënten aangeboden wordt in ieder geval informatie moet bevatten over de leefstijlregels, medicijnen, mogelijke klachten en het vervolgtraject. Patiënten moeten vertrouwen hebben in het ontslag. De manier waarop de artsen en verpleegkundigen met de patiënt communiceren, moet aangepast zijn aan de patiënt. Elke patiënt is namelijk verschillend. Het is belangrijk dat de patiënt serieus genomen wordt, dat artsen en verpleegkundige dezelfde informatie aan de patiënt aanbieden en dat er geen

vakjargon gebruikt wordt. Tevens is het belangrijk dat er gecontroleerd wordt of de patiënt de informatie begrepen heeft en of hij of zij nog vragen heeft. De patiënt moet de mogelijkheid hebben om vragen te kunnen en durven te stellen. De overdracht tussen verpleegkundigen en artsen moet met elkaar overeenstemmen en er mag geen informatie vergeten worden.

Het informeren van de huisarts over de patiënt is belangrijk. Wanneer er eventuele complicaties optreden na het ontslag is de huisarts van de prognose, de behandeling en het vervolgtraject op de hoogte.

Sommige patiënten geven aan geen privacy te hebben op de verpleegafdelingen. Hierdoor worden niet alle vragen gesteld die een patiënt wil stellen, doordat andere mensen mee kunnen luisteren. Ten slotte hebben patiënten aangegeven, dat ze de telefonische evaluatie na het ontslag erg waarderen. Het biedt de patiënt de mogelijkheid om vragen te stellen.

Om antwoord te geven op de probleemstelling en de onderzoeksvragen is er tevens een kwalitatief onderzoek gehouden door middel van interviews. Tijdens de diepgaande gesprekken met de hoofdverpleegkundigen, regieverpleegkundigen, de zaalartsen en de diëtisten van de verpleegafdelingen KNO en MDL is er inzicht verkregen in de feitelijke situatie en het algemene beeld wat de respondenten hebben over de patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg.

Om het aspect vertrek en nazorg van het UMCG te vergelijken met het vertrek en de nazorg van andere UMC's is er gekeken hoe deze UMC's scoren in de KPAZ. Hieruit blijkt dat het UMCG vergeleken met andere UMC's redelijk scoort op het gebied van vertrek en nazorg. Naar aanleiding van de KPAZ hebben de UMC's verbeteracties opgesteld om de activiteiten binnen de ziekenhuizen te verbeteren. De verbeteractiviteiten van de andere UMC's rondom vertrek en nazorg zijn voornamelijk het nabellen na ontslag, duidelijke ontslagprocedures, verbetering in de ontslagbrieven aan de huisartsen en het opstellen van checklisten.

In de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is in 1995 vastgelegd wat de rechten en plichten van patiënten en specialisten zijn. Hierin is vastgelegd dat patiënten onder andere recht hebben op informatie in begrijpelijke taal en dat artsen en verpleegkundigen de plicht hebben om patiënten te informeren.

Naar aanleiding van het theoretisch kader, de interne analyse, de secundaire analyse, de externe invloeden en de resultaten van de interviews is een SWOT-analyse gemaakt. Hierin komen de sterktes (Strengths), zwaktes (Weaknesses), kansen (Opportunities) en bedreigingen (Threats) rondom het aspect vertrek en nazorg naar voren. Deze zijn in een confrontatiematrix gekoppeld, waaruit weer strategieën voortkomen.

Een strategie die hieruit naar voren komt is het vaststellen van richtlijnen, waarin is vastgesteld wie wat doet op welk moment. Ook de vaste overlegmomenten en welke informatie aan de patiënt aangeboden moet worden wordt vastgelegd in de richtlijnen. Tevens komt er als strategie naar voren dat als er geen specifieke ontslagdatum bekend is, de patiënten geïnformeerd worden over de minimale duur van de behandeling.

Naar aanleiding van het onderzoek zijn er resultaten geformuleerd. Het doel van patiëntenvoorlichting is dat de patiënt geïnformeerd wordt over de ziekte. Hierdoor wordt zijn of haar houding en gedrag ten opzichte van de ziekte veranderd. Tevens heeft de communicatie met de patiënt als doel de patiënt vaardigheden te leren om met de ziekte om te gaan. Door middel van voorlichting over het ontslag en de nazorg worden patiënten hierover geïnformeerd. De patiënt moet de informatie horen, begrijpen en interpreteren zoals de arts of de verpleegkundige de informatie bedoeld heeft. Wanneer dit gebeurt is de communicatie effectief. Het is belangrijk dat de informatie herhaalt wordt en op verschillende momenten aan de patiënt aangeboden wordt.

De verpleegafdelingen hebben geen richtlijnen voor het informeren van patiënten. Er zijn geen afspraken over wie wat doet op welk moment. Voordat de opname plaatsvindt,

ontvangt de patiënt op de polikliniek vaak al informatie over het zorgtraject. Tijdens het opnamegesprek wordt aan de patiënt het zorgtraject uitgelegd. Vlak voor de patiënt met ontslag gaat wordt de patiënt geïnformeerd over het ontslag.

Op de verpleegafdeling MDL is het ontslag van patiënten vaak een dag voor het ontslag bekend. Hierdoor komt het ontslag voor patiënten, verpleegkundigen en andere disciplines zoals diëtisten onverwacht.

Naar aanleiding van het onderzoek zijn er algemene aanbevelingen en conclusies voor sector B en aanvullende aanbevelingen specifiek voor de verpleegafdelingen KNO en MDL geformuleerd.

De algemene aanbevelingen/conclusies voor sector B zijn het herhalen van informatie, de inhoud van de informatie in duidelijke taal aanbieden en tijdigheid. Dit betekent dat patiënten zo vroeg mogelijk geïnformeerd dienen te worden over het ontslag. Tevens is eenduidigheid tussen specialisten belangrijk, zodat er geen onduidelijkheden ontstaan. Ook wordt er aanbevolen dat de informatieoverdracht vastgesteld dient te worden en dat de overdracht naar de huisarts vlot moet verlopen. Ten slotte is het nabellen na ontslag een aanbeveling aan de sector. Tijdens het telefoongesprek hebben patiënten de mogelijkheid om vragen te stellen en om eventuele onduidelijkheden te bespreken. Het nabellen na ontslag hoeft niet bij elke patiënt plaats te vinden. Tijdens het ontslag kan er aan de patiënt gevraagd worden of de patiënt hier behoefte aan heeft. Wanneer de patiënt hier behoefte aan heeft belt dezelfde verpleegkundige als bij het ontslag de patiënt thuis op. De verpleegkundige weet dan om welke patiënt het gaat en met welk ziektebeeld de patiënt te maken heeft. Door een vast tijdstip af te spreken kan hiermee in de planning rekening gehouden worden.

Concluderend is de belangrijkste aanbeveling voor sector B het opstellen van richtlijnen waarin de bovengenoemde punten vastgelegd zijn. Kortom wie doet wat op welk moment. Op deze manier kan de sector de

patiëntenvoorlichting aan de behoeften van de patiënten en aan hun professionele standaard aanpassen. Door middel van overleg tussen de artsen en verpleegkundigen kan er vastgesteld worden wie wat doet op welk moment.

Naast het opstellen van richtlijnen dient er rekening gehouden te worden met de kennis 'gaps' die patiënten na het ontslag kunnen ervaren. Om hierop in te kunnen spelen dient hier verder onderzoek naar gedaan te worden. Tevens moet er rekening gehouden worden met de informatiebehoeften van de verschillende patiënttypes op de verpleegafdelingen. Om de informatie aan de behoeften van de patiënt aan te passen dient er op de verpleegafdelingen van te voren gekeken te worden wat voor patiënttypes er voornamelijk op de afdeling liggen. Om hier inzicht in te krijgen wordt er aanbevolen de verschillende patiënttypes door middel van een onderzoek te analyseren.

4

Voor de twee afdelingen KNO en MDL zijn specifieke aanvullende aanbevelingen geformuleerd.

Aan de verpleegafdelingen KNO en MDL wordt aanbevolen om naast het opstellen van de richtlijnen, de zorg bij het ontslag door de patiënt te laten evalueren. Op deze manier is de afdeling direct op de hoogte van de mogelijke verbeterpunten op het gebied van vertrek en nazorg.

De verpleegafdeling MDL wordt tevens aanbevolen om de patiënt te informeren over de minimale opnameduur wanneer een precieze ontslagdatum niet bekend is. Op deze manier weet de patiënt hoelang hij of zij in ieder geval opgenomen is.

Inleiding

Dit rapport is het resultaat van het onderzoek naar de patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg van patiënten van sector B van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Het onderzoeksrapport is specifiek gericht op de verpleegafdelingen van sector B Keel-, Neus- en Oorheelkunde (KNO) en Maag-, Darm- en Leverziekten (MDL). Dit project is in opdracht van drs. C. van Well, stafadviseur bij het bedrijfsbureau van sector B.

In dit rapport wordt de literatuur met betrekking tot (patiënten)communicatie beschreven en wordt er een secundaire analyse gegeven over de meningen van patiënten over vertrek en nazorg. Ook de interne analyse, de externe invloeden en de beleidsvorming ontbreken niet in dit rapport. Tevens bevat dit rapport resultaten van het kwalitatief onderzoek op de verpleegafdelingen KNO en MDL. Het rapport wordt afgesloten met de resultaten en met de conclusies/aanbevelingen voor sector B en voor de verpleegafdelingen KNO en MDL van het UMCG.

Hieronder staat beschreven waar de hoofdstukken uit bestaan. In hoofdstuk één is de globale opdrachtbeschrijving vermeld waarin het project beschreven wordt. Hoofdstuk twee beschrijft de interne analyse op basis van het 7S-model. Alle zeven 'S'en worden in dit hoofdstuk uitgewerkt en zijn gebaseerd op sector B van het UMCG.

Hoofdstuk drie bestaat uit het theoretisch kader, waarin verschillende communicatiewetenschappelijke artikelen over (patiënten)communicatie en patiëntencommunicatie op het gebied van vertrek en nazorg te vinden zijn. Na het theoretisch kader volgt in hoofdstuk vier de onderzoeksopzet. In de onderzoeksopzet wordt ingegaan op de probleemstelling met de daarbij behorende onderzoeksvragen, doelstellingen en onderzoeksvorstellen.

Hoofdstuk vijf is gewijd aan de secundaire analyse, waarin staat wat patiënten van het UMCG en patiënten van andere UMC's vinden van de patiëntencommunicatie op het gebied van vertrek en nazorg. De secundaire analyse bestaat uit een analyse van de Kernvragenlijst Patiënttevredenheid Academische Ziekenhuizen (KPAZ) en uit een analyse van patiënteninterviews.

Hoofdstuk zes beschrijft de externe invloeden. In dit hoofdstuk worden de resultaten op het gebied van vertrek en nazorg in het UMCG vergeleken met de andere UMC's. Vervolgens worden de verbeteractiviteiten van de andere UMC's op het gebied van vertrek en nazorg beschreven. Hierna komen de rechten en plichten van zowel de artsen en verpleegkundigen als van de patiënten aan bod.

De resultaten van de interviews met verpleegkundigen, artsen en diëtisten van de verpleegafdelingen KNO en MDL staan beschreven in hoofdstuk zeven. Naar aanleiding van het theoretisch kader, de interne analyse, de secundaire analyse, de externe invloeden en de resultaten van de interviews is de beleidsvorming in hoofdstuk acht opgesteld. Hierin staat de SWOT-analyse centraal. In deze analyse komen de sterke en zwakke punten en de kansen en de bedreigen naar voren. Dit leidt tot een confrontatiemix waarin de verschillende aspecten aan elkaar gekoppeld zijn.

In hoofdstuk negen staan de resultaten van het onderzoek vermeld. Hierin wordt antwoord gegeven op de probleemstelling en de daarbij behorende onderzoeksvragen. Naar aanleiding van de resultaten zijn er conclusies/aanbevelingen geformuleerd. Deze zijn voor sector B beschreven in hoofdstuk tien en specifiek voor de verpleegafdelingen KNO en MDL in hoofdstuk elf.

VERTROUWELIJK

1 Globale opdrachtbeschrijving

Het project 'Patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg' is een onderdeel van de patiëntencommunicatie van sector B van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Sector B bestaat uit de afdelingen chirurgie, kaakchirurgie en orthodontie, keel-, neus- en oorheelkunde, maag-, darm- en leverziekten, oogheelkunde, orthopedie en plastische chirurgie.

Gedurende zeventien weken wordt er gewerkt aan een onderzoek, algemene aanbevelingen en twee afdelingspecifieke aanbevelingen voor het bedrijfsbureau van sector B, in opdracht van drs. C. van Well, stafadviseur bij het bedrijfsbureau van sector B.

Het project is gericht op de patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg op de verpleegafdelingen van sector B en is specifiek gericht op de verpleegafdelingen KNO (Keel-, Neus- en Oorheelkunde) en MDL (Maag-, Darm- en Leverziekten) van het UMCG. Deze twee afdelingen zijn de pilot afdelingen. Uit onderzoek in opdracht van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), blijkt dat het aspect vertrek en nazorg bij de verpleegafdelingen van sector B van het UMCG verbeterd kan worden.

Door middel van onderzoek is er gekeken hoe de communicatie op het gebied van vertrek en nazorg verloopt en hoe dit eventueel verbeterd kan worden. Dit resulteert in algemene communicatieaanbevelingen voor sector B. Na de kwalitatieve onderzoeken op de twee verpleegafdelingen, worden er twee specifieke communicatieaanbevelingen gegeven voor de verpleegafdelingen KNO en MDL. Het project is een onderdeel van het project 'Klanttevredenheid' waarin het onderwerp vertrek en nazorg centraal staat.

Gedurende het project zal er onder andere samengewerkt worden met de opdrachtgeefster drs. C. van Well, medewerkers van het bedrijfsbureau van sector B, verpleegkundigen en artsen van de medische afdelingen en zorgfaciliteiten KNO en MDL en met patiëntencommunicatieadviseurs van andere sectoren in het UMCG.

Noot: In Bijlage 1 vindt u de uitleg van de afkortingen.

VERTROUWELIJK

2 Interne analyse

Dit hoofdstuk beschrijft de interne analyse aan de hand van het 7S-model. De interne analyse is gericht op sector B van het UMCG. Sommige managementinstrumenten van het 7S-model belichten ook het UMCG en/of de verpleegafdelingen KNO en MDL, als dit van toegevoegde waarde is voor het onderzoek.

Men zet het 7S-model vaak in om de prestaties van een organisatie te analyseren. Het model bestaat uit zeven managementinstrumenten, die allemaal belangrijk zijn en sterk met elkaar samenhangen. De managementinstrumenten zijn verdeeld in een harde en in een zachte kant. Tot de harde kant behoren strategy (strategie), structure (structuur) en systems (systemen) en tot de zachte kant skills (vaardigheden), staff (staf), style (stijl van het management) en shared values (significante waarden) (Dam & Marcus, 2005).



Figuur 1: 7-S model
(<http://triggermanagement.nl/images/7smodel.gif>
10-03-2009).

2.1 Structuur

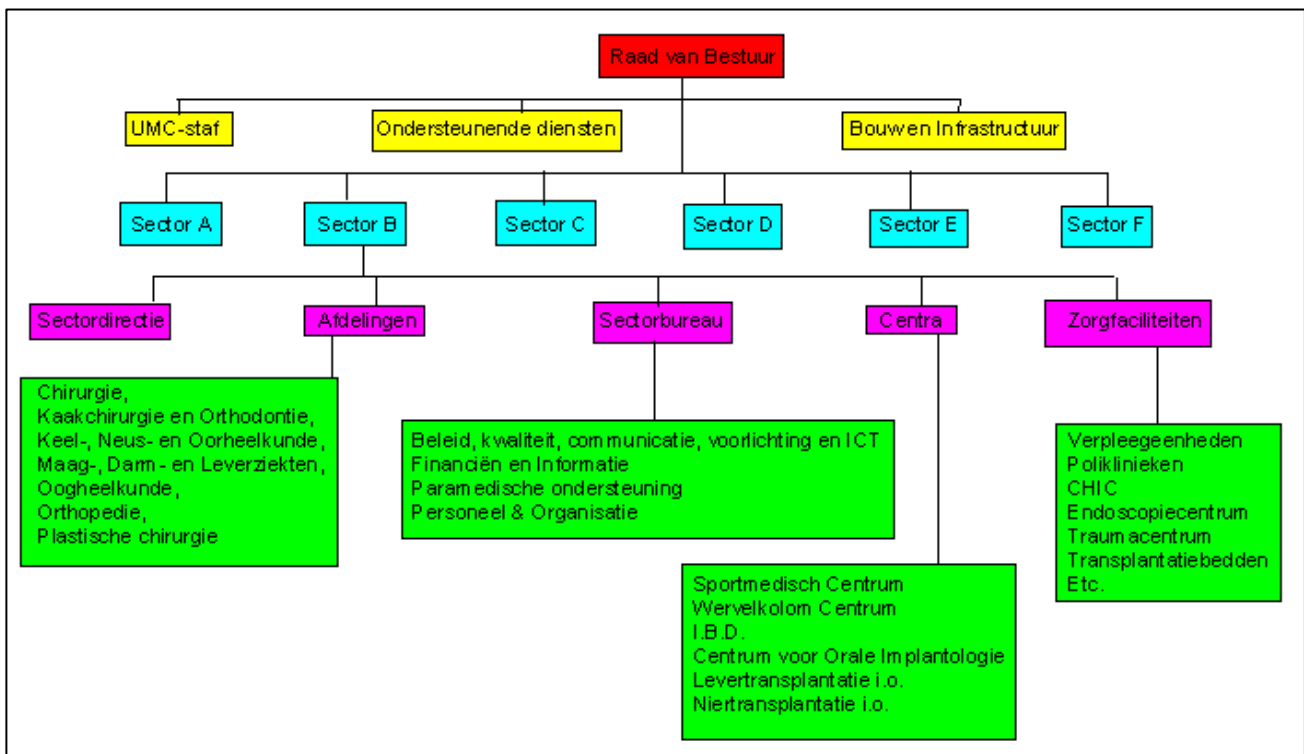
2.1.1 UMCG

Sinds 2005 is het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG) het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) geworden. Het UMCG is een samenwerkingsverband tussen het AZG en de Faculteit der Medische Wetenschappen (FMW) een onderdeel van de Rijksuniversiteit Groningen.

“Het UMCG is een lijnorganisatie met een decentraal management, dat handelt binnen de door de Raad van Bestuur afgegeven kaders. Sinds 1 januari 2007 is een nieuwe organisatiestructuur ingevoerd, waarin de zorg rondom de patiënt is georganiseerd en de algemene ondersteuning dicht bij het primaire proces plaatsvindt.” (UMCG Intranet, 2009¹). Het organogram van de nieuwe organisatiestructuur van het UMCG is te vinden in Bijlage 2. Op de volgende pagina staat een zelfgemaakte, compacte versie van de organisatiestructuur afgebeeld.

“Afdelingshoofden en managers van de zorgfaciliteit(en) zijn in collegiaal management verantwoordelijk voor een goed verloop van de zorg op basis van het medische beleid.” (UMCG Intranet, 2009¹). De afdelingshoofden vallen hiërarchisch onder de Raad van Bestuur en voor operationele zaken onder de sectordirecteuren. De Raad van Bestuur wordt ondersteund door de UMC-staf, Bouw & Infrastructuur en de Ondersteunende Diensten (UMCG Intranet, 2009¹).

“Alle medische afdelingen, discipline groepen, (zorg)faciliteiten, centra en bedrijfsbureaus zijn ingebed in een sector.” (UMCG Intranet, 2009¹). De nieuwe organisatiestructuur kent zes verschillende sectoren. Het



Figuur 2: organogram sector B

onderzoek is gericht op sector B 'Kortdurende zorg en buik'.

2.1.2 Sector B

Sector B van het UMCG bestaat uit de organisatieonderdelen sectordirectie, afdelingen, sectorbureau, centra en zorgfaciliteiten. De sector bestaat uit zeven afdelingen:

- Chirurgie
- Kaakchirurgie en Orthodontie
- Keel-, Neus- en Oorheelkunde
- Maag-, Darm- en Leverziekten
- Oogheelkunde

- Orthopedie
- Plastische chirurgie.

Elke sector kent een sectordirecteur die verantwoordelijk is voor de operationele en organisatorische zaken van de sector. De sectordirecteur wordt ondersteund door een bedrijfsbureau.

Het sectorbureau bestaat uit vier ondersteuningsteams:

- Beleid, kwaliteit, communicatie, voorlichting en ICT
- Financiën en Informatie
- Paramedische ondersteuning
- Personeel & Organisatie.

De centra binnen de sector zijn zelfstandige eenheden voor multidisciplinaire patiëntenzorg. Deze eenheden zijn beschreven in het Organogram in Bijlage 2 en in het compacte schema hierboven. De zorgfaciliteiten binnen de sector staan hier ook in beschreven (UMCG Intranet, 2009²).

2.1.3 KNO

De afdeling KNO (Keel-, Neus- en Oorheeskunde) bestaat uit “het specialisme KNO-heelkunde en hoofd halschirurgie, het Universitair Audiologisch Centrum (UAC), een verpleegafdeling en een polikliniek.” (UMCG Intranet, 2009³). In de polikliniek vinden de meeste onderzoeken en een aantal behandelingen plaats.

Het specialisme KNO houdt zich bezig met aandoeningen en ziekten van keel, neus en oren. Verder houdt het specialisme zich bezig met aandoeningen van de hals- en speekselklieren, afwijkingen in de slokdarm, communicatieve stoornissen, duizeligheidsklachten en evenwichtsstoornissen en met allergieën van de bovenste luchtwegen.

Het management van de afdeling KNO bestaat uit het afdelingshoofd, het hoofd UAC, de manager, de hoofdverpleegkundige en het hoofd zorgadministratie. Het dagelijks bestuur wordt gevormd door het afdelingshoofd, de manager, het hoofd UAC, de chef de clinique en de hoogleraar audiologie.

2.1.4 MDL

MDL (Maag-, Darm- en Leverziekten) bestaat uit een afdeling en uit een zorgfaciliteit. Tot de afdeling MDL behoren de medische staf en facultaire medewerkers. Tot de zorgfaciliteit MDL behoren het endoscopiecentrum, het IBD-centrum, de polikliniek en de verpleegafdeling (UMCG Intranet, 2009⁴).

Op de polikliniek MDL vinden onderzoeken en behandelingen plaats van patiënten met onder andere:

- Ontsteking van de slokdarm
- Galwegstenen
- Hepatitis (leverontsteking)
- Alveesklierontsteking (pancreatitis)
- De ziekte van Crohn (chronische ontsteking van de dikke en dunne darm)
- Kanker van het darmkanaal.

Verder speelt het specialisme een centrale rol bij levertransplantaties (UMCG, 2009³).

2.2 Strategie

De doelstellingen, de missie en de visie van het UMCG en van Sector B zijn beschreven in Bijlage 3.

2.3 Systemen

Binnen sector B vinden verschillende overleggen tussen verschillende medewerkers en tussen medewerkers en hun leidinggevenden plaats. Ook op de verpleegafdelingen KNO en MDL vinden verschillende overleggen plaats. Al deze overleggen zijn beschreven in Bijlage 3.

2.4 Stijl van het management

Binnen de leidinggevende structuur van sector B zijn er drie vormen van aansturing:

- Hiërarchische aansturing
- Operationele aansturing
- Functionele aansturing.

De drie vormen van aansturing bij het UMCG en de sector zijn te vinden in Bijlage 3.

2.5 Staf

Het hoofd bedrijfsbureau, de coördinator van de ondersteuningsteams en de medewerkers van het bedrijfsbureau worden beschreven in Bijlage 3.

2.6 Sleutelvaardigheden

2.6.1 UMCG

Het UMCG is het grootste ziekenhuis van het noorden en werkt op het allerhoogste niveau in zorg, medisch onderzoek, opleiding en onderwijs. Het ziekenhuis speelt een belangrijke rol bij nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Er wordt continue onderzoek uitgevoerd naar nieuwe technieken en behandelingen, nieuwe medicijnen en naar nieuwe vormen van zorg. In het UMCG worden operaties en behandelingen uitgevoerd die in geen ander ziekenhuis uitgevoerd worden. Zoals vormen van topreferente en topklinische zorg. Verder heeft het UMCG samenwerkingsverbanden met andere zorginstellingen en verpleeghuizen. Het UMCG verzorgt verschillende medische opleidingen, zoals Geneeskunde en Tandheelkunde, is betrokken bij verschillende opleidingen zoals Life Sciences en het UMCG leidt verpleegkundigen op. Het UMCG biedt bijscholingscursussen aan en verzorgt interne opleidingen. Tevens vinden er nationale en internationale congressen en symposia plaats (UMCG, 2009¹; UMCG, 2009²).

2.6.2 Zorgtrajecten

Vanaf het moment dat patiënten naar de huisarts gaan doorlopen ze meestal de volgende stappen:

- Verwijzing van de huisarts
- Intake in het ziekenhuis
- Diagnostiseren
- Behandelen
- Nazorg verlenen
- Vervolgzorg.

Dit wordt een zorgketen genoemd.

Binnen het UMCG zijn er zorgtrajecten. “Een zorgtraject omvat de activiteiten met betrekking tot intake, diagnostiek, behandeling en nazorg van een specifieke patiëntencategorie, waarbij continuïteit van zorg een essentieel aandachtspunt is.” (Presentatie Negenstappenplan, 2009, dia 4). De verwijzing en de vervolgzorg valt hier dus buiten. Door middel van zorgtrajecten wordt de intake, de diagnose, de behandeling en de nazorg voor patiënten gestructureerd, gestuurd en inzichtelijk gemaakt. Dit geldt ook voor de verwijzers, de teamleden, het management en voor andere betrokkenen (Presentatie Negenstappenplan, 2009).

2.6.3 Sector B

Binnen de sector is het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek, opleiding en onderwijs een belangrijke sleutelvaardigheid. Kwaliteit en patiënttevredenheid is voor de sector erg belangrijk (Reorganisatiedeelplan, 2007).

2.7 Significante waarde

2.7.1 UMCG

De overgang naar een nieuwe organisatie betekent voor het UMCG ook een cultuurverandering. “De Raad van Bestuur erkent het grote belang van een andere wijze van denken en handelen: minder ‘top-down’ en meer eigen initiatief en horizontale samenwerking.” (UMCG Intranet, 2009⁵). De Raad van Bestuur ontwikkelt de randvoorwaarden voor de cultuurverandering (UMCG Intranet, 2009⁵).

2.7.2 Sector B

In sector B wordt een ondernemende cultuur gestimuleerd. Hierbij staan de volgende uitgangspunten centraal:

- Professionaliteit
- Betrokkenheid
- Transparantie
- Bedrijfsmatige manier van werken en denken (Reorganisatiedeelplan, 2007).

Hieronder staan een aantal kenmerken van de cultuur beschreven:

- “Het is de intentie van de sector om het verkeer tussen afdelingen onderling en tussen afdelingen, taakgroepen en zorgfaciliteiten - zowel binnen als buiten de sector - in een dergelijke geest te laten plaatsvinden.
- Groepen die een zorgtraject vormgeven of anderszins samenwerken voor een patiëntengroep, voelen zich gezamenlijk verantwoordelijk voor de betreffende patiëntengroep.
- In de sector heerst een cultuur waar medewerkers zich trots voelen op wat zij bereiken in het kader van de patiëntenzorg, het onderzoek, de opleiding en het onderwijs en zich daar ook optimaal voor inzetten.
- Afspraak is afspraak: de relatie tussen onderdelen van de sector (en met andere sectoren) wordt vormgegeven via afspraken. Juist om bepaalde kwaliteitsaspecten rond de logistiek in het zorgtraject veel harder te kunnen afspreken/garanderen is het noodzakelijk dat betrokkenen van elkaar op aan kunnen en voldoende informeel en formeel regelvermogen hebben. Dit geldt ook voor afspraken over onderwijs, opleiding en onderzoek.”

(Ontwikkelingsplan sector B, 2006, p.9).

VERTROUWELIJK

3 Theoretisch kader

In dit theoretisch kader wordt er beschreven wat het begrip communicatie inhoudt. Dit is belangrijk om te weten voordat er een advies gegeven kan worden over de optimale communicatie. Vervolgens wordt in het theoretisch kader de patiëntencommunicatie en de patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg beschreven. In dit theoretisch kader zijn verschillende theorieën beschreven die belangrijk of toepasbaar zijn op het onderzoek.

3.1 Communicatie

Stappers (1988) beschrijft in zijn artikel de ontwikkeling van een basismodel voor communicatie. Hierin worden de basisprincipes van communicatie uitgelegd. Communicatie is het aanbieden van boodschappen door zenders aan ontvangers. De zender is degene die de boodschap stuurt en de ontvanger is degene die de boodschap ontvangt. Er wordt een onderscheid gemaakt in een boodschap en een mededeling. Een boodschap is bijvoorbeeld de klanken die de zender voortbrengt en is stoffelijk. De mededeling zijn de gedachten, gevoelens en/of de kennis van de zender en is in de boodschap vervat.

Bij communicatie gaat het om waarneembaar gedrag tussen mensen. De zender of de ontvanger moet een bepaalde intentie hebben, er wordt geprobeerd een bepaald doel te behalen. Er is sprake van informatie-transmissie. De informatie wordt overgedragen door middel van woorden, tekens of symbolen. Dit is een belangrijke theorie voor het onderzoek, omdat een arts of verpleegkundige als doel heeft de patiënt te informeren over bijvoorbeeld het ontslag uit het ziekenhuis. De deskundige probeert de informatie over het ontslag door middel van woorden over te dragen naar de patiënt (Stappers, 1988).

3.2 Het communicatieproces

Olsthoorn en Van der Velden (2002) besteden aandacht aan de actuele stand van zaken en relevante ontwikkelingen op het gebied van communicatie. De auteurs beschrijven hierbij onder andere het communicatieproces. Deze theorie vind ik belangrijk omdat er tussen patiënten en artsen en verpleegkundigen sprake moet zijn van een communicatieproces wil de communicatie effectief zijn. Volgens Olsthoorn en Van der Velden is er sprake van een communicatieproces wanneer boodschappen daadwerkelijk uitgewisseld worden tussen mensen. Deze boodschappen worden bewust en onbewust verzonden, ontvangen en geïnterpreteerd. De zender biedt de ontvanger een informatiebron aan, de zender hoopt dat de ontvanger uit deze informatiebron informatie haalt. Dit betekent dat de arts of verpleegkundige informatie uitwisselt met de patiënt. De arts of de verpleegkundige hoopt dat de patiënt uit de informatiebron die hij of zij aanbiedt informatie haalt waar de patiënt iets mee kan. De patiënt bepaalt alleen zelf of hij of zij ook daadwerkelijk informatie haalt uit de boodschap die de arts of verpleegkundige aanbiedt. Artsen en verpleegkundigen kunnen niet bepalen wat de patiënt met de boodschap doet.

In een communicatieproces kan er ruis (storing) optreden bij het zenden en ontvangen van de boodschap. Voorbeelden van ruis waarbij de juiste interpretatie moeilijker wordt zijn:

- Emotionele factoren
- Moeilijk en/of onduidelijk taalgebruik.

Het is mogelijk dat een patiënt emotioneel is door zijn aandoening en hierdoor de informatie die de arts geeft niet opslaat en niet onthoudt. In dit geval treedt er ruis op. Ook kan het voorkomen dat de arts in medisch jargon praat

waardoor de patiënt de arts niet begrijpt. Ook hier is er dan sprake van ruis (Olsthoorn & Velden, 2002).

3.3 Effectieve communicatie

Andere theorieën die relevant zijn voor het onderzoek zijn de theorie van De Haes, Hoos en Van Everdingen (1999), de theorie van Damoiseaux (1988²) en de theorie van Maertens en Maris over effectieve communicatie.

3.3.1 De Haes, Hoos en Van Everdingen

De Haes, Hoos en Van Everdingen (1999) geven een reactie op maatschappelijke veranderingen en wetenschappelijke ontwikkelingen, waarbij de communicatie tussen arts en patiënt opnieuw bezien en beschreven is. Volgens de auteurs is communicatie pas effectief als de ontvanger de informatie hoort, begrijpt en interpreteert zoals deze bedoeld is. Verder moet de ontvanger de informatie eigen maken en onthouden. De communicatie naar patiënten toe is dus pas effectief als de patiënt de informatie hoort, begrijpt en interpreteert zoals de arts of verpleegkundige bedoeld heeft. Van de patiënt wordt verwacht dat hij of zij de informatie eigen maakt en onthoudt.

3.3.2 Damoiseaux

Damoiseaux (1988²) beschrijft het effect van communicatie. Volgens hem wordt het effect van de communicatie beïnvloed door vier factoren aan de kant van de zender, namelijk van de:

- Eigenschappen van de communicator
- Geloofwaardigheid van de bron
- Attractiviteit van de bron
- Macht.

Dit betekent dat communicatie effect heeft als de arts of verpleegkundige deskundig is op het gebied van communiceren en dat bijvoorbeeld de arts betrouwbaar is. Verder moet er aantrekkingskracht zijn tussen de arts en de

patiënt en is er sprake van een vorm van geestelijke macht (Damoiseaux, 1988²).

3.3.3 Maertens en Maris

Maertens en Maris (2000) beschrijven de basis van succesvolle voorlichting. De basis van succesvolle voorlichting is een goede verstandhouding tussen de patiënt en de verpleegkundige. Daarbij moet de patiënt de verpleegkundige vertrouwen en zich prettig voelen. De verpleegkundige moet de patiënt leren kennen door te luisteren, te kijken en door vragen te stellen. Wanneer dit gebeurt, kan de verpleegkundige de patiënt voorlichten op een manier die qua inhoud en vorm past bij de patiënt.

Volgens de auteurs hebben patiënten niet alleen recht op goede voorlichting, het zorgt er ook voor dat patiënten beter contact hebben met artsen en verpleegkundigen, het helpt bij de genezing en levert minder problemen op bij verder herstel. Patiënten willen weten wat hen te wachten staat en hoe er met lastige situaties en problemen omgegaan kan worden.

Wil de voorlichting effect hebben dan moet er rekening gehouden worden met de volgende voorlichtingsstappen:

- Openstaan
 - Begrijpen
 - Willen
 - Doen
 - Blijven doen
- (Maertens & Maris, 2000).

3.4 Scientific model

Vergelijkbaar met de theorie van Stappers is de theorie van Bauer (1964) over het beïnvloedingsproces van sociale communicatie. Bauer maakt een onderscheid in twee modellen op het gebied van sociale communicatie. Namelijk het social model en het scientific model. Dit laatste model is van toepassing op de relatie tussen patiënten en artsen of verpleegkundigen.

In het scientific model kan communicatie gezien worden als een transactieproces. Dit betekent dat niet alleen de zender, maar ook de ontvanger invloed heeft in het communicatieproces. Deze partij bepaalt zelf wat hij of zij waarneemt en selecteert uit het informatieaanbod van de zender. Namelijk datgene wat hij of zij bruikbaar of nuttig vinden.

Deze theorie is belangrijk voor het onderzoek omdat patiënten een grote rol in het communicatieproces spelen. Zij selecteren namelijk zelf de informatie die wordt aangeboden en bepalen welke informatie zij wel of niet tot zich nemen. Wanneer de gegeven informatie bijvoorbeeld niet over de klachten van de patiënten gaat, zal de patiënt deze informatie niet bruikbaar vinden en waarschijnlijk niet tot zich nemen (Bauer, 1964).

3.5 Voorlichting

Pos en Bouwens (2003) geven een overzicht van verschillende voorlichtingsmethodieken die gericht zijn op patiënten en waaruit de patiëntenvoorlichting zich verder kan ontwikkelen. In dit review staan de theorie en de praktijk centraal. De auteurs beschrijven communicatiemodellen die te maken hebben met de kwaliteit van de dialoog tussen de verschillende betrokkenen.

Binnen de communicatiewetenschappen worden er drie perspectieven onderscheiden in onderzoek naar de effecten van voorlichting. Namelijk voorlichting als transfer, voorlichting als interventie en voorlichting als dialoog.

Bij voorlichting als transfer wordt er verondersteld dat de ontvanger de boodschap precies zo interpreteert als de zender dat wil. Bij voorlichting als interventie wordt er rekening mee gehouden dat het probleem van de voorlichter niet altijd het probleem van de ontvanger is. De ontvanger denkt na over dingen en bepaalt zelf of hij of zij behoefte heeft aan een boodschap. Bij voorlichting als dialoog wordt de ontvanger als zelfstandig handelend

persoon gezien die de boodschappen interpreteert en deze op basis van zijn of haar eigen belangen en doelen van betekenis voorziet. Het is belangrijk dat artsen en verpleegkundigen weten dat de patiënt de informatie die wordt aangeboden zelf interpreteert en op basis van zijn of haar eigen belangen, bijvoorbeeld genezen, van betekenis voorziet. Dit kan betekenen dat de patiënt de informatie die de arts of verpleegkundige aanbiedt niet interpreteert zoals de arts of verpleegkundige bedoeld heeft (Pos & Bouwens, 2003).

3.6 Definitie patiëntenvoorlichting

Damoiseaux (1988¹) definieert en ontleedt in zijn artikel de patiëntenvoorlichting. Volgens de auteur is de kern van patiëntenvoorlichting dat de patiënt de ontvangen kennis en inzichten kan toepassen in zijn eigen specifieke situatie. "Onder patiëntenvoorlichting verstaan wij een planmatig leer- en/of communicatieproces met een gericht doel dat in samenspraak met de patiënt wordt geformuleerd om zodanige veranderingen in kennis, inzicht, vaardigheden, attitude en gedrag te bewerkstelligen dat een gunstige invloed op het genezingsproces en het omgaan met (restanten van) ziekte verwacht mag worden." (Damoiseaux, 1988¹, p.4).

3.7 Sense-making approach

Een theorie die niet mag ontbreken voor het onderzoek is de theorie van Dervin (1989) over de 'sense-making approach'. Hierin staat de volgende vraag centraal: hoe geeft iemand zin aan informatie die hij of zij krijgt? De ontvanger verleent altijd eerst zelf betekenis aan informatie die hij of zij belangrijk vindt. Daarnaast is het tijdstip waarop iemand informatie nodig heeft belangrijk. De ontvanger neemt niet in één brok informatie op, maar gaat op bepaalde tijdstippen op zoek naar stukjes informatie. Wanneer de ontvanger bijvoorbeeld een kennis 'gap'

ervaart zal hij of zij op zoek gaan naar informatie om deze 'gap' op te vullen.

Voor het geven van goede patiëntenvoorlichting is het van belang om te weten hoe de patiënt de verschillende situaties ziet. Welke 'gaps' ervaart de patiënt in verschillende situaties en op welke manier vullen patiënten deze op. Het is belangrijk dat patiënten de informatie verspreid aangeboden krijgen en niet alles in één keer horen. Op die manier wordt er namelijk weinig informatie opgenomen.

3.8 Informatiebehoeften

3.8.1 Behoeftte volgens Terra, Van Mechelen-Gevers & Van der Burgt

Om een goed advies te kunnen geven is het belangrijk om van de informatiebehoeften van patiënten op de hoogte te zijn. Terra, Van Mechelen-Gevers en Van der Burgt (2004) beschrijven de informatiebehoeften van patiënten. "De informatiebehoefte is afhankelijk van de persoon, het gezondheidsprobleem, de conditie en emoties op het moment van de voorlichting, de situatie en de manier waarop hij omgaat met zijn ziekte en beperkingen." (Terra, Mechelen-Gevers et al., 2004, p.94). Hierbij spelen leeftijd en opleidingsniveau een minder grote rol. Wanneer patiënten geïnformeerd worden is de interactie en de inbreng van de patiënten belangrijk. "Hoe actiever hij deelneemt, des te groter is de kans dat hij de door hem gewenste informatie krijgt en dat hij daar iets mee kan." (Terra, Mechelen-Gevers et al., 2004, p.100).

3.8.2 Behoeften volgens Dyunhouwer en Mistiaen

Door het Onderzoekscentrum 1° – 2° lijn VU ziekenhuis is er in 1996 onderzoek gedaan naar de informatiebehoeften van patiënten. Dit in het kader van een onderzoek naar de problemen van patiënten na ontslag uit het ziekenhuis. Dyunhouwer en Mistiaen (1996) gaan in hun artikel in op het tekort aan informatie bij ruim 300 patiënten van 65 jaar en ouder. Uit de interviews met de patiënten blijkt dat de informatiebehoefte vooral groot is tijdens het begin van de

opname en bij ontslag uit het ziekenhuis. De informatie die gegeven wordt vlak voor het ontslag dekt niet de behoefte van dat moment (Dyunhouwer & Mistiaen, 1996).

Patiënten willen vragen kunnen stellen en over uiteenlopende onderwerpen informatie hebben. Namelijk over:

- Hun herstel
- De behandeling en complicaties
- Voorschriften
- Wanneer kunnen/mogen werken
- Diëten
- Medicijnen
- Financiële aspecten.

(Dyunhouwer & Mistiaen, 1996).

3.8.3 Behoeften volgens Berendsen

Berendsen, Jong, Meyboom-Jong, Dekker en Schuling (2008¹) hebben een kwalitatief onderzoek gedaan onder patiënten met verschillende aandoeningen in focusgroepen in Noord- en West-Nederland. Het doel van het onderzoek was de ervaringen en voorkeuren van patiënten met de zorgketen te inventariseren, te onderzoeken welke informatie patiënten willen en om te bepalen of ondersteunende informatie het voor de patiënten makkelijker maakt om te kiezen tussen verschillende zorgaanbieders.

Uit het onderzoek is gebleken dat patiënten bij ontslag uit het ziekenhuis behoefte hebben aan:

- "Informatie over leefregels en instructie over het verder beloop en de klachten die erbij horen
- Duidelijke informatie over het verder beleid en poliklinische vervolgafspraken
- Belangstelling en begeleiding (door bijvoorbeeld verpleegkundige of fysiotherapeut)
- Een aantal patiënten zou graag een mogelijkheid willen voor telefonisch overleg na ontslag."

(Berendsen et al., 2008¹, p.94).

Uit het onderzoek bleek verder dat patiënten vonden dat er slecht gecommuniceerd wordt over het vervolgcontact, het is onduidelijk voor de patiënt waar de patiënt naar toe moet om meer informatie te krijgen. Patiënten willen dat specialisten elkaar goed informeren en willen geen tegenstrijdige informatie van verschillende specialisten ontvangen.

Berendsen (et al., 2008²) heeft tevens onderzoek gedaan om vast te stellen wat de keuze- en informatiebehoefte van patiënten is en hoe deze behoeften beïnvloed worden door persoons- en morbiditeitkenmerken. Het onderzoek is uitgevoerd in een cross-sectionele studie, hiervoor zijn twee soorten vragenlijsten gebruikt. De eerste vragenlijst gaat over het belang dat patiënten hechten aan de zorg en de tweede vragenlijst gaat over de ervaringen van patiënten.

Naar aanleiding van het vragenlijstonderzoek over de behoefte aan informatie zijn er verschillende resultaten naar voren gekomen. Deze zijn hieronder beschreven.

Informatie

- 97 Procent van de patiënten vindt het belangrijk voldoende informatie te krijgen bij ontslag uit het ziekenhuis
- 15 Procent van alle patiënten wil uitsluitend praktische informatie over hun ziekte
- 46 Procent wil naast praktische informatie ook achtergrondinformatie ontvangen
- 39 Procent wil het naadje van de kous weten
- De 18-24 jarigen en de 65-plussers willen vaker uitsluitend praktische informatie ontvangen, net als mannen en lager opgeleide patiënten (Berendsen et al., 2008²).

Internet

Ongeveer 31 procent van de ondervraagden wil informatie over ziekten via het internet ontvangen en 30 procent maakt hier ook gebruik van. Oudere mensen willen minder van het internet gebruik maken, net zoals de lager opgeleiden. Van de mensen die geen MAVO diploma hebben, gebruikt tien procent het internet voor informatie

en van mensen met alleen lagere school opleiding gebruikt drie procent het internet.

Patiënten die uitsluitend praktische informatie willen over ziekten gebruiken minder een folder als informatiebron of het internet vergeleken met patiënten die meer informatie willen (Berendsen et al., 2008²).

3.9 Informatieoverdracht

Het is belangrijk dat artsen effectief informatie overdragen, al blijkt uit de praktijk dat dit niet zo gemakkelijk is en niet altijd gerealiseerd wordt. De Haes, Hoos en Van Everdingen (1999) besteden in het hoofdstuk 'De arts als boodschapper' aandacht aan factoren die van invloed zijn op de (in)effectiviteit van informatieoverdracht en aan praktische mogelijkheden waar de effectiviteit vergroot mee kan worden.

Volgens de auteurs is het van belang dat tijdens de informatieoverdracht de arts met de volgende zaken rekening houdt:

- Aandacht en geheugen
- Emoties
- Begripsvermogen en taalgebruik.

3.9.1 Aandacht en geheugen

Veel patiënten vergeten wat hen verteld wordt. Om iets te kunnen onthouden moet de patiënt aandacht hebben voor de informatie. Wanneer er aandacht is voor de informatie, neemt de patiënt de informatie eerst op in het kortetermijngeheugen. Het is daarom belangrijk de informatie te herhalen zodat de informatie naar het langetermijngeheugen verplaatst wordt.

3.9.2 Emoties

Door emoties kan informatie sneller of juist langzamer opgenomen en verwerkt worden. Emotioneel geladen informatie wordt over het algemeen beter onthouden dan neutrale informatie. Maar wanneer de informatie een

negatieve emotionele lading heeft, wordt het opnemen ervan moeilijker. "Ingrijpend nieuws leidt bovendien vrijwel onmiddellijk tot een poging het te bevatten, een plaats en betekenis te geven." (Haes, Hoos et al., 1999, p.53). Het ingrijpende nieuws leidt tot opkomende gedachten. Hierdoor vermindert de aandacht voor nieuw aangeboden informatie. Nieuwe informatie wordt gemist en er kan verwarring ontstaan.

3.9.3 Begripsvermogen en taalgebruik

Volgens De Haes, Hoos en Van Everdingen (1999) is het belangrijk dat de arts in duidelijke taal de informatie aanbiedt, patiënten beheersen namelijk het medische jargon van de arts niet. Bij het informeren van patiënten is het belangrijk de kennis van de patiënt niet te overschatten en niet te onderschatten. Er zijn geen regels om de kennis van patiënten in te schatten. Aan de hand van eigen ervaringen met patiëntencategorieën en individuele patiënten kan er ongeveer een inschatting gemaakt worden. Verder moet medisch jargon vermeden worden.

Het is dus belangrijk dat artsen en verpleegkundigen ervoor zorgen dat de patiënt aandacht heeft voor de informatie en dat de informatie herhaald wordt. Er moet rekening gehouden worden met emotionele factoren en de manier van communiceren moet aangepast zijn aan de patiënt. Wanneer artsen en verpleegkundigen rekening houden met de aandacht en het geheugen, de emoties en het begripsvermogen en het taalgebruik van de patiënt, zal de informatie beter verwerkt en onthouden worden.

3.10 Informatie begrijpen

Om een beeld te krijgen van hoe patiënten informatie begrijpen wordt de theorie van Terra, Van Mechelen-Gevers en Van der Burgt (2004) gebruikt. Informatieverwerking verloopt volgens de auteurs in vijf stappen, namelijk horen, begrijpen, beoordelen, aanvaarden en onthouden. In het hoofdstuk 'De stap Begrijpen' wordt deze stap van de informatieverwerking

beschreven. Tot de stap begrijpen behoren het opnemen, verwerken en onthouden van informatie. Om te bevorderen dat patiënten de informatie onthouden is het belangrijk dat de informatie geselecteerd wordt. Hierdoor onthouden patiënten de belangrijkste punten. De reactie van de patiënt bepaalt het verloop van het gesprek. Om adviezen of instructies bruikbaar te maken is het belangrijk zo concreet mogelijk te zijn. Bijvoorbeeld 'Voor het opstaan' is concreter dan 's Ochtends'.

Artsen en verpleegkundigen dienen er rekening mee te houden dat er mogelijkheden bestaan dat patiënten informatie beperkt tot zich nemen. Het is belangrijk te beginnen met de belangrijkste informatie en om deze te herhalen. Door samen te vatten wordt alle informatie herhaald, hierdoor neemt de patiënt de informatie eerder op. Aan het eind van het gesprek is het verstandig na te gaan of de patiënt de informatie begrepen heeft en of hij of zij nog vragen heeft. Over het algemeen blijft informatie het beste hangen wanneer iemand de informatie zelf toegepast heeft (Terra, Mechelen-Gevers et al., 2004).

3.11 Continuïteit

Continuïteit is belangrijk voor patiënten. Het bestaande model van continuïteit (Informatie, Management en Relationele continuïteit) wordt door Berendsen (et al., 2008¹) gebruikt om de bevindingen van het onderzoek naar de informatiebehoefte van patiënten te beschouwen.

3.11.1 Informatie continuïteit

Patiënten geven aan begrijpelijke informatie te willen ontvangen aangepast aan hun eigen situatie. De hoeveelheid informatie die een patiënt wil ontvangen varieert. Sommige patiënten willen graag heel veel informatie ontvangen, andere patiënten worden juist angstig van teveel informatie.

3.11.2 Management continuïteit

Patiënten vinden het belangrijk snel bij specialisten terecht te kunnen. Patiënten geven in het onderzoek aan dat de huisarts de terugverwijsbrief van de specialist eerder moet ontvangen.

3.11.3 Relationale continuïteit

“Patiënten willen serieus worden genomen en willen dat er rekening wordt gehouden met hun behoeften.” (Berendsen et al., 2008¹, p. 98).

3.12 Taken van artsen en verpleegkundigen

Volgens de theorie van Haes, Hoos en Van Everdingen (1999) hebben artsen in relatie tot hun patiënten communicatieve taken. Dit zijn taken die direct voortvloeien uit de zorg voor het oplossen en voorkomen van medische problemen, maar ook uit het voorzitten van gesprekken met patiënten. Door deze theorie te gebruiken is er een overzicht van de communicatieve taken van de artsen.

De formele communicatieve taken binnen de arts-patiëntrelatie zijn:

- “Het verzamelen van informatie ten behoeve van de medische oordeelsvorming
- Het informeren van patiënten over ziekte, onderzoek, onderzoeksuitslagen en behandelmogelijkheden
- Het scheppen van voorwaarden voor het nemen van beslissingen over onderzoek en behandeling van patiënt
- Het adviseren van patiënten over gedrag en levenswijzen die hun gezondheid bevorderen
- Het bieden van emotionele ondersteuning.” (Haes, Hoos et al., 1999, p.10).

Het bieden van emotionele ondersteuning is van belang, omdat het essentieel is voor goede medische zorg. De manier waarop de arts op emoties van de patiënt reageert, bepaalt of er vertrouwen zal ontstaan bij de patiënt. Tevens is het belangrijk aandacht te besteden aan de emoties van

de patiënt, omdat deze van invloed zijn op de voortgang van een gesprek. Wanneer er geen aandacht wordt besteed aan de emoties zal de patiënt geen ruimte hebben om te luisteren en te reageren op de arts. Ten slotte kan aandacht voor emoties nodig zijn om de ziekte te verwerken (Haes, Hoos et al., 1999).

3.13 WGBO

Maertens en Maris (2000) beschrijven de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) die sinds april 1995 actief is. Deze wet is belangrijk voor het onderzoek omdat in deze wet onder andere staat beschreven dat patiënten recht hebben op mondelinge voorlichting en dat deze in een begrijpelijke taal moet zijn. Eventueel kan de informatie aangevuld worden met schriftelijke informatie. Volgens deze wet moet de voorlichting gaan over de aard en het doel van het onderzoek, de behandeling, de te verwachte gevolgen en risico's en de vooruitzichten voor de gezondheid.

De rechten en plichten van patiënten en artsen en verpleegkundigen zijn beschreven in hoofdstuk zes 'Externe invloeden'.

3.14 Keuze van middelen

Communicatiemiddelen zijn middelen die naast de mondelinge voorlichting ingezet kunnen worden om de communicatie te verbeteren en om de kans te vergroten dat patiënten informatie opnemen, begrijpen en onthouden. Het UMCG, Terra, Van Mechelen-Gevers en Van der Burgt en Pos en Bouwens hebben de voorwaarden en de voor- en nadelen van deze communicatiemiddelen beschreven. Deze zijn in een schema terug te vinden in Bijlage 4.

3.15 Belemmerende factoren

3.15.1 Belemmerende factoren op voorlichting

Om een overzicht te krijgen van belemmerende factoren op voorlichting wordt de theorie van Liedekerken (1988) gebruikt.

De belemmerende factoren op voorlichting zijn:

- Voorlichtingsvaardigheden van de hulpverleners is gering
- Ingewikkeld taalgebruik
- Onjuiste verwachtingen ten aanzien van de kennis van patiënten
- Veronderstelling dat patiënten angstiger worden van voorlichting
- Onduidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor de voorlichting
- Gebrekkige communicatie onderling
- Te weinig tijd
- Te veel nadruk op de voorlichtingscommunicatiemiddelen.

3.15.2 Belemmerende factoren na ontslag

Patriek Mistiaen (2007), NIVEL-onderzoeker en verplegingswetenschapper, heeft onderzoek gedaan naar de "thuiskomst van patiënten na een ziekenhuisopname en hij bekeek oplossingen om die thuiskomst zo soepel mogelijk te laten verlopen." (Mistiaen, 2007, p.273). Uit het promotieonderzoek van Mistiaen blijkt dat driekwart van de patiënten na het ontslag uit het ziekenhuis problemen heeft met huishoudelijke activiteiten of persoonlijke verzorging en dat vier van de vijf patiënten informatie missen bij thuiskomst. Vragen waar patiënten mee zitten zijn bijvoorbeeld: 'Hoelang duurt het herstel?' En 'Hoe vaak moeten de pillen ingenomen worden?'

Volgens Mistiaen kan er bij opname al gezien worden welke patiënten na het ontslag problemen kunnen krijgen. Hier zijn namelijk aanwijzingen voor zoals "hoeveel medicijnen gebruikt een patiënt, hoeveel medische diagnoses heeft hij,

hoe oud is hij, wat kan hij zelf nog doen thuis." (Mistiaen, 2007, p.273).

Mistiaen heeft een empirisch en een systematisch literatuuronderzoek gedaan naar het effect van een telefonische follow-up bij patiënten om zo de bovengenoemde problemen van de patiënten te verhelpen. Naar aanleiding van het onderzoek blijkt dat de problemen van de patiënten niet zijn afgenomen, maar dat de patiënten het telefoontje wel waarderen. Na literatuuronderzoek concludeert Mistiaen tevens dat interventies om de problemen te voorkomen of te verminderen niet bewezen effectief zijn. Volgens hem zijn er wel aanwijzingen dat wanneer er voor het ontslag bijvoorbeeld leefregels gegeven worden en wanneer deze interventies thuis doorgaan, dat patiënten minder problemen ervaren na thuiskomst uit het ziekenhuis (Mistiaen, 2007).

Alle bovengenoemde theorieën zijn belangrijk of toepasbaar op het onderzoek 'Patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg'.

4 Onderzoeksopzet

Met behulp van het theoretisch kader is de onderzoeksopzet opgesteld. In de onderzoeksopzet worden de probleemstelling en de onderzoeksvragen beschreven die tijdens het onderzoek centraal staan. Vervolgens komen de doelstellingen en onderzoeksvoorstellen aan bod. De onderzoeksopzet wordt afgesloten met een beschrijving van de verwerking van de resultaten uit het onderzoek.

4.1 Probleemstelling

Tijdens het onderzoek staat de volgende probleemstelling centraal:

Op welke manier kan de huidige patiëntcommunicatie rondom vertrek en nazorg op de verpleegafdelingen van sector B en specifiek op de verpleegafdelingen KNO en MDL aangepast worden aan de behoeften van de patiënt en aan de eigen professionele standaard?

Deze probleemstelling is opgesteld, omdat uit de Kernvragenlijst Patiënttevredenheid Academische Ziekenhuizen (KPAZ) van 2007 blijkt dat de verpleegafdelingen KNO en MDL van het UMCG nog niet hoog scoren op het aspect vertrek en nazorg. De kliniek KNO heeft op het aspect vertrek en nazorg een gemiddeld cijfer van een 6.5 en de kliniek MDL heeft als gemiddeld cijfer een 5.8.

4.2 Onderzoeksvragen

Om antwoord te geven op de probleemstelling zijn twee onderzoeksvragen opgesteld. De onderzoeksvragen bestaan uit een aantal deelvragen, deze staan onder de onderzoeksvragen vermeld.

4.2.1 Onderzoeksvraag 1 met deelvragen

Op welke manier richt sector B van het UMCG zich op de communicatie rondom vertrek en de nazorg van patiënten?

- Welk doel heeft de communicatie rondom vertrek en nazorg?
- Hoe wordt de communicatie rondom vertrek en nazorg georganiseerd?
- Welke middelen worden er ingezet om het doel te bereiken?

4.2.2 Onderzoeksvraag 2 met deelvragen

Op welke manier willen patiënten van sector B geïnformeerd worden over het vertrek en de nazorg van de verpleegafdelingen?

- Welk doel heeft de communicatie over vertrek en nazorg voor patiënten?
- Op welke manier ontvangen patiënten de boodschap?
- Welke middelen gebruiken patiënten om de boodschap te ontvangen?
- Welke vorm van communicatie prefereren patiënten voor het ontvangen van de boodschap?

4.3 Algemene doelstelling

De algemene doelstelling voor het onderzoek is als volgt geformuleerd:

De artsen en verpleegkundigen van de afdelingen KNO en MDL kunnen op basis van de uitkomsten van het onderzoek en het advies, de patiëntcommunicatie rondom vertrek en nazorg aanpassen aan de behoeften van de patiënten en aan de eigen professionele standaard.

4.4 Doelstellingen

“De onderzoeksdoelstelling is het vergaren van kennis en inzichten die mogelijk een bijdrage kunnen leveren aan de oplossing van het probleem.” (Baarda & Goede, 2006, p.24). De doelstellingen worden SMART geformuleerd. Dit houdt in Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgeboden. Er wordt een onderscheid gemaakt in kennis-, houding- en gedragsdoelstellingen.

Bij kennisdoelstellingen ligt de nadruk op het verwerven en onthouden van informatie en kennis. Bij houdingsdoelstellingen gaat het om het verwerven en laten zien van een bepaalde (positieve) houding of bepaalde gevoelens. Bij een gedragsdoelstelling gaat het erom dat mensen een positieve houding hebben ten opzichte van een product en ook daadwerkelijk het product kopen (Kennisdelen, 2009).

De volgende kennis-, houding- en gedragsdoelstellingen zijn voor de verpleegafdelingen KNO en MDL geformuleerd:

- Bij vertrek van de verpleegafdelingen KNO en MDL weten alle patiënten wat de verdere behandeling is en wat voor hen de adviezen zijn. (Kennisdoelstelling)
- Na uitbrengen van het communicatieadvies weten alle artsen en verpleegkundigen van de medische afdelingen en zorgfaciliteiten van KNO en MDL hoe de patiëntencommunicatie op het gebied van vertrek en nazorg optimaal is. (Kennisdoelstelling)
- Bij de eerst volgende meting van KPAZ na de implementatie van het communicatieadvies, is 80 procent van de patiënten van de verpleegafdelingen KNO en MDL duidelijk tot zeer tevreden over de patiëntencommunicatie op het gebied van vertrek en nazorg. (Houdingdoelstelling) (Winters et al., 2008).
- Na de implementatie van het communicatieadvies communiceren alle artsen en verpleegkundigen van de medische afdelingen en zorgfaciliteiten van KNO en MDL volgens de geadviseerde richtlijnen. (Gedragsdoelstelling).

4.5 Onderzoeksvoorstellen

4.5.1 Onderzoeken

Er wordt onderzoek gedaan naar de huidige communicatie op het gebied van vertrek en nazorg op de verpleegafdelingen van sector B en specifiek op de verpleegafdelingen KNO en MDL.

In het theoretisch kader is een overzicht gegeven van de literatuur met betrekking tot patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg. Tijdens de werkbezoeken op de verpleegafdelingen KNO en MDL is er field research gedaan. Er is meegelopen met verpleegkundigen van de afdelingen KNO en MDL om een beeld te krijgen van wat patiënten meemaken op een verpleegafdeling en om te zien hoe het er aan toe gaat op een verpleegafdeling.

Het volgende hoofdstuk ‘Secundaire analyse’ behandelt het patiëntenperspectief rondom vertrek en nazorg. Patiënten worden daarom voor het onderzoek patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg niet verder ondervraagd. Vervolgens worden de externe invloeden die betrekking hebben op het onderzoek behandeld. Door middel van het theoretisch kader, de secundaire analyse, de externe invloeden en de werkbezoeken is een vragenlijst opgesteld. Op basis daarvan vinden er interviews plaats om te onderzoeken hoe de patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg in de praktijk plaatsvindt.

De resultaten van deze interviews en de uitkomsten van het theoretisch kader, de interne analyse, de secundaire analyse en de externe invloeden komen bij elkaar in het hoofdstuk ‘Beleidsvorming’. Al deze punten worden afgezet in een SWOT-analyse en aan elkaar gekoppeld in de confrontatiematrix. Dit levert resultaten op waarbij er antwoord gegeven kan worden op de onderzoeksvragen. Vervolgens kunnen er conclusies/aanbevelingen gegeven worden aan sector B en aan de verpleegafdelingen KNO en MDL.

4.5.2 Kwalitatief onderzoek

Naast de literatuurstudie en de secundaire analyse wordt een kwalitatief onderzoek gehouden door middel van interviews. Tijdens de diepgaande gesprekken wordt er inzicht verkregen in de feitelijke situatie en in het algemene beeld wat de respondenten hebben over de patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg. Er wordt tevens gevraagd naar meningen en ervaringen van de respondenten.

De interviews vinden plaats met één of met maximaal twee respondenten tegelijk. Op deze manier kan er op een directe en intensieve manier informatie verzameld worden en kunnen de respondenten elkaar eventueel aanvullen.

De interviews die plaatsvinden zijn gestructureerd, dit betekent dat het interview volgens een vooraf bepaalde structuur verloopt. Op deze manier worden tijdens alle interviews dezelfde onderwerpen behandeld. De interviews vinden plaats in de vorm van een gesprek. Er wordt eerst alleen een hoofdvraag gesteld, waarna de respondenten kunnen vertellen. Gedurende het verhaal van de respondent wordt er doorgevraagd. Er wordt dieper op zaken ingegaan, er wordt gevraagd naar meningen en ervaringen. Deze vragen zijn vooraf ook geformuleerd, maar hoeven dus niet gesteld te worden. Wanneer de respondenten in hun verhaal niet ingaan op één van deze vragen, worden deze gesteld. Wanneer de eerste hoofdvraag beantwoord is volgt hoofdvraag twee, enzovoorts.

Het voordeel van een diepte-interview is dat er direct contact is met de respondent(en). Hierdoor kunnen onduidelijkheden meteen verholpen worden door bijvoorbeeld een toelichting te geven. Naast de verbale communicatie kan tijdens een interview gelet worden op de non-verbale communicatie, deze geeft bijvoorbeeld de emoties van de respondent weer.

Een nadeel van interviews is dat de respondent in plaats van de werkelijkheid de sociale werkelijkheid vermeldt. Mensen hebben namelijk de neiging zich van de goede kant

te laten zien. Om dit te voorkomen kan er bijvoorbeeld gevraagd worden of het in de praktijk ook gebeurd zoals de situatie geschetst nu word (Nederhoed, 2007).

4.5.3 Geïnterviewden

De gesprekken vinden in eerste instantie plaats met de hoofdverpleegkundigen en regieverpleegkundigen van de afdelingen KNO en MDL. De hoofdverpleegkundige stelt naast het verplegen van patiënten, gezondheidsproblemen en wensen en behoeften van patiënten vast. Ze ontwikkelt en implementeert verpleegplannen en houdt medische dossiers bij. De regieverpleegkundige heeft naast het verplegen van patiënten organisatorische taken. Ze coördineert en bewaakt de dagelijkse gang van zaken. De hoofdverpleegkundige en de regieverpleegkundige hebben een spilfunctie in de communicatie met patiënten. 24 uur per dag zijn er verpleegkundigen op de afdeling aanwezig. Artsen zien patiënten één keer per dag.

De regieverpleegkundige kan vooral praktijkgerichte informatie geven over de patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg. De hoofdverpleegkundige wordt geïnterviewd, omdat zij een overstijgende blik heeft over de verpleegafdeling en over de patiëntencommunicatie op haar verpleegafdeling.

Tijdens het interview wordt er gevraagd of de respondenten vinden dat er nog meer mensen gesproken kunnen worden over het onderwerp. Er wordt gevraagd of zij nog andere invalshoeken weten en of mijn beeld nu concreet is. Op deze manier wordt er gebruik gemaakt van het sneeuwbal effect. Het ligt in de lijn der verwachting dat ook de zaalartsen van de verpleegafdelingen geïnterviewd worden om zo hun kant over de patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg te horen.

4.6 Interviewvragen

De interviewvragen zijn te vinden in Bijlage 5.

4.7 Verwerking van de resultaten

De interviews worden opgenomen zodat alle informatie die gegeven wordt niet verloren gaat. Tijdens het interview is het lastig om naast het interviewen de informatie ook te noteren. Het is makkelijker om het gesprek nog eens terug te luisteren. Na afloop van het interview wordt de informatie die verkregen is uitgewerkt in een samenvatting.

Door middel van de literatuurstudie, de secundaire analyse, de werkbezoeken, de interne analyse, de externe invloeden en de interviews kan de beleidsvorming opgesteld worden. Daarna kan er antwoord gegeven worden op de onderzoeksvragen met bijbehorende deelvragen. Op basis van deze antwoorden worden er conclusies/aanbevelingen gegeven.

5 Secundaire analyse

In de secundaire analyse is beschreven wat patiënten van het UMCG vinden van de patiëntcommunicatie op het gebied van vertrek en nazorg. De secundaire analyse bestaat uit een analyse van de KPAZ (Kernvragenlijst Patiënttevredenheid Academische Ziekenhuizen) en uit een analyse van patiënteninterviews.

5.1 KPAZ

5.1.1 Onderzoek

Acht Universitair Medische Centra (UMC's) in Nederland laten om het jaar de tevredenheid van hun patiënten onderzoeken. Hieronder vallen het AMC, EMC, LUMC, MUMC+, UMCG, UMCN, UMCU en het VUmc (voor de lijst met afkortingen zie Bijlage 1). De UMC's hebben voor de derde keer de tevredenheid van hun patiënten onderzocht in opdracht van het NFU (Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra) door Prismant. Tijdens het onderzoek wordt gebruik gemaakt van de KPAZ.

“Het doel van het onderzoek is om te achterhalen hoe tevreden patiënten van UMC's zijn op zes belangrijke aspecten van de zorg.” (Winters et al., 2008, p.9). Deze zes aspecten zijn op het gebied van de kliniek en polikliniek:

- Ontvangst bij opname
- Bejegening en verzorging door verpleegkundigen
- Bejegening en behandeling door artsen
- Informatie
- Zelfstandigheid/respect
- Het vertrek en de nazorg.

De resultaten worden vergeleken met de resultaten uit 2005 en 2003 en met de UMC's onderling.

In totaal zijn er in 2007 ruim 87.000 vragenlijsten verstuurd aan patiënten die in een bepaalde periode opgenomen zijn

geweest in de kliniek of een bezoek hebben gebracht aan de polikliniek. Er zijn in totaal 45.834 vragenlijsten geretourneerd. Dit levert een respons van 53 procent op. De respons bij het UMCG was in totaal 56,2 procent (Winters et al., 2008).

5.1.2 Resultaten

De respons in het UMCG is zowel bij de kliniek als bij de polikliniek 58 procent.

De vragenlijst over het aspect 'vertrek en nazorg' in de kliniek bestaat uit de volgende vragen:

- “Hoe tevreden bent u over de informatie over de verdere behandeling (zoals regels voor leefstijl, rust en werken, het gebruik van medicijnen of van hulpmiddelen)?
- Hoe tevreden bent u over de overdracht van informatie aan bijvoorbeeld de huisarts, wijkverpleging, revalidatiecentrum (indien bekend)?
- Hoe tevreden bent u over de gang van zaken rondom uw ontslag (zoals tijdstip, poliafspraak, recepten, regelen van hulp voor thuis)?” (Winters et al., 2008, p.221).

De antwoorden op deze vragen resulteren in de volgende resultaten: “Patiënten van de specialismen KNO-heelkunde en Kaakchirurgie zijn significant meer tevreden over het aspect 'vertrek en nazorg' in vergelijking met de ander specialismen van het UMCG. Patiënten van chirurgie zijn significant minder tevreden over dit aspect.” (Winters et al., 2008, p.221).

De vragenlijst over het aspect 'vertrek en nazorg' in de polikliniek bestaat uit de volgende vragen:

- “Hoe tevreden bent u over de informatie over de verdere behandeling (zoals regels voor leefstijl, rust en werken, het gebruik van medicijnen of hulpmiddelen)?

- Hoe tevreden bent u over de mate waarin de huisarts, wijkverpleging of revalidatiecentrum op de hoogte is van de behandeling en/of verzorging (indien bekend)?” (Winters et al., 2008, p.227).

De antwoorden op deze vragen resulteren in de volgende resultaten: “Patiënten van Gynaecologie en Psychiatrie zijn significant meer tevreden over het aspect ‘vertrek en nazorg’ in vergelijking met de andere specialismen van het UMCG en in vergelijking met de meting van 2005. (..) Patiënten van Neurologie zijn significant minder tevreden over het aspect ‘vertrek en nazorg’ in vergelijking met de patiënten van de andere specialismen.” (Winters et al., 2008, p. 227).

Resultaten MDL

De kliniek MDL scoorde in 2007 als volgt op het aspect vertrek en nazorg:

- Voor informatie verdere behandeling een 5,8
- Voor overdracht aan externe profs een 5,6
- Voor ontslag een 6,0.

(Winters et al., 2008 (Tabel 6 Detailinformatie klinische zorg MDL)).

De polikliniek MDL scoorde in 2007 als volgt op het aspect vertrek en nazorg:

- Voor informatie verdere behandeling een 5,2
 - Voor informatieoverdracht extern een 4,0.
- (Winters et al., 2008 (Tabel 5 Detailinformatie poliklinische zorg MDL)).

Resultaten KNO

De kliniek KNO scoorde in 2007 als volgt op het aspect vertrek en nazorg:

- Voor informatie verdere behandeling een 6,4
- Voor overdracht aan externe profs een 6,2
- Voor ontslag een 6,8.

(Winters et al., 2008 (Tabel 6 Detailinformatie klinische zorg KNO)).

De polikliniek KNO scoorde in 2007 als volgt op het aspect vertrek en nazorg:

- Voor informatie verder behandeling een 5,5
 - Voor informatieoverdracht extern een 4,7.
- (Winters et al., 2008 (Tabel 5 Detailinformatie poliklinische zorg KNO)).

5.1.3 Opmerkingen en antwoorden open vragen

Patiënten zijn over het algemeen tevreden over het vertrek en de nazorg op de verpleegafdelingen van sector B. Sommige patiënten gaven bij de opmerkingen en open vragen verbeterpunten aan. Het percentage van deze patiënten is onbekend. De verbeterpunten die sommige patiënten aangaven, staan hieronder beschreven.

Informereren van patiënten

Sommige patiënten gaven in de open antwoorden en opmerkingen aan dat ze geen informatie ontvingen over leefstijlregels of effecten van het gebruik van medicijnen. Graag willen ze meer duidelijkheid over de status van de gezondheid, vervolgtraject en mogelijke complicaties.

“Er is mij geen enkel advies mee gegeven over hoe en wat ik moet doen. Ik ben alleen met mijn toestand naar huis gestuurd. Hoe overstuur ik ook was en duizelig, ik moest weg. Ik kon mijzelf nauwelijks bewegen door de klap die ik had gekregen, maar daar hadden ze geen boodschap aan. Ik voelde mij heel vernederend.” (Winters et al., 2008 (antwoord open vragen KNO, p.4)).

“Na de behandeling maakten de medewerkers een gehaaste indruk. Ik moest zelf vragen stellen om meer te weten te komen over hoe om te gaan met de wond/complicatie. Deze informatie werd mij alleen schriftelijk meegegeven en niet spontaan mondeling besproken” (Winters et al., 2008 (antwoord open vragen Kaakchirurgie, p. 4)).

Een enkele patiënt vond dat er geen mogelijkheid was tot het stellen van vragen.

Overdracht specialisten

Patiënten vinden dat de overdracht onderling en tussen het verplegend personeel en de artsen kan verbeteren. Het komt wel eens voor dat verschillende specialisten verschillende dingen zeggen. Dit is verwarrend.

“Bij de overdracht tussen het verplegende personeel en de artsen worden er veel dingen vergeten of verkeerd begrepen, zodat er dingen fout gaan”. (Winters et al., 2008 (antwoord open vragen MDL, p.6)).

Informeren van huisarts

De patiënten geven aan dat de huisarts te laat informatie ontvangt over aandoening, behandeling, uitslagen, ontslag en vervolgtraject. Hierdoor moet de patiënt zelf de huisarts informeren.

“De huisarts weet nooit wanneer hij informatie krijgt; de tijd tussen het consult en de brief is variabel. Daarom kan hij ook niet met me afspreken dat ik bijvoorbeeld drie weken na een consult hem bel voor de uitslag.” (Winters et al., 2008 (antwoord open vragen MDL, p.4)).

“De overdracht naar de huisarts wordt erg laat doorgegeven. Vaak moet ik mijn huisarts informeren over de opname/operatie/nazorg. Dit kan weken duren en dit vind ik een slechte zaak.” (Winters et al., 2008 (antwoord open vragen KNO, p.4)).

Privacy

Patiënten geven aan dat weinig privacy te hebben als de arts en/of verpleegkundige hen informeert en ervaren het als vervelend ervaren dat ‘iedereen’ mee kan luisteren.

Overig

Ten slotte willen patiënten dat men naar hen luistert en hen serieus neemt. Ook geven ze aan dat men vakjargon moet vermijden bij het informeren van de patiënt.

Sommige patiënten geven aan dat ze vinden dat ze onterecht met ontslag gaan. Ze hebben nog pijn of zijn naar hun idee nog niet beter. Hierdoor vinden ze het ontslag onverantwoordelijk.

Sommige patiënten geven aan dat de artsen en verpleegkundigen het erg druk hebben.

“D enige opmerking die ik wil maken is dat de heren doktoren vaak in tijdnood zijn. Er is geen tijd meer om dieper op een onderwerp in te gaan.” (Winters et al., 2008 (antwoord open vragen Plastische chirurgie, p.5)).

De uitgebreide KPAZ-scores en -resultaten van het UMCG vindt u bijlage 5., evenals de resultaten op landelijk niveau.

5.1.4 Verbeteracties van het UMCG

Naar aanleiding van de KPAZ heeft het UMCG een aantal verbeteractiviteiten opgesteld. Deze zijn op het gebied van vertrek en nazorg:

- Met behulp van trainingen richten afdelingen zich op de onderlinge communicatie en op de communicatie met patiënten
- Ontwikkeling van informatieprotocollen en –richtlijnen, waardoor patiënten op ieder moment in hun behandeling goed geïnformeerd worden
- Voor verschillende aandoeningen is een (telefonisch) spreekuur ingericht
- In samenwerking met patiëntenverenigingen aandoeningsspecifieke websites ontwikkelen
- Vertrek en nazorg op verschillende afdelingen krijgt aandacht door meer gestructureerde ontslaginformatie en het nabellen van patiënten na ontslag.

(Winters et al., 2008, p.241).

5.2 Patiënteninterviews

Naast de KPAZ nemen ook medewerkers van het UMCG patiënteninterviews af. Patiënten zijn een belangrijke bron van informatie als het gaat over de kwaliteit en mogelijke verbeteringen van het ziekenhuis. Daarom is het kwalitatieve instrument het patiënteninterview ontwikkeld.

“Door interviews bij (ex)patiënten wordt een gedetailleerd en uitgebreid beeld verkregen van wat patiënten precies vinden van hun verblijf op een afdeling, of bezoek aan een polikliniek, functiecentrum, of onderzoeksafdeling.” (UMCG Intranet 2009⁸). De (ex)patiënten worden thuis of telefonisch geïnterviewd.

Door middel van gestructureerde interviews kan er gedetailleerde en diepgaande informatie verkregen worden en het geeft de gelegenheid tot een gesprek. Het onderzoek is per afdeling uitgevoerd. Op deze manier kan er aangesloten worden bij de specifieke patiëntenpopulatie en beleidssituatie. In overleg met de afdeling wordt een steekproef samengesteld.

Het afnemen van patiënteninterviews is erg tijdrovend. De (ex)patiënten worden thuis of telefonisch geïnterviewd en patiënten kunnen overal hun mening over geven. De verwerking van de antwoorden kost hierdoor veel tijd (UMCG Intranet 2009⁸).

5.2.1 Onderwerpen interview

Onderwerpen die tijdens het interview aan bod komen zijn:

- “Gang van zaken voor, tijdens en na een polikliniekbezoek
- De totstandkoming van de beslissing tot behandeling
- De gang van zaken tijdens onderzoeken
- De opname op de verpleegafdeling
- De gang van zaken rond de ingreep of behandeling
- Het verblijf op de verpleegafdeling
- De voorbereiding op het ontslag.”

(Well, Risseeuw & Terpstra, 2001, p.6).

5.2.2 Respondenten

Het aantal respondenten van sector B bij de patiënteninterviews verschilt erg per afdeling. De afdeling Chirurgie is groot, daarom was het aantal respondenten 69. Bij het patiënteninterview voor het Endoscopiecentrum zijn 30 personen geïnterviewd, voor de afdeling Orthopedie waren dit er 67. Voor de afdeling Oogheelkunde zijn er 57 respondenten ondervraagd en voor het zorgtraject

Schildklier – Bijschildklier zijn er zes patiënten geïnterviewd.

5.2.3 Opmerkingen patiënten

Patiënten zijn over het algemeen tevreden over het vertrek en de nazorg op de verpleegafdelingen van sector B. Sommige patiënten hebben in de patiënteninterviews aangegeven wat ze graag verbeterd willen zien. Het percentage van deze patiënten is niet bekend. De verbeterpunten die sommige patiënten aangeven zijn hieronder beschreven.

Onverwacht ontslag

Voor sommige patiënten komt het ontslag onverwacht of ze vinden dat ze onvoldoende voorbereid zijn op het ontslag. Andere patiënten geven aan nog niet toe te zijn aan het ontslag. *“Ik hoorde het eigenlijk pas een uur van tevoren.”* (Well et al., 2001, Patiënt Chirurgie, p.54).

Informerende van patiënten

Sommige patiënten geven aan geen of te weinig informatie te hebben gekregen over het ontslag. Het ontslaggesprek heeft meestal betrekking op adviezen en leefregels voor de periode direct na het ontslag, men ervaart dit soms als te algemeen. Sommige patiënten kregen alleen schriftelijke informatie en werden niet mondeling voorgelicht.

Een patiënt van de afdeling chirurgie over het ontvangen van informatie na het ontslag: *“Nee, maar mijn buurvrouw zat in dezelfde situatie, dus we hebben er samen veel over gepraat. Dus die behoefte was ook niet zo groot. Als dat niet was geweest, dan had ik er denk ik wel met de zuster over gepraat.”* (Well et al., 2001, p.55).

Een patiënt van orthopedie over de voorschriften voor na de behandeling: *“Daar is verder niet over gepraat, maar na de operatie mocht ik al douchen en oefenen en zo. Dat zou na het uithalen van de hechtingen wel niet veranderen.”* (Well et al., 2003², p.41).

Vragen stellen

Sommige patiënten geven in de patiënteninterviews aan dat ze na het ontslag nog vragen hebben. Voor sommige patiënten is het onduidelijk waar ze met hun vragen terecht kunnen.

Privacy

Een aantal patiënten geeft aan weinig privacy te hebben op de verpleegafdeling en ervaart dit als vervelend.

“Ja, nou het gordijn ging dan even dicht, maar dat betekent natuurlijk niet, dat je dan niets hoort.” (Well, Risseeuw et al., 2001, p.52).

“Op zich niet prettig. Daarom ontwijk je ook echte gesprekken, je vraag niet want wat heeft een ander daar mee nodig. Dus dan denk je, ik vraag het wel op de poli. Maar daar komt dan ook weinig van, want daar is nooit dezelfde arts, dus dan praat je ook niet echt.” (Well, Risseeuw et al., 2001, p.52).

Telefonische evaluatie

Verschillende patiënten werden na ontslag gebeld door een verpleegkundige en ervoeren dit als positief. Patiënten geven aan een telefonische evaluatie te waarderen (Well, Risseeuw et al., 2001).

5.3 Resultaten secundaire analyse

Naar aanleiding van secundaire analyse komen een aantal resultaten naar voren. Deze staan hieronder beschreven.

5.3.1 Inhoud van informatie voor patiënten

De informatie aan patiënten moet in ieder geval gaan over leefstijlregels, medicijnen, mogelijke klachten en het vervolgtraject. Tevens is het verstandig te informeren over de emotionele kant van de ziekte, behandeling, ontslag en nazorg. Patiënten moeten vertrouwen hebben in het ontslag. Wanneer patiëntenverenigingen aansluiten bij het

ziektebeeld is het verstandig dat artsen en/of verpleegkundigen de patiënt hierop attenderen.

5.3.2 Manier van communiceren

De manier waarop de artsen en verpleegkundigen met de patiënt communiceren, moet men aanpassen aan de patiënt. Elke patiënt is verschillend. Het is belangrijk de patiënt serieus te nemen, dat artsen en verpleegkundige dezelfde informatie geven en men vakjargon vermijdt. Tevens is het belangrijk te controleren of de patiënt de informatie begrijpt en of er nog vragen zijn. De patiënt moet de mogelijkheid hebben om vragen te kunnen en durven stellen.

5.3.3 Overdracht tussen specialisten

De overdracht tussen verpleegkundigen en artsen moet met elkaar overeenstemmen en men mag geen informatie vergeten. Ook de communicatie tussen verschillende afdelingen en de overdracht tussen het artsen en verpleegkundigen met andere disciplines, zoals diëtisten en thuiszorg, moet volledig en duidelijk zijn zodat geen misverstanden en onduidelijkheden kunnen ontstaan.

5.3.4 Informeren van huisarts

Het informeren van de huisarts over de patiënt is belangrijk. Als complicaties optreden na het ontslag is de huisarts op de hoogte van prognose, behandeling en vervolgtraject. Het is van belang de huisarts direct na het ontslag te informeren.

5.3.5 Privacy

Patiënten ervaren geen privacy op de verpleegafdelingen. Hierdoor stellen patiënten niet alle vragen gesteld die men wil stellen, omdat andere mensen mee kunnen luisteren.

5.3.6 Nabellen na ontslag en telefonisch spreekuur

Patiënten gaven aan dat ze het nabellen na ontslag en het telefonisch spreekuur erg waarderen. Het biedt hen de mogelijkheid vragen te stellen.

VERTROUWELIJK

6 Externe invloeden

Dit hoofdstuk vergelijkt allereerst het aspect vertrek en nazorg van het UMCG met andere UMC's. Vervolgens beschrijft het de verbeteractiviteiten van de andere UMC's omtrent vertrek en nazorg. Na deze beschrijving volgen de rechten en plichten van patiënten en hulpverleners. Ten slotte beschrijft het de Liaison en de thuiszorg.

6.1 Vergelijking vertrek en nazorg met andere UMC's

Hieronder wordt het aspect vertrek en nazorg in de klinieken van de afdelingen KNO en MDL van het UMCG vergeleken met scores uit de KPAZ van andere UMC's.

6.1.1 Verpleegafdeling KNO

Patiënten van de verpleegafdeling KNO in het UMCG zijn redelijk tot duidelijk tevreden over de voorlichting bij vertrek en nazorg. De KNO kliniek scoort een 6.5 en de polikliniek een 5.1. KNO streeft naar een hoger cijfer. Patiënten van het LUMC zijn bij de afdeling KNO duidelijk tevreden. De overige UMC's scoren net zoals het UMCG redelijk tot duidelijk tevreden. De tevredenheid van patiënten van de afdeling KNO in het Maastricht UMC+ is niet bekend (Winters et al., 2008).

6.1.2 Verpleegafdeling MDL

Patiënten van de verpleegafdeling MDL in het UMCG zijn redelijk tot duidelijk tevreden over het aspect vertrek en nazorg. De MDL kliniek scoort een 5.8 en de polikliniek een 4.6. MDL streeft naar een hoger cijfer. De andere UMC's scoren op het gebied van vertrek en nazorg hetzelfde als het UMCG. De tevredenheid van patiënten van de afdeling MDL in het VU Medisch Centrum is niet bekend (Winters et al., 2008).

Noot: Voor uitleg van de afkortingen zie Bijlage 1.

6.2 Verbeteractiviteiten rondom vertrek en nazorg bij andere UMC's

De UMC's hebben verbeteracties opgesteld om de activiteiten binnen de ziekenhuizen te verbeteren. De verbeteractiviteiten van de UMC's rondom vertrek en nazorg zijn het nabellen na ontslag, de ontslagprocedure, verbetering in de ontslagbrieven aan de huisartsen en het opstellen van checklisten (Winters et al., 2008).

Een uitgebreidere beschrijving van de verbeteractiviteiten van de UMC's zijn beschreven in Bijlage 7.

6.3 Wetgeving

Hieronder is de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) beschreven. Deze wet heeft namelijk invloed op de voorlichting van patiënten door artsen en verpleegkundigen.

De WGBO is sinds 1 april 1995 in werking getreden, waarbij patiëntenrechten zijn vastgelegd om de positie van de patiënt te versterken. De rechten en plichten van de patiënten en hulpverleners zijn hieronder beschreven.

6.3.1 Rechten van patiënten

Patiënten hebben het recht om in begrijpelijke taal informatie te krijgen over:

- Hun ziekte of aandoening
- De voorgestelde behandeling of het onderzoek
- Andere behandelingsmogelijkheden
- Gevolgen en eventuele risico's van de behandeling of het onderzoek
- Medicijnen en eventuele bijwerkingen.

Patiënten hebben het recht om aan te geven dat ze meer willen weten of dat ze dingen niet begrijpen. Patiënten worden op een duidelijke wijze, en eventueel ook schriftelijk, geïnformeerd over het onderzoek en/of behandeling. De patiënt heeft het recht om geïnformeerd te worden en ook het recht om niet geïnformeerd te worden wanneer de patiënt dit niet wil. Dit geldt alleen wanneer dit niet nadelig is voor de patiënt of voor derden (Versluijs, 2007).

Tevens hebben patiënten het recht om hun medisch dossier in te zien, hebben ze recht op een kopie hiervan en het recht om het medisch dossier te verbeteren, aan te vullen of te vernietigen. In de WGBO is tevens vastgesteld dat patiënten recht hebben op een second opinion. Ten slotte hebben patiënten het recht op privacy, alleen direct berokkenden van het onderzoek of de behandeling mogen patiëntgegevens inzien (AZG, 2009¹).

6.3.2 Plichten van patiënten

Naast rechten hebben patiënten ook plichten. Patiënten hebben de plicht om de hulpverlener duidelijk en volledig te informeren, zodat er een goede diagnose gesteld kan worden en er een goede behandeling gegeven kan worden. Patiënten hebben binnen redelijke grenzen de plicht om de adviezen van de hulpverlener op te volgen. Patiënten moeten de hulpverleners of de instelling betalen. Iedereen is in Nederland verplicht om een zorgverzekering te hebben (Versluijs, 2007).

6.3.3 Rechten van hulpverleners

Hulpverleners hebben ook rechten en plichten. Een hulpverlener heeft door zijn of haar deskundigheid en medische overtuiging het recht om zijn of haar eigen beslissingen te nemen over de behandeling of het onderzoek van de patiënt. De hulpverlener is niet verplicht om te doen wat de patiënt wil, de hulpverlener heeft het recht om een behandeling te weigeren wanneer deze medisch niet noodzakelijk is (Versluijs, 2000).

6.3.4 Plichten van hulpverleners

De hulpverlener heeft als belangrijkste plicht om goede zorg te verlenen aan patiënten. Daarnaast heeft de hulpverlener de plicht om patiënten te informeren. “Het overbrengen van informatie is een samenspel tussen de patiënt en zijn hulpverlener. Precieze regels hiervoor zijn er niet.” (Versluijs, 2007, p.2). De hulpverlener zal de informatie op de patiënt afstemmen. Een hulpverlener heeft niet het recht om de patiënt informatie te onthouden omdat hij of zij denkt dat de patiënt iets niet wil horen. Dit mag alleen bij hoge uitzondering, namelijk wanneer de hulpverlener denkt dat de informatie schadelijk is voor de patiënt. De hulpverlener moet dit eerst bespreken met een andere hulpverlener (Versluijs, 2007). Verder heeft de hulpverlener de plicht om een medisch dossier bij te houden met de gegevens over de behandelingen die hij of zij de patiënt heeft gegeven. Deze gegevens moeten minimaal vijftien jaar bewaard worden (AZG, 2009²).

6.3.5 Overig

Patiënten zijn niet verplicht om de informatie die hun wordt verteld tot zich te nemen. Patiënten bepalen zelf of ze iets met de aangeboden informatie doen. Hulpverleners hebben dus niet het recht om tegen de patiënt te zeggen dat de patiënt de informatie moet lezen en begrijpen. Dit is aan de patiënt zelf.

6.4 Liaison en thuiszorg

Wanneer patiënten ontslagen worden van de verpleegafdeling moet er in sommige gevallen thuiszorg geregeld worden. Dit is een onderdeel van de nazorg van patiënten.

6.4.1 Liaison

Binnen het UMCG beschikt elke sector over een aantal liaisonverpleegkundigen. “De liaisonverpleegkundigen coördineren binnen het UMCG de zorg rondom ontslag naar de thuissituatie wanneer er AWBZ-zorg nodig is.

⁷⁾. Dit betreft meestal thuiszorg in de vorm van verzorging en/of verpleging thuis.

De liaisonverpleegkundige zorgt via het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) voor de volgende zaken:

- Indicatie voor AWBZ-zorg
- Bemiddelen met thuiszorgorganisatie
- Organiseren van benodigde medische en/of AWBZ-hulpmiddelen (zoals douchestoel, krukken en hoog/laagbedden)
- Adviseren van verpleegafdeling of polikliniek over de thuiszorg, de indicatie en de hulpmiddelen.

Soms kan een patiënt pas met ontslag wanneer er een medisch hulpmiddel aanwezig is dat gebruikt wordt in de thuissituatie. Deze hulpmiddelen, zoals zuurstofapparaten, kunnen door de liaisonverpleegkundige besteld worden in overleg met de afdeling en de patiënt.

De overige hulpmiddelen, zoals stomamaterialen en katheterzakjes, worden door de verpleegafdeling voor de patiënt geregeld (UMCG Intranet, 2009⁷⁾).

6.4.2 Thuiszorg

In de gemeente Groningen zijn verschillende thuiszorginstanties werkzaam. Zoals Thuiszorg Groningen, Thuiszorg Comfort en Medical Thuiszorg. Thuiszorg Groningen wordt in dit onderdeel als voorbeeld gebruikt.

Thuiszorg Groningen

De thuiszorg is er voor iedereen die door ziekte, een handicap of een ongeval hulp nodig heeft in de huishouding of persoonlijke verzorging en/of verpleging nodig heeft. Mensen die thuiszorg ontvangen betalen een eigen bijdrage, de bijdrage is afhankelijk van het verzamelinkomen.

Thuiszorg Groningen biedt dag en nacht zorg aan mensen. Ze bieden:

- Huishoudelijke verzorging

- Alfahulpen
- Persoonlijke verzorging
- (Gespecialiseerde) verpleging
- Begeleiding en ondersteuning
- Advies, instructie en voorlichting (Thuiszorg Groningen, 2009¹⁾).

Na het ontslag van een patiënt bemoeien verschillende medewerkers van instanties zich met de patiënt. 's Ochtends komt bijvoorbeeld iemand van de thuiszorg de patiënt wassen, 's middags wordt door iemand anders van de thuiszorg de woning schoongemaakt en 's avonds komt er iemand langs om de medicijnen te geven. Dit kan voor patiënten erg verwarrend zijn. Van alle medewerkers van de thuiszorg wordt verwacht te kijken hoe het met de patiënt gaat.

Op 9 maart 2009 is Thuiszorg Groningen failliet verklaard om zo een doorstart te kunnen maken. Op 11 maart is bekendgemaakt dat alle klanten en medewerkers overgaan in een nieuwe stichting, waardoor de zorg voor ongeveer 14.000 klanten veilig is. De stichting blijft de naam Thuiszorg Groningen gebruiken (Thuiszorg Groningen, 2009).

VERTROUWELIJK

7 Resultaten interviews

Er zijn verschillende interviews afgenomen om meer informatie te verkrijgen over vertrek en nazorg op de verpleegafdelingen KNO en MDL. De resultaten zijn hieronder beknopt vermeld.

7.1 Resultaten interviews KNO

7.1.1 Hoofd- en regieverpleegkundigen

Ongeveer de helft van de KNO-patiënten is opgenomen vanwege een oncologische aandoening. De ligduur van de oncologische patiënten is moeilijk van te voren te voorspellen. Dat is anders voor de niet-oncologische patiënten. De ingrepen aan keel, neus en oor zijn vrij eenduidig, waardoor de (korte) ligduur van deze patiëntengroep van te voren duidelijk is.

Er zijn op de verpleegafdeling KNO geen richtlijnen voor het informeren van patiënten over het ontslag. De voorlichting op de verpleegafdeling KNO is vooral gericht op het directe verblijf van de patiënt en op de periode direct na ontslag.

De organisatie van het ontslagbeleid is afhankelijk van de patiënt en van de reden waarvoor ze opgenomen zijn op de verpleegafdeling van KNO. Poliklinisch wordt er al gekeken of patiënten terug kunnen naar de thuissituatie. Bij opname komt dit nogmaals aan de orde. Bij opname weet de patiënt in principe wanneer hij met ontslag gaat, hierbij wordt altijd een slag op de arm gehouden omdat er eventueel complicaties op kunnen treden.

De zaalarts loopt elke dag samen met zijn of haar supervisor de visite. Bij deze visite zijn ook de regieverpleegkundige en de verpleegkundige van de betreffende patiënt aanwezig. Tijdens de visite wordt er b dat de verpleegkundigen erop kunnen rekenen dat een

patiënt de volgende dag met ontslag kan. Het komt voor dat een ontslag dat medisch gesproken verantwoord is, toch wordt uitgesteld. Bijvoorbeeld omdat de thuiszorg nog niet beschikbaar is.

Voor de familie komt het ontslag soms als een verrassing. De patiënt communiceert namelijk niet altijd met de familie over het ontslagmoment. De verpleegkundigen doen in principe zaken met de patiënt en niet met de familie. Daarom wordt de familie niet door de verpleegkundigen geïnformeerd, tenzij de patiënt hier zelf niet toe in staat is.

Naar aanleiding van de resultaten uit de KPAZ is er door de verpleegkundigen nagedacht over eventuele verbeterpunten. Een verbeterpunt dat naar voren is gekomen is bijvoorbeeld het opstellen van een ontslagformulier waarin de patiënt zijn of haar bevindingen over de opnameperiode kan uiten. Een ander verbeterpunt is wekelijks een afspraak met patiënt, familie, verpleging en arts inplannen bij langdurige liggers.

7.1.2 Zaal supervisor en zaalarts

Op de verpleegafdeling KNO is er voornamelijk sprake van standaard protocollen. Voor elke ingreep is bekend hoe lang de patiënt opgenomen is en wanneer de patiënt met ontslag gaat. Op de verpleegafdeling zijn er geen richtlijnen over het informeren van patiënten over het ontslag en de nazorg.

Op de polikliniek wordt er al met de patiënt gesproken over het ontslag. Daar wordt het standaard protocol uitgelegd, zodat de patiënt van te voren weet waar hij of zij aan toe is. Tijdens het opnamegesprek behandelt de verpleegkundige van de afdeling KNO het zorgtraject. Ook dan wordt er gesproken over het ontslag. Tijdens het opnamegesprek geeft de verpleegkundige de patiënt een informatiefolder waar het hele zorgtraject in beschreven is.

Elke ochtend wordt er visite gelopen. Tijdens de visite worden de patiënten besproken en wordt er overlegd welke patiënten er met ontslag kunnen. Wanneer patiënten met ontslag kunnen, wordt er tijdens de visite met de patiënt besproken wanneer ze terug moeten komen op de polikliniek en wordt er verteld wat de patiënt wel en niet mag en kan na het ontslag. Tevens worden de vragen van de patiënt behandeld. De verpleegkundige oefent bepaalde handelingen met de patiënt.

De geïnterviewden geven aan dat het ontslag voor de patiënten meestal niet onverwacht komt, doordat er op meerdere momenten met de patiënt gesproken wordt over het ontslag. Het komt wel eens voor dat het ontslag, ondanks de vele informatiemomenten, toch onverwacht is voor de patiënt.

De patiënt is er dan zelf nog niet aan toe of wil nog niet met ontslag. Met de patiënt wordt het ontslag dan nog eens uitgelegd, waarna de patiënt alsnog met ontslag gaat.

38

Op de verpleegafdeling wordt na het ontslag niet nagebeeld. Dit is volgens de artsen tijdrovend en de meeste mensen komen een week na het ontslag terug op de polikliniek waar ze hun vragen kunnen stellen.

7.2 Resultaten interviews MDL

7.2.1 Hoofd- en regieverpleegkundige

Tijdens de opname van patiënten start ook de voorbereiding op het ontslag. Dit is wel afhankelijk van de problemen die er spelen bij de patiënt. De verpleegafdeling MDL heeft geen richtlijnen voor het informeren van patiënten over het ontslag, er zijn stilzwijgende aannames. De zaalarts en de verpleegkundigen hebben verschillende voorlichtingstaken op het gebied van ontslag.

Bij opname is doorgaans op voorhand geen precieze ontslagdatum bekend. Dit hangt samen met de aard van de aandoening en de behandeling waarvoor patiënten worden opgenomen. Dat neemt niet weg dat volgens de

geïnterviewden patiënten meer dan tot nu toe geïnformeerd kunnen worden over de verwachte (resterende) duur van de opname.

De aanloop naar het ontslag is voor verpleegkundigen soms ook nog een grijs gebied. Het definitieve besluit, dat wordt genomen in overleg met de betreffende supervisor en zaalarts, wordt echter pas een dag tevoren genomen. Er wordt gestreefd om minimaal 24 uur van te voren zicht te hebben op definitief ontslag zodat er geen ad hoc ontslagen plaats hoeven vinden. Doordat de verpleegafdeling een gespecialiseerde afdeling is met veel levertransplantatiepatiënten, lukt dat niet altijd.

Bij het ontslag wordt met de betrokkenheid van andere disciplines doorgaans weinig rekening gehouden, volgens de geïnterviewden. Het ontslag is daarvoor soms te kort van te voren bekend en niet altijd zijn de disciplines in de gelegenheid om patiënt nog op korte termijn te zien. Dit is vooral storend in de situaties dat een behandeling thuis gecontinueerd moet worden.

De verpleegkundigen informeren de patiënt over het ontslag. De patiënt is zelf verantwoordelijk voor het informeren van zijn familie of directe naasten over het ontslag.

Volgens de geïnterviewden horen bij bepaalde opnameredenen soms patiëntengroepen met bepaalde gedragskenmerken. Op de afdeling MDL liggen bijvoorbeeld veel alcohol- en/of drugsverslaafden die een instabiele leefomgeving hebben en te maken hebben met psychosociale problematiek.

7.2.2 Afdelingshoofd/zaalsupervisor

Het ontslag is op de verpleegafdeling MDL niet standaard geregeld. Wanneer het ontslag van een patiënt in zicht komt, wordt dit gecommuniceerd met de verpleging en de patiënt. Hierbij wordt een slag om de arm gehouden.

Op de verpleegafdeling MDL vinden voornamelijk acute opnames plaats. Bij opname van de patiënten is de opnameduur dan nog niet bekend. Wanneer het vooruitzicht is dat de patiënt met ontslag kan wordt dit zo snel mogelijk aan de patiënt verteld. De ontslagdatum hangt af van de reden van opname, de aandoening, de lengte van de behandeling en van het herstel van de aandoening.

De zaalartsen en de verpleegkundigen spelen een belangrijke rol bij de informatievoorziening aan patiënten, waarbij rekening gehouden moet worden met de verschillende ontwikkelingsniveaus van patiënten. Tussen artsen en verpleegkundigen zijn geen afspraken over wie wat doet.

Volgens de geïnterviewde kan de systematiek over het bespreken van het ontslag tussen artsen en verpleegkundigen beter. Er zou systematisch overleg plaats moeten vinden over welke patiënt er naar huis kan. De vooruitzichten moeten dagelijks bespreekbaar zijn.

Patiënten zijn altijd verrast als ze met ontslag mogen aldus de geïnterviewde. Ondanks dat ze soms dagen lang voorbereid worden. Volledige genezing is namelijk geen voorwaarde om met ontslag te gaan op de afdeling.

Nabellen na het ontslag is geen optie voor de verpleegafdeling. Dit is al eens eerder geprobeerd, maar echter snel afgeschaft. Het feitelijke contact met patiënten koste te veel tijd.

7.3 Resultaten overige gesprekken

7.3.1 Diëtisten

De diëtisten van sector B werken op consult of protocollair. De diëtisten bezoeken patiënten, hierna wordt een behandeling ingezet. Wanneer patiënten van de afdeling ontslagen worden, wordt er gekeken wat er nodig is voor

het ontslag van de patiënt en hoe het vervolgtraject eruit ziet. Dit verschilt per patiëntengroep.

Tijdens het multidisciplinair overleg hebben de diëtisten contact met de verpleegkundigen van de afdeling. Tijdens dit overleg vindt de overdracht plaats van medische informatie over de patiënt.

Doordat het ontslag van patiënten soms onverwacht komt voor de diëtisten worden de patiënten zo vroeg mogelijk geïnformeerd over het ontslag. De patiënten op de afdeling MDL worden vaak door de diëtisten geïnstrueerd, dat als de patiënt met ontslag gaat, hij of zij aan de verpleegkundige door moet geven dat de diëtiste gebeld moeten worden. Volgens de diëtisten kan de overdracht van informatie tussen de diëtisten en verpleegkundigen en/of artsen verbeterd worden. Volgens hen kan er meer geïnformeerd en gecheckt worden of de diëtisten op de hoogte zijn van het ontslag van de patiënt.

Volgens de geïnterviewden worden patiënten soms overspoeld met (dieet/voedings)informatie. De patiënten kunnen dit niet allemaal aan, vooral als de informatie nieuw voor ze is. Hierdoor zijn er meerdere momenten nodig om met de patiënt terug te komen op de informatie.

7.3.2 Regieverpleegkundige afdeling Obstetrie en Gynaecologie

Patiënten van de afdeling Obstetrie en Gynaecologie krijgen bij het ontslag een ontslag-/ evaluatieformulier. Patiënten kunnen op dit formulier invullen wat zij van de verschillende aspecten van de zorg vinden. De antwoorden worden door een verpleegkundige één keer in de zoveel tijd geanalyseerd en verwerkt. Twee keer per jaar worden de resultaten geëvalueerd met de verpleegkundigen. Tijdens deze evaluatie wordt er besproken wat er veranderd moet worden en waar aandacht aan besteed moet worden

Op een centrale site (www.patiëntervaring.nl) kunnen patiënten hun ervaringen over de zorg op de afdeling vermelden. Patiënten krijgen bij het ontslag een code

waarmee ze kunnen inloggen op de site. Op de site staan vragen vermeld waar de patiënt antwoord op kan geven. De resultaten worden in grafieken en tabellen aan het ziekenhuis doorgegeven.

Voordat de patiënten opgenomen worden op de afdeling wordt er vooraf geïnventariseerd of de patiënten bij het ontslag thuiszorg of materialen nodig hebben. Op deze manier kan er snel geanticipeerd worden op ontslag.

VERTROUWELIJK

8 Beleidsvorming

In dit hoofdstuk wordt de SWOT-analyse op basis van het theoretisch kader, de interne analyse, de secundaire analyse, de externe invloeden en de resultaten van de interviews beschreven. In deze analyse komen de sterke en zwakke punten en de kansen en bedreigingen naar voren. Van de punten die hieruit naar voren komen, worden koppelingen gemaakt. Met deze koppelingen komt een strategie naar voren voor het UMCG en specifiek voor de verpleegafdelingen KNO en MDL om het aspect vertrek en nazorg te verbeteren.

8.1 SWOT-analyse

“Een SWOT-analyse (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) is een analyse waarbij op basis van een koppeling van sterktes en zwaktes enerzijds en kansen en bedreigingen anderzijds strategische keuzes worden gemaakt” (Alsem, 2005, p.226). Uit de interne analyse komen de sterktes en zwaktes naar voren en uit de resultaten van de interviews, de secundaire analyse, het theoretisch kader en de externe invloeden komen de kansen en bedreigingen naar voren.

De sterktes en zwaktes en de kansen en bedreigingen staan hieronder in een schema beschreven.

Intern	
STERKTES	ZWAKTES
<p>S1. Contact met patiënten. De artsen en verpleegkundigen hebben direct contact met patiënten. Elke dag wordt er visite gelopen. Hierdoor is er direct contact met de patiënt. Op de verpleegafdeling is 24 uur per dag een verpleegkundige aanwezig, hierdoor zijn er veel contactmomenten voor de patiënt.</p> <p>S2. Zorgtrajecten. Binnen het UMCG zijn er zorgtrajecten. Hierdoor worden de intake, de diagnose, de behandeling en nazorg voor patiënten gestructureerd, gestuurd en inzichtelijk gemaakt.</p> <p>S3. Overleggen op verpleegafdelingen. Op de verpleegafdelingen vinden veel overleggen plaats. Tijdens deze overleggen brengen artsen en verpleegkundigen elkaar op de hoogte van zaken omtrent de patiënt.</p> <p>S4. Verschillende sectoren. Alle medische afdelingen, discipline groepen, (zorg)faciliteiten, centra en bedrijfsbureaus zijn ingebed in een sector. Hierdoor is de zorg rondom de patiënt georganiseerd en vindt de algemene ondersteuning dicht bij het primaire proces plaats.</p> <p>S5. Grootste ziekenhuis van het noorden. Het ziekenhuis speelt een belangrijke rol bij nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Er wordt steeds onderzoek uitgevoerd naar nieuwe technieken en behandelingen, nieuwe medicijnen en naar nieuwe vormen van zorg.</p> <p>S6. Unieke operaties. In het UMCG worden operaties en behandelingen uitgevoerd die in geen ander ziekenhuis uitgevoerd worden. Zoals vormen van topreferente en topklinische zorg.</p> <p>S7. Opleidingen. Het UMCG verzorgt en/of is betrokken bij verschillende medische opleidingen.</p>	<p>Z1. Overdracht op verpleegafdeling. Op de verpleegafdelingen KNO en MDL vinden veel overdrachtmomenten plaats. Hierdoor kunnen belangrijke gegevens vergeten of verkeerd overgebracht en/of verkeerd geïnterpreteerd worden.</p> <p>Z2. Cultuurverandering. Door de reorganisatie moet er tevens een cultuurverandering plaatsvinden binnen het UMCG. Dit is niet 'zomaar' georganiseerd.</p>

KANSEN	BEDREIGINGEN
<p>K1. Nabellen na ontslag. Patiënten worden nagebeld ter ondersteuning en voor de beantwoording van vragen. Tijdens het nabellen informeert de verpleegkundige bij de patiënt of de patiënt nog vragen heeft over bijvoorbeeld leefregels, medicatie, pijn en thuiszorg.</p> <p>K2. Telefonisch spreekuur. Tijdens een telefonisch spreekuur kan er voorlichting gegeven worden aan patiënten, kan er begeleiding aangeboden worden en kunnen eventuele problemen opgelost worden.</p> <p>K3. Ontslaggesprekken structureren. Door middel van structuur is er een overzicht van welke informatie aan de patiënt gegeven moet worden omtrent vertrek en nazorg.</p> <p>K4.7. Overleg tussen artsen en verpleegkundigen. Door middel van overleg tussen artsen en verpleegkundigen kunnen zaken op elkaar afgestemd worden.</p> <p>K5. Internet. Patiënten zoeken veel informatie op het internet op. Wanneer patiënten de diagnose krijgen wordt er op internet gezocht om meer informatie te verkrijgen. Hierdoor zijn patiënten meer voorbereid op de behandeling.</p> <p>K6. Checklisten. Door middel van checklisten kunnen zaken die voor het ontslag geregeld moeten afgevinkt worden.</p> <p>K7. Ontslagbrief patiënten. Bij het ontslaggesprek met patiënten wordt een (voorlopige) ontslagbrief gegeven. Hierin staat beschreven waarvoor de patiënt opgenomen is geweest, wat de behandeling was en wat de toekomstige behandeling is. Tevens staan de medicijnen voor de patiënt, de leefregels en de mogelijke klachten in de brief vermeld.</p> <p>K8. Supervisoren KNO. Tijdens de visite loopt een supervisor mee. Aangezien de meeste vragen bij de oncologiepatiënten liggen is het handig als de supervisor een oncoloog is.</p>	<p>B1. Onduidelijkheden bij patiënten. Patiënten hebben vaak geen idee wat hen te wachten staat.</p> <p>B2. Ontslag tegenhouden. Het komt wel eens voor dat een patiënt niet naar huis kan doordat er geen thuiszorg voor hem of haar is of doordat de familie de patiënt niet thuis kan helpen. De patiënt moet dan langer opgenomen blijven op de verpleegafdeling.</p> <p>B3. Geen richtlijnen voor informeren over ontslag. Er zijn geen richtlijnen voor het informeren van patiënten over het ontslag. Het informeren van patiënten over bijvoorbeeld de leefregels gebeurt door elke verpleegkundige op zijn of haar manier.</p> <p>B4. Taken artsen en verpleegkundigen. Er zijn stilzwijgende aannames tussen artsen en verpleegkundigen over het informeren van patiënten over het ontslag en de nazorg.</p> <p>B5. Andere disciplines ondergeschikt belang MDL. Wanneer patiënten eerder met ontslag gaan, worden andere disciplines hier niet van op de hoogte gebracht. De patiënt kan hierdoor minder informatie mee naar huis krijgen dan dat hij of zij eigenlijk zou moeten hebben.</p> <p>B6. Ontvangen van informatie. Patiënten zijn niet verplicht om de informatie die hun wordt verteld te begrijpen en tot zich te nemen. Patiënten bepalen zelf of ze iets met de aangeboden informatie doen. Patiënten kunnen de boodschap ook heel anders interpreteren dan de arts of verpleegkundige bedoeld heeft.</p> <p>B7. Eenduidigheid. Het is moeilijk om eenduidige informatie aan de patiënt te geven, doordat er veel mensen bij de patiënt betrokken zijn.</p> <p>B8. Stijl van besluitvorming. Artsen geven op de dag zelf aan of een patiënt met ontslag kan. De aanloop naar het ontslag toe is voor verpleegkundigen nog een grijs gebied.</p> <p>B9. Ad hoc ontslag MDL. Vijf tot tien procent van de patiënten gaat ad hoc met ontslag. Hierdoor komt de communicatie over het vertrek en de nazorg in het geding.</p> <p>B10. Regelen van de thuiszorg. Het ontslag van patiënten moet soms uitgesteld worden doordat er onverwachts thuiszorg geregeld moet worden.</p> <p>B11. Wachttijden verpleegtehuizen. Ondanks de mogelijkheid tot ontslag van de verpleegafdeling kunnen patiënten niet altijd met ontslag door de lange wachttijden bij verpleegtehuizen.</p> <p>B12. Ontvangen van ontslagbrief MDL. Wanneer de huisarts de definitieve ontslagbrief van de verpleegafdeling MDL ontvangt verschilt van één week tot soms drie maanden.</p> <p>B13. Internet. Patiënten zoeken veel informatie op via het internet. De behandeling of de prognose kan afwijken van datgene wat op internet staat.</p> <p>B14. Nieuwe zaalartsen. De verpleegafdelingen hebben periodiek met nieuwe zaalartsen te maken.</p> <p>B15. Drukke. De artsen en verpleegkundigen hebben het druk, waardoor overleggen over ontslag en contact met patiënten er soms bij in schiet.</p> <p>B16. Patiënten veel van de afdeling af. Hierdoor is het voor de disciplines lastig om patiënten nog te zien.</p>
Extern	

8.2 Confrontatiematrix

Naar aanleiding van de SWOT-analyse is een confrontatiematrix opgesteld. Hierin worden de sterktes en zwaktes gekoppeld aan de kansen en bedreigingen.

8.3 Kernprobleem

Uit de confrontatiematrix blijkt dat het centrale probleem is dat de artsen en verpleegkundigen van de verpleegafdelingen van sector B te weinig overlegmomenten hebben en dat de voorlichting over het vertrek en de nazorg niet gestructureerd is.

	STERKTE (S) S1. Contact met patiënten S2. Zorgtrajecten S3. Overleggen op verpleegafdelingen	ZWAKTE (Z) Z1. Overdracht op verpleegafdeling Z2. Cultuurverandering
KANSEN (K) K1. Nabellen na ontslag K2. Telefonisch spreekuur K3. Ontslaggesprekken gestructureerd K4. Overleg tussen artsen en verpleegkundigen K5. Internet	SK1. Patiënt staat na het ontslag er niet alleen voor. Contact met patiënten ook kort na het ontslag behouden (S1, K1 en K2) SK2. Overzicht geven van wie doet wat op welk moment (S2, K3) SK3. Aandoeningsspecifieke websites linken aan UMCG om patiënt te informeren (S1, K5) SK4. Contact met patiënten na ontslag behouden door na het ontslag te checken of patiënten nog vragen hebben (S1, K1, K2)	ZK1. Meer overleg tussen artsen en verpleegkundigen wat zorgt voor duidelijke afspraken (Z1, K4) ZK2. Door middel van richtlijnen structuur geven aan communicatie rondom het ontslag, waardoor de patiënt de noodzakelijke informatie ontvangt (Z2, K3)
BEDREIGINGEN (B) B1. Onduidelijkheden bij patiënten B2. Ontslag tegenhouden B3. Geen richtlijnen voor informeren over ontslag B4. Taken artsen en verpleegkundigen B5. Andere disciplines ondergeschikt belang B6. Ontvangen van informatie B7. Eenduidigheid	SB1. Vaker overleg tussen artsen en verpleegkundigen over het mogelijke ontslag van patiënten (S3, B2) SB2. Gestructureerde voorlichting over het vertrek en de nazorg (S2, B3) SB3. Door het opstellen van richtlijnen afspraken maken over wie, wanneer, welke informatie aan de patiënt aanbiedt (S1, B4) SB4. Informatie herhalen op verschillende momenten, zodat de informatie geïnterpreteerd en onthouden wordt zoals de boodschap bedoeld is (S1, B6) SB5. Door af te spreken wie wat doet op welk moment ontstaat er eenduidigheid in de aangeboden informatie (S3, B7)	ZB1. Patiënt informeren over het beloop van de behandeling. Geeft vooral duidelijkheid aan patiënten waarvoor geen specifieke ontslagdatum bekend is (Z2, B1) ZB2. In een checklist het onderwerp 'andere disciplines informeren' opnemen, zodat dit niet vergeten wordt tijdens de overdracht van informatie en bij het ontslag (Z1, B5)

8.4 Koppelingen en strategieën

Het UMCG kent een aantal sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen rondom het aspect vertrek en nazorg. Deze zijn in de confrontatiematrix gekoppeld, waaruit weer strategieën voortkomen die helpen het beleid te sturen. Naar aanleiding van deze koppelingen is een strategie gekozen, deze is weer geformuleerd tot een waardestrategie van Treacy & Wiersema.

Er zijn verschillende waardestrategieën, namelijk:

- Operational excellence : Uitblinken in het goed en efficiënt uitvoeren van alle bedrijfsprocessen.
- Product leadership: Het ontwikkelen van innovatieve, waarde toevoegende producten.
- Customer intimacy
- Individuele klantbenadering.: “Het verkrijgen van ‘intieme’ relaties met de klant door het leveren van producten op maat en/of door een beleid dat helemaal is gericht op aandacht voor de individuele klant en klantentrouw, staat voorop.”

(Asem, 2005, p.67).

De koppelingen die uit de confrontatiematrix naar voren komen, zijn over de drie waardestrategieën van Treacy & Wiersema verdeeld.

8.4.1 Operational excellence

SK2. Overzicht geven van wie doet wat op welk moment.

SB1. Vaker overleg tussen artsen en verpleegkundigen over het mogelijke ontslag van patiënten

SB3. Door het opstellen van richtlijnen afspraken maken over wie, wanneer, welke informatie aan de patiënt aanbiedt.

ZK1. Meer overleg tussen artsen en verpleegkundigen wat zorgt voor duidelijke afspraken.

ZK2. Door middel van richtlijnen structuur geven aan de communicatie over het ontslag, waardoor de patiënt de noodzakelijke informatie ontvangt.

ZB2. In een checklist het onderwerp ‘andere disciplines informeren’ opnemen, zodat dit niet vergeten wordt tijdens de overdracht van informatie en bij het ontslag.

Strategie

Richtlijnen vaststellen waarin staat wie wat doet op welk moment. Ook de vaste overlegmomenten en welke informatie men de patiënt aanbiedt moet hierin vastgelegd.

8.4.2 Product leadership

Niet van toepassing op dit onderzoek.

8.4.3 Customer intimacy

SK1. Patiënt staat er na het ontslag niet alleen voor. Contact met patiënten ook kort na het ontslag behouden.

SK3. Aandoeningspecifieke websites linken aan UMCG.

SK4. Contact met patiënten na ontslag behouden door na het ontslag te checken of patiënten nog vragen hebben.

SB2. Gestructureerde voorlichting over vertrek en nazorg.

SB4. Informatie herhalen op verschillende momenten, zodat patiënt deze interpreteert en onthoudt zoals de boodschap bedoeld is.

ZB1. Patiënt informeren over het beloop van de behandeling. Geeft vooral duidelijkheid aan patiënten waarvoor geen specifieke ontslagdatum bekend is.

Strategie

De voorlichting over het ontslag en de nazorg wordt meer gestructureerd en herhaald door middel van richtlijnen. Wanneer er geen specifieke ontslagdatum bekend is de patiënten informeren over de duur van de behandeling. Na het ontslag checkt men bij de patiënten of er nog onduidelijkheden zijn.

Strategieën

De strategieën die naar voren komen uit de SWOT-analyse en de confrontatiematrix zijn van invloed op het de resultaten van het gehele onderzoek. De strategieën zijn terug te vinden in de conclusies/aanbevelingen voor sector B en voor de verpleegafdelingen KNO en MDL.

9 Resultaten onderzoek

Naar aanleiding van het theoretisch kader, de interne analyse, de secundaire analyse, de externe invloeden, de resultaten van de interviews en de SWOT-analyse, kan er in dit hoofdstuk antwoord gegeven worden op de onderzoeksvragen en de daarbij behorende deelvragen.

Onderzoeksvraag 1

Op welke manier richt sector B van het UMCG zich op de communicatie rondom vertrek en de nazorg van patiënten?

Subvraag 1

Welk doel heeft de communicatie rondom vertrek en nazorg?

Door middel van voorlichting over het ontslag en de nazorg worden patiënten hierover geïnformeerd. Er is sprake van een informatietransmissie. De patiënt moet de informatie horen, begrijpen en interpreteren zoals de arts of de verpleegkundige de informatie bedoeld heeft. Wanneer dit gebeurt is de communicatie effectief (Stappers, 1988; Haes, Hoos et al., 1999).

Het doel van patiëntenvoorlichting is de patiënt informeren over de ziekte en zo de houding en het gedrag ten opzichte van de ziekte te veranderen. Tevens heeft de communicatie met de patiënt als doel de patiënt vaardigheden te leren om met de ziekte om te gaan. Het heeft een positieve werking op het genezingsproces en het omgaan met de ziekte om de patiënt over deze zaken te informeren (Damoiseaux, 1988¹).

In de WGBO zijn de rechten en plichten van patiënten en specialisten vastgelegd, om zo van beide partijen de positie te versterken. In de wet is vastgelegd dat patiënten recht hebben om in begrijpelijke taal informatie te krijgen over

onder andere de behandeling, de gevolgen, de medicijnen en de eventuele bijwerkingen. Hulpverleners hebben de plicht om patiënten te informeren, waarbij de informatie afgestemd is op de patiënt (Versluijs, 2000).

Subvraag 2

Hoe wordt de communicatie rondom vertrek en nazorg georganiseerd?

Voordat de opname plaatsvindt, ontvangt de patiënt op de polikliniek vaak al informatie over het zorgtraject. Hieronder valt ook het onderwerp vertrek en nazorg. Op deze manier weten patiënten van te voren waar ze ongeveer aan toe zijn. Er wordt namelijk altijd een slag om de arm gehouden. Tijdens het opnamegesprek wordt aan de patiënt het zorgtraject nogmaals uitgelegd. Vlak voor de patiënt met ontslag gaat wordt de patiënt geïnformeerd over het ontslag.

Het is belangrijk dat de informatie herhaald wordt en op verschillende momenten aan de patiënt aangeboden wordt. Hierdoor neemt de kans toe dat de patiënt de informatie hoort, begrijpt en interpreteert zoals de informatie bedoeld is. Door patiënten de mogelijkheid te geven om vragen te stellen, wordt er gecheckt of de informatie ook daadwerkelijk begrepen wordt zoals deze bedoeld is (Haes, Hoos et al., 1999).

De verpleegafdelingen hebben geen richtlijnen voor het informeren van patiënten. Er zijn geen afspraken over wie wat doet op welk moment. De artsen informeren de patiënten over het medische deel van het vertrek en de nazorg en de verpleegkundigen informeren de patiënten over de overige zaken. Op de verpleegafdelingen vinden verschillende overlegmomenten plaats. Dit zorgt voor interpretatieverschillen en de kans bestaat dat zaken anders uitgelegd worden. Er zijn veel mensen bij de patiënt betrokken waardoor het moeilijk is om eenduidige informatie te geven. Door middel van richtlijnen kan er

vastgelegd worden wie wat doet en wanneer, zodat patiënten over alle zaken eenduidig geïnformeerd worden.

Op de verpleegafdeling MDL is het ontslag van patiënten vaak een dag voor het ontslag bekend. Hierdoor komt het ontslag voor patiënten onverwacht. Door de patiënt tijdens de opname te informeren over de opnameduur, weet de patiënt hoelang hij of zij in ieder geval nog opgenomen is. Volledige genezing is tevens geen voorwaarde voor MDL-patiënten om met ontslag te gaan. Patiënten blijven op de afdeling zolang er een klinische behandeling noodzakelijk is. Het is belangrijk om patiënten hierover te informeren.

Het ontslag van patiënten komt soms niet alleen voor patiënten onverwacht, maar ook voor de verpleegkundigen en andere disciplines, zoals de diëtisten. Wanneer patiënten onverwacht met ontslag kunnen, kan het voorkomen dat de verpleegkundige of de diëtisten nog niet alles geregeld hebben voor de thuissituatie, zoals thuiszorg of sondevoeding. Hierdoor komt het wel eens voor dat het ontslag door de verpleegkundigen of de diëtisten tegengehouden wordt. Tevens gebeurt het dat de diëtisten door het onverwachte ontslag, de patiënten niet meer voor het ontslag spreken. Hierdoor kunnen de diëtisten zaken niet afronden met de patiënt. Door een vast overlegmoment in te plannen kan de zaalarts met de verpleegkundige bespreken welke patiënten er met ontslag kunnen.

Subvraag 3

Welke middelen worden er ingezet om het doel te bereiken?

Patiënten op de verpleegafdelingen worden over het algemeen mondeling voorgelicht. De patiënt ontvangt daarnaast bij het ontslag een folder/formulier waarop de leefregels, de medicijnen en de mogelijke klachten staan. Wanneer de patiënt aangeeft de informatie niet te begrijpen, wordt de informatie in eenvoudigere taal uitgelegd. Bij patiënten die de Nederlandse taal niet spreken worden woordenlijsten en plaatjes gebruikt. Tevens kan er gebruik gemaakt worden van de

tolktelefoon. Aan mensen die doof of slechthorend zijn of niet kunnen praten, bijvoorbeeld door een verwijdering van de stembanden, wordt de informatie schriftelijk aangeboden.

Wanneer patiënten met ontslag gaan ontvangt de huisarts een brief van de arts of de verpleegkundige over de aandoening, de behandeling en het vervolgtraject van de patiënt. De huisarts ontvangt bij de verpleegafdeling KNO de brief binnen een week, bij de verpleegafdeling MDL zijn de patiënten zelf verantwoordelijk voor het afgeven van de brief aan de huisarts. De definitieve brief over de stand van zaken over de patiënt ontvangt de huisarts binnen drie maanden.

Uit de secundaire analyse blijkt dat patiënten behoefte hebben aan een telefonische evaluatie. De artsen en verpleegkundigen van de verpleegafdelingen KNO en MDL geven tijdens de interviews aan dat dit erg tijdrovend is.

Onderzoeksvraag 2

Op welke manier willen patiënten van sector B geïnformeerd worden over het vertrek en de nazorg van de verpleegafdelingen?

Subvraag 1

Welk doel heeft de communicatie over vertrek en nazorg voor patiënten?

Door middel van voorlichting over het vertrek en de nazorg zijn patiënten geïnformeerd over de leefstijlregels, medicijnen, mogelijke klachten en/of complicaties, het vervolgtraject en waar ze met hun vragen na het ontslag terecht kunnen. Patiënten kunnen hun gevoelens, ervaringen en de informatie door middel van voorlichting verwerken.

Uit de secundaire analyse blijkt dat wanneer patiënten voorgelicht zijn over bovengenoemde punten, ze zich gerustgesteld voelen en dat ze weten waar ze aan toe zijn. Er kan door middel van voorlichting in de behoefte van

patiënten worden voorzien. Patiënten hebben voornamelijk tijdens het begin van de opname en bij het ontslag uit het ziekenhuis behoefte aan informatie. Patiënten willen tevens informatie krijgen aangepast aan hun eigen situatie en geen tegenstrijdige informatie van verschillende specialisten ontvangen.

Familieleden van patiënten geven in de secundaire analyse aan dat het ontslag van de patiënt soms onverwacht komt. Door met de patiënt af te spreken wie de familie informeert, kunnen hier geen onduidelijkheden over ontstaan. Met patiënten die gedurende een lange periode opgenomen zijn op de afdeling kan een wekelijkse afspraak gemaakt worden waarin het zorgtraject behandeld wordt. Bij dit gesprek zijn de patiënt, de arts en de verpleegkundige aanwezig. Tevens kan er afgesproken worden dat familieleden van de patiënt ook bij het gesprek aanwezig zijn.

Subvraag 2 en 3

Op welke manier ontvangen patiënten de boodschap en welke middelen gebruiken ze hiervoor?

Patiënten zijn verschillend, net zoals de informatiebehoeften. De informatiebehoefte is afhankelijk van de persoon, de gezondheidsproblemen, de emoties op het moment van voorlichting en de manier waarop de patiënt omgaat met zijn of haar ziekte (Terra, Mechelen-Gevers et al., 2004).

De communicatie tussen artsen en verpleegkundigen met de patiënten is effectief als er sprake is van een communicatieproces. Dit betekent dat er daadwerkelijk boodschappen uitgewisseld worden tussen de artsen en verpleegkundigen en de patiënten. Artsen en verpleegkundigen hopen dat de patiënt uit de informatie die ze aanbieden informatie haalt die de artsen en verpleegkundigen belangrijk vinden. De patiënt bepaalt alleen zelf of hij of zij ook daadwerkelijk informatie haalt uit de boodschap die de arts of verpleegkundige aanbiedt. De patiënt selecteert de informatie die hij of zij bruikbaar of nuttig vindt. Patiënten verlenen altijd eerst zelf betekenis

aan de informatie die ze belangrijk vinden (Olsthoorn & Velden, 2002).

Tijdens het ontslaggesprek wordt niet alle informatie opgeslagen, er wordt een beperkt deel opgenomen. Door emoties kan de patiënt informatie sneller of juist langzamer opnemen en verwerken. Emotioneel geladen informatie wordt over het algemeen beter onthouden dan neutrale informatie. Maar door emotioneel geladen informatie vermindert de aandacht voor andere aangeboden informatie. De patiënt kan hierdoor belangrijke informatie missen (Haes, Hoos et al., 1999).

Sommige patiënten geven bij het ontslag aan alle informatie te begrijpen, maar bij thuiskomst blijkt dit niet zo te zijn. Uit de secundaire analyse blijkt dat patiënten thuis tegen dingen aanlopen of ze beginnen te twijfelen over bepaalde zaken. Andere patiënten durven geen vragen te stellen, omdat ze bang zijn lastig te zijn of ze durven geen vragen te stellen doordat ze geen privacy hebben op de afdeling. Sommige patiënten geven aan door het vakjargon van de artsen en/of verpleegkundigen de informatie niet te begrijpen.

Patiënten nemen niet in brok informatie op, maar gaat op bepaalde tijdstippen, ook na het ontslag, op zoek naar stukjes informatie. Wanneer de patiënt een kennis 'gap' ervaart gaat hij of zij op zoek naar informatie om deze 'gap' op te vullen. Patiënten gebruiken verschillende middelen om deze 'gaps' in te vullen. Sommige patiënten bellen de afdeling of stellen hun vragen tijdens de vervolgspraak op de polikliniek. Via het internet wordt vooral door de jonge generatie veel informatie opgezocht. Bij het ontslag ontvangen patiënten ook een folder/formulier met daarop de leefregels voor thuis. Op dit formulier staan tevens belangrijke gegevens. Patiënten geven ook via anderen hun kennis 'gap' in te vullen. Door bijvoorbeeld aan de buurvrouw te vragen hoe haar zoon bepaalde zaken na de operatie opgelost heeft. Er is sprake van 'sense-making approach'. Om goede voorlichting te geven is het belangrijk om te weten hoe de patiënt de verschillende situaties ziet en welke 'gaps' patiënten in deze situaties ervaren en hoe

ze deze 'gaps' opvullen. Er zijn verschillende manieren om de kennis 'gaps' op te vullen. Door voor het ontslag de informatie duidelijk en op meerdere momenten aan te bieden, wordt de kans kleiner dat patiënten na het ontslag nog vragen hebben (Dervin, 1989).

Communicatie is dus effectief als de patiënt de aangeboden informatie hoort, begrijpt en interpreteert zoals de arts of de verpleegkundige de boodschap bedoeld heeft (Haes, Hoos et al., 1999).

VERTROUWELIJK

10 Conclusies/ Algemene aanbevelingen sector B

In dit hoofdstuk worden er conclusies en algemene aanbevelingen voor sector B geformuleerd op basis van het theoretisch kader, de interne analyse, de secundaire analyse, de externe invloeden, de resultaten van de interviews en de SWOT-analyse. Door middel van de conclusies en de algemene aanbevelingen kan er antwoord gegeven worden op de probleemstelling.

De probleemstelling voor dit onderzoek luidt: *Op welke manier kan de huidige patiëntcommunicatie rondom vertrek en nazorg op de verpleegafdelingen van sector B en specifiek op de verpleegafdelingen KNO en MDL aangepast worden aan de behoeften van de patiënt en aan de eigen professionele standaard?*

Voordat de aanbevelingen voor sector B worden geformuleerd, staat hieronder eerst nog een keer de definitie van patiëntenvoorlichting beschreven.

De definitie van patiëntenvoorlichting luidt: "Onder patiëntenvoorlichting verstaan wij een planmatig leren/of communicatieproces met een gericht doel dat in samenspraak met de patiënt wordt geformuleerd om zodanige veranderingen in kennis, inzicht, vaardigheden, attitude en gedrag te bewerkstelligen dat een gunstige invloed op het genezingsproces en het omgaan met (restanten van) ziekte verwacht mag worden." (Damoiseaux, 1988¹, p.4). Op basis van deze definitie heb ik de volgende aanbevelingen geformuleerd.

10.1 Inhoud

10.1.1 Informatie herhalen

Om er voor te zorgen dat de patiënt de informatie hoort, begrijpt en interpreteert zoals deze bedoeld is, moet de informatie, naast de eenduidigheid, ook herhaald en

verspreid aangeboden worden. Door emoties van de patiënt of moeilijk taalgebruik van de arts of verpleegkundigen kan er ruis optreden in het communicatieproces. Het kan hierdoor voorkomen dat de patiënt de aangeboden informatie niet hoort en onthoudt. Patiënten vergeten ook vaak wat hen verteld wordt en de informatie wordt vaak opgeslagen in het kortetermijngeheugen. Door informatie over verschillende momenten te verspreiden en te herhalen kan de informatie naar het langetermijngeheugen verplaatst worden. Tevens staat er in de literatuur beschreven dat het belangrijk is te beginnen met de belangrijkste informatie. Door aan het eind van het gesprek de informatie samen te vatten vindt er ook herhaling van de informatie plaats.

In de literatuur staat beschreven dat naast de mondelinge voorlichting ook schriftelijke communicatiemiddelen (zoals folders) ingezet kunnen worden, waardoor het opnemen, verwerken en onthouden van de informatie ondersteund wordt. Door middel van schriftelijke communicatiemiddelen kan de patiënt de informatie die hij of zij mondeling gekregen heeft nog eens op zijn of haar gemak teruglezen.

Door middel van richtlijnen/protocollen kan er voor gezorgd worden dat de informatie herhaald wordt aangeboden aan de patiënt. In de richtlijnen kan vastgesteld worden wanneer de patiënt welke informatie moet krijgen.

10.1.2 Tijdigheid

Uit de secundaire analyse blijkt dat sommige patiënten vinden dat er meer naar hen geluisterd kan worden en dat ze soms aandacht missen van de artsen en de verpleegkundigen. Ze wijten dit aan de tijdnood van deze disciplines. Dit resulteert in weinig tijd om dieper op zaken in te gaan.

Uit de literatuurstudie blijkt dat het te weinig tijd hebben voor de voorlichting een belemmerende factor op patiëntenvoorlichting is. Door het hebben van te weinig tijd kunnen er bij de voorlichting zaken vergeten worden. Het is belangrijk om de communicatie met patiënten in te plannen.

Uit de literatuurstudie komt tevens naar voren dat de informatiebehoeften bij patiënten vooral bij opname en bij het ontslag uit het ziekenhuis groot is. Het is daarom belangrijk om zo vroeg mogelijk de patiënten te informeren over het ontslag. Sommige patiënten geven in de secundaire analyse aan dat het ontslag onverwacht kwam. Wanneer ze voor opname al geïnformeerd worden over het ontslag weten de patiënten van te voren al waar ze aan toe zijn. Hierbij wordt altijd een slag om de arm gehouden in verband met mogelijke complicaties.

10.1.3 Inhoud van de informatie over vertrek en nazorg

Uit de literatuurstudie blijkt dat patiënten bij het ontslag behoefte hebben aan informatie over leefregels en instructies voor thuis, informatie over klachten en mogelijke complicaties in duidelijke taal. Verder willen patiënten informatie over medicijnen, het vervolgtraject en geven sommige patiënten aan na het ontslag behoefte te hebben voor telefonisch overleg na het ontslag. Tevens blijkt uit de literatuur dat patiënten behoeften hebben om informatie via het internet te ontvangen.

In de secundaire analyse geven patiënten voor het ontslag informatie te willen over leefregels, medicijnen, bijwerkingen, mogelijke complicaties, het vervolgtraject, eventuele thuiszorg en ze willen informatie over waar patiënten na het ontslag terecht kunnen met hun vragen.

Volgens de literatuur zijn de formele communicatieve taken van de arts en/of verpleegkundige het adviseren van patiënten over gedrag en levenswijzen die de gezondheid van de patiënt bevorderen en het bieden van emotionele ondersteuning.

Door vast te stellen welke informatie patiënten moeten hebben voordat ze met ontslag gaan, kan er voorkomen worden dat er belangrijke informatie vergeten wordt. Dit kan gerealiseerd worden door richtlijnen op te stellen, waarin staat wanneer patiënten welke informatie aangeboden moeten krijgen.

Ten slotte blijkt uit de literatuur dat er bij opname al gezien kan worden welke patiënten na het ontslag problemen kunnen krijgen, dus waar bijvoorbeeld thuiszorg voor geregeld moet worden. Door voor de opname patiënten en hun thuissituatie te analyseren kan er vooraf al bepaald worden wat er geregeld moet worden voor de patiënt.

10.2 Structuur

10.2.1 Eenduidigheid

Eenduidigheid zorgt ervoor dat de patiënt de informatie eerder hoort, begrijpt en interpreteert zoals de informatie bedoeld is.

Patiënten geven aan eenduidigheid te willen. Ze willen dat specialisten elkaar goed informeren zodat er geen tegenstrijdige informatie door verschillende specialisten gegeven wordt. Dit blijkt ook uit de secundaire analyse. Patiënten geven in de KPAZ aan het verwarrend te vinden dat verschillende disciplines verschillende informatie aanbieden.

Uit de literatuurstudie blijkt dat een belemmerende factor op voorlichting de onduidelijkheid is over wie verantwoordelijk is voor de voorlichting. Ook geven patiënten aan dat bij de overdracht tussen het verplegende personeel en de artsen dingen vergeten of verkeerd begrepen worden. Hierdoor worden er verschillende dingen gezegd wat door de patiënten als vervelend wordt ervaren. Dit geldt volgens de patiënten ook voor de overdracht tussen artsen onderling. Tevens geven patiënten aan dat de overdracht tussen verschillende afdelingen beter kan.

Door middel van richtlijnen kan er voor eenduidigheid gezorgd worden. Door af te spreken welke informatie er door welke discipline aan een patiënt aangeboden wordt, ontstaat er eenduidigheid.

10.2.2 Informatieoverdracht vaststellen

Uit de literatuurstudie blijkt dat belemmerende factoren op de voorlichting ingewikkeld taalgebruik, weinig tijd, onjuiste verwachtingen ten aanzien van de kennis van de patiënt en onduidelijkheden over wie verantwoordelijk is voor de voorlichting zijn. Door vast te leggen wie verantwoordelijk is voor welke voorlichting wordt er voorkomen dat patiënten niet voorgelicht worden of dat verschillende disciplines de patiënt anders voorlichten. Het is hierbij belangrijk vast te stellen wanneer de arts of de verpleegkundige bepaalde informatie aan de patiënt aanbiedt, zodat de patiënt de informatie tijdig aangeboden krijgt.

Door het taalgebruik aan de patiënt aan te passen aan de kennis van de patiënt wordt er voorkomen dat de patiënt de informatie niet begrijpt. Het is hierbij belangrijk om na te gaan of de patiënt de informatie ook daadwerkelijk heeft ontvangen en heeft begrepen.

In de secundaire analyse hebben sommige patiënten aangegeven geen privacy te hebben in het ziekenhuis en doordat andere patiënten mee kunnen luisteren niet altijd informatie durven te vragen dat ze wel willen weten. Doordat patiënten niet vragen wat ze willen weten, weten artsen en verpleegkundigen niet dat patiënten onduidelijkheden hebben. In de literatuur staat beschreven dat voorlichting pas effectief is als patiënten zich op hun gemak voelen en vragen durven te stellen. Door patiënten apart te nemen in een aparte ruimte kan er privacy gegeneerd worden, waardoor de patiënt wel zijn of haar vragen en onduidelijkheden kan benoemen. Dit betekent dat er ruimtes voor deze gesprekken ingepland dienen te worden.

Tevens geven patiënten aan dat familieleden niet op de hoogte zijn van het vertrek en de nazorg van de patiënt.

Hierdoor komt het ontslag voor familieleden of directe naasten onverwachts. De patiënt is zelf verantwoordelijk voor het informeren van zijn of haar familieleden. Patiënten geven aan hier niet van op de hoogte te zijn. In een checklist voor het ontslag kan het onderwerp 'informeren van familie' opgenomen worden. De verpleegkundige spreekt met de patiënt wie de familie informeert. Met patiënten die langere tijd op de afdeling opgenomen zijn, kan er wekelijks een afspraak ingepland worden met de arts en verpleegkundige, waar eventueel de familie van de patiënt ook bij aanwezig is.

10.2.3 Overdracht huisarts

In de literatuurstudie staat beschreven dat management continuïteit belangrijk is bij patiëntenvoorlichting. De huisarts van de patiënt dient geïnformeerd te worden over de ziekte, de behandeling, het ontslag en het vervolgtraject. Om dit te realiseren dient de ontslagbrief binnen een week bij de huisarts te zijn. Patiënten geven in de secundaire analyse aan dat dit niet altijd gebeurt. Hierdoor is de huisarts niet op de hoogte en moet de patiënt zelf de huisarts informeren. Dit wordt door de patiënten als onprettig ervaren.

Door richtlijnen op te stellen over wanneer de ontslagbrief bij de huisarts dient te zijn, is de huisarts na het ontslag op de hoogte van de stand van zaken wat betreft de patiënt.

10.2.4 Nabellen na ontslag

Ondanks dat artsen en verpleegkundigen aangeven dat het nabellen na ontslag erg tijdrovend is, wordt dit wel aan de sector aanbevolen. Tijdens het telefoongesprek hebben patiënten de mogelijkheid om vragen te stellen en om mogelijke onduidelijkheden te bespreken. Het nabellen na ontslag hoeft niet bij elke patiënt plaats te vinden. Tijdens het ontslag kan er aan de patiënt gevraagd worden of de patiënt hier behoefte aan heeft. Wanneer de patiënt hier behoefte aan heeft belt dezelfde verpleegkundige als bij het ontslag de patiënt thuis op. De verpleegkundige weet om welke patiënt het gaat en met welk ziektebeeld de patiënt te maken heeft. Door het nabellen op een vast tijdstip te

laten plaatsvinden, kan hier in de planning rekening mee gehouden worden.

10.3 Richtlijnen opstellen

Alle bovengenoemde aanbevelingen kunnen gerealiseerd worden door richtlijnen vast te stellen. In de richtlijnen dient opgenomen te worden wie verantwoordelijk is voor het aanbieden van welke informatie aan de patiënt en wanneer deze informatie aan de patiënt aangeboden dient te worden. Hierbij moet rekening gehouden worden met het herhalen van de informatie.

Door middel van een checklist kunnen de richtlijnen afgevinkt worden, zodat er een duidelijk overzicht is van wat er nog moet gebeuren, wanneer en door wie voordat de patiënt met ontslag kan. De arts, verpleegkundige of diëtiste vinkt het onderdeel af door in het vakje zijn of haar initialen op te schrijven. Hierdoor is het duidelijk wie wat gedaan heeft. De richtlijnen en de checklist kunnen opgenomen worden in de patiëntenmap.

Het advies is dat de artsen en de verpleegkundigen van sector B samen rond de tafel gaan zitten om afspraken te maken over het informeren van patiënten over het vertrek en de nazorg. Door dit vast te leggen kunnen er geen onduidelijkheden ontstaan.

10.4 Informatie aanpassen aan behoeften patiënten

Artsen en verpleegkundigen bieden de patiënt informatie aan in de hoop dat de patiënt de aangeboden informatie ontvangt. De patiënt bepaalt alleen zelf of hij of zij de aangeboden informatie waarneemt, selecteert en ook daadwerkelijk iets met de boodschap doet. Er is sprake van een transactieproces, niet alleen de arts of de verpleegkundige maar ook de patiënt heeft invloed in het communicatieproces. Door de informatie aan de behoeften van de patiënt aan te passen is de kans groter dat de patiënt

de informatie bruikbaar of nuttig vindt en dus de informatie selecteert.

Om de informatie aan de patiënt aan te passen moet er rekening gehouden worden met de informatiebehoeften van de patiënt. Uit de literatuur blijkt dat de informatiebehoefte afhankelijk is van de persoon, de gezondheidsproblemen, de emoties op het moment van voorlichting en de manier waarop de patiënt omgaat met zijn of haar ziekte. In de secundaire analyse geven patiënten aan informatie te willen ontvangen dat past bij hun situatie. In het theoretisch kader is tevens beschreven dat patiënten behoefte hebben aan informatie continuïteit. Patiënten hebben behoefte aan begrijpelijke informatie aangepast aan hun eigen situatie. De hoeveelheid informatie die patiënten willen ontvangen verschilt per patiënt.

Om de informatie aan de behoeften van de patiënt aan te passen dient er van te voren gekeken te worden welk patiënttype een persoon is. Door middel van onderzoek kan er gekeken worden welk patiënttype welke informatie aangeboden wil krijgen en op welke manier dit moet gebeuren. Dit vergt verder onderzoek.

Hiernaast dient er rekening gehouden te worden de 'sense-making approach'. Patiënten nemen niet in één brok informatie op. De patiënt gaat op het moment dat hij of zij een kennis 'gap' ervaart op zoek naar informatie om die 'gap' op te vullen. De patiënt kan dit doen door te bellen naar de verpleegafdeling of de polikliniek, maar kan ook via via zijn of haar 'gap' opvullen. Dit betekent dat patiënten niet altijd deskundige hulp vragen om in hun behoefte te kunnen voorzien. In de secundaire analyse geven sommige patiënten bijvoorbeeld aan via hun buurvrouw aan informatie te komen.

Voor het geven van goede patiëntenvoorlichting is het van belang om inzicht te krijgen in de situaties waarin patiënten 'gaps' ervaren en op welke manier zij deze opvullen. Dit dient, net zoals de verschillende patiënttypes, onderzocht te worden.

10.5 Conclusies/aanbevelingen samengevat

Concluderend kan gezegd worden dat als de sector de patiëntenvoorlichting aan de behoeften van de patiënten en aan hun professionele standaard aan wil passen, men richtlijnen dient op te stellen waarin vastgelegd is wie wat doet op welk moment.

Verder dient men rekening te houden met de informatiebehoeften van de verschillende patiënttypes en met de kennis 'gaps' die patiënten na het ontslag kunnen ervaren. Om verder op deze punten in te spelen dient hier onderzoek naar gedaan te worden.

VERTROUWELIJK

VERTROUWELIJK

11 Conclusies/Specifieke aanbevelingen voor KNO en MDL

In dit hoofdstuk worden er conclusies en aanbevelingen voor de verpleegafdelingen KNO en MDL geformuleerd. Deze aanbevelingen zijn ter aanvulling op de eerder genoemde algemene aanbevelingen in hoofdstuk 10. Deze specifieke aanbevelingen voor de afdelingen KNO en MDL zijn gebaseerd op het theoretisch kader, de secundaire analyse, de interne analyse, de externe invloeden, het kwalitatief onderzoek en de SWOT-analyse, waarmee de doelstelling gerealiseerd kan worden.

De doelstelling luidt:

De artsen en verpleegkundigen van de afdelingen KNO en MDL kunnen op basis van de uitkomsten van het onderzoek en het advies, de patiëntcommunicatie rondom vertrek en nazorg aanpassen aan de behoeften van de patiënten en aan de eigen professionele standaard.

11.1 Aanbevelingen KNO

11.1.1 Richtlijnen opstellen

Op de verpleegafdeling KNO zijn er geen richtlijnen voor het informeren van patiënten over het vertrek en de nazorg. Het algemene advies 'richtlijnen opstellen' is daarom zeker van toepassing voor de verpleegafdeling. In deze richtlijnen dient tevens meer informatie opgenomen te worden. Dit is hieronder beschreven.

Het is belangrijk dat in deze richtlijnen opgenomen wordt dat patiënten al voor en tijdens de opname geïnformeerd dienen te worden over het vertrek en de nazorg. Hierdoor weten de patiënten voordat ze thuis zijn wat hen na het ontslag te wachten staat. Ook is het belangrijk dat de informatie herhaalt wordt, aangezien patiënten overspoeld worden met informatie.

De overdracht naar andere disciplines, zoals diëtisten en logopedisten, dient tevens opgenomen te worden in de richtlijnen. Met bijvoorbeeld de diëtisten moet afgesproken worden wanneer zij in het zorgtraject geïnformeerd willen worden over het ontslag van patiënten. Vooral door de ligduurverkorting is het voor diëtisten lastig om nog patiënten te zien. Het 'informeren van de diëtisten' kan opgenomen worden in een checklist. Bij het ontslag kan de verpleegkundige de verschillende zaken die voor het ontslag van de patiënt geregeld dienen te worden, door middel van initialen afvinken. Op deze manier kan er niets vergeten worden en wordt er voorkomen dat diëtisten voor niets op de afdeling komen, doordat er niet aan hen is doorgegeven dat de patiënt al naar huis is. Ook wordt er voorkomen dat een ontslag door de diëtisten of verpleegkundigen tegen gehouden wordt, omdat er nog zaken geregeld moeten worden. De richtlijnen en de checklist kunnen opgenomen worden in de patiëntenmap.

11.1.2 Zorg evalueren

Voordat een patiënt met ontslag gaat, wordt er een evaluatieformulier over de zorg aan de patiënt gegeven. Op dit formulier kan de patiënt aangeven wat hij of zij van de zorg, de behandeling, de informatie en de nazorg vindt. Op de verpleegafdeling L4 worden deze formulieren al gebruikt.

De zorg evalueren kan ook digitaal. De patiënt krijgt bij het ontslag een unieke code mee waarmee hij of zij thuis op de website www.patiëntervaring.nl kan inloggen. Op deze site kan de patiënt aangeven wat zijn of haar ervaringen zijn. De resultaten worden in grafieken en tabellen aan het ziekenhuis doorgegeven. Het voordeel hiervan is dat het de afdeling minder tijd kost dan schriftelijke evaluatie, de resultaten worden verwerkt en patiënten kunnen thuis op

hun gemak, zonder dat mensen meekijken, hun ervaringen doorgeven. Wanneer patiënten niet over een computer met internet beschikken, kunnen deze patiënten een papieren versie met de vragen ontvangen. De afdeling moet deze resultaten dan wel zelf verwerken.

Deze aanbevelingen zijn ter aanvulling op de algemene aanbevelingen die geformuleerd zijn in hoofdstuk 10.

11.2 Aanbevelingen MDL

11.2.1 Richtlijnen opstellen

De verpleegafdeling MDL heeft geen richtlijnen voor het informeren van patiënten over het ontslag op papier staan. Het algemene advies 'richtlijnen opstellen' is daarom zeker van toepassing voor de verpleegafdeling. In deze richtlijnen dient tevens meer informatie opgenomen te worden. Dit is hieronder beschreven.

Het is belangrijk dat in deze richtlijnen de taken van de verpleegkundigen en de taken van de artsen over het informeren van patiënten over het vertrek en de nazorg zijn opgenomen. Op dit moment zijn er alleen stilzwijgende aannames. Door middel van overleg kan er onderling afgesproken worden welke informatie aan de patiënt aanbiedt en op welk moment dit plaatsvindt.

Ook een vast overlegmoment tussen de zaalarts en de regieverpleegkundige over het ontslag van patiënten dient opgenomen te worden in de richtlijnen. Dit overleg kan bijvoorbeeld na de supervisie plaatsvinden. Tijdens dit overleg wordt er besproken of er zicht is op ontslag van patiënten. Hierdoor kan de verpleegkundige zaken voor de patiënt in werking zetten.

De overdracht naar andere disciplines, zoals diëtisten, dient tevens opgenomen te worden in de richtlijnen. Met de diëtisten moet afgesproken worden wanneer zij in het zorgtraject geïnformeerd willen worden over het ontslag van patiënten. Vooral door de ligduurverkorting is het voor

diëtisten lastig om nog patiënten te zien. Het 'informeren van de diëtisten' kan opgenomen worden in een checklist. Bij het ontslag kan de verpleegkundige de verschillende zaken die voor het ontslag van de patiënt geregeld dienen te worden, afvinken. Op deze manier kan er niets vergeten worden en wordt er voorkomen dat diëtisten voor niets op de afdeling komen, doordat er niet aan hen is doorgegeven dat de patiënt al naar huis is. Ook wordt er voorkomen dat een ontslag door de diëtisten of verpleegkundigen tegen gehouden wordt, omdat er nog zaken geregeld moeten worden. De richtlijnen en de checklist kunnen opgenomen worden in de patiëntenmap.

11.2.2 Informeren over ontslag of opnameduur

Op de verpleegafdeling MDL kan er aan patiënten geen precieze ontslagdatum gegeven worden. Patiënten kunnen wel geïnformeerd worden over het beloop van een behandeling. Door dit communiceren weten de patiënten hoelang ze in ieder geval op de afdeling opgenomen zijn.

Patiënten op de verpleegafdeling zijn verrast als ze met ontslag mogen. Volledige genezing is geen voorwaarde voor patiënten om met ontslag te gaan. Patiënten blijven op de afdeling zolang er een klinische behandeling noodzakelijk is. Soms kan de behandeling thuis voortgezet worden, patiënten gaan dan met ontslag. Door de patiënt voor en tijdens opname hierover te informeren, is de patiënt van deze regel op de hoogte, waardoor het ontslag minder als een verrassing komt. Door in de richtlijnen vast te leggen dat de patiënt hierover geïnformeerd moet worden en wie de patiënt hierover moet informeren, kan dit niet vergeten worden.

11.2.3 Zorg evalueren

Voordat een patiënt met ontslag gaat, kan er een evaluatieformulier over de zorg aan de patiënt gegeven worden. Op dit formulier kan de patiënt aangeven wat hij of zij van de zorg, de behandeling, de informatie en de nazorg vindt. Op de verpleegafdeling L4 worden deze al formulieren gebruikt.

De zorg evalueren kan ook digitaal. De patiënt krijgt bij het ontslag een unieke code mee waarmee hij of zij thuis op de website www.patiëntervaring.nl kan inloggen. Op deze site kan de patiënt aangeven wat zijn of haar ervaringen zijn. De resultaten worden in grafieken en tabellen aan het ziekenhuis doorgegeven. Het voordeel hiervan is dat het de afdeling minder tijd kost dan schriftelijke evaluatie, de resultaten worden verwerkt en patiënten kunnen thuis op hun gemak, zonder dat mensen meekijken, hun ervaringen doorgeven. Wanneer patiënten niet over een computer met internet beschikken, kunnen deze patiënten een papieren versie met de vragen ontvangen. De afdeling moet deze resultaten dan wel zelf verwerken.

11.2.5 Patiënttypes analyseren

Op de verpleegafdeling MDL liggen veel patiënten waar van het ontwikkelingsniveau erg verschilt. Bij de voorlichting moet hier rekening mee gehouden worden. Om de informatie aan de behoeften van de patiënt aan te passen, dient er van te voren gekeken te worden wat voor patiënttype een persoon is. Door middel van onderzoek kan er gekeken worden welk patiënttype welke informatie aangeboden wil krijgen en op welke manier dit moet gebeuren. Dit vergt verder onderzoek.

Deze aanbevelingen zijn ter aanvulling op de algemene aanbevelingen die geformuleerd zijn in hoofdstuk 10.

VERTROUWELIJK

Literatuurlijst

Literatuur

- Alsem, K.J. (2005). *Strategische Marketingplanning*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Baarda, D. B. & Goede de, M. P. M. (2006). *Basisboek Methoden en Technieken: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Bauer, R. A. (1964). *The obstinate audience: The influence process from the point of view of social communication*. *American Psychologist*, 19, 319-328.
- Berendsen, A. J., Jong de, G. M., Meyboom – Jong de, B., Dekker, J. H. & Schuling, J. (2008¹). *Continuïteit en coördinatie van de zorg: Ervaringen en voorkeuren van patiënten die zijn verwezen naar de specialist – een kwalitatief onderzoek*. In Berendsen, A. (2008). *Samenwerking tussen huisarts en specialist: Wat vinden de patiënten en de dokters?* (pp 87-101). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Berendsen, A. J., Jong de, G. M., Schuling, J., Bosveld, H. E. P., Waal de, M. W. M., Mitchell, G. K., Meer van der, K. & Meyboom-Jong de, B. (2008²). *De kiezende patiënt en de behoefte aan informatie bij de verwijzing naar de specialist: Een vragenlijstonderzoek*. In Berendsen, A. (2008). *Samenwerking tussen huisarts en specialist: Wat vinden de patiënten en de dokters?* (pp 117-132). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dam van, N., Marcus J. (2005). *Een praktijkgerichte benadering van Organisatie en management*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Damoiseaux, V. (1988¹). *Patiëntenvoorlichting, een nadere begripsbepaling*. In Damoiseaux, V., Visser, A.Ph. (1988). *Patiëntenvoorlichting: Een interdisciplinaire benadering* (pp 3-25). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Damoiseaux, V. (1998²). *Determinanten van het communicatieproces*. In Damoiseaux, V., Visser, A.Ph. (1988). *Patiëntenvoorlichting: Een interdisciplinaire benadering*, (pp 72-99). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Dervin, B. (1989). *Audience as listener and learner, teacher and confidante: The sense-making approach*. In Rice, R. E. & Atkin (Eds), C. K. *Public communication campaigns* (2nd), (pp 67-86). Newbury Park: Sage.
- Duynhouwer, E. & Mistiaen, P. (1996). *Informatiebehoefte na ontslag is groot: Gaan die evenwichtsstoornissen nog weg?* In: TvZ 106, nr.19 pp 568-571.
- Haes de, J. C. J. M., Hoos, A. M. & Everdingen van, J. J. E. (1999). *Communiceren met patiënten*. Maarsse: Elsevier/Bunge.
- Keirse, M. (2005). *Patiëntenzorg en –begeleiding*. Leuven/Voorburg: Acco.
- Liedekerken, P. (1988). *Patiëntenvoorlichting in het ziekenhuis*. Assen/Maastricht: Van Gorcum. In Damoiseaux, V., Visser, A.Ph. (1988). *Patiëntenvoorlichting: Een interdisciplinaire benadering* (pp 311-328). Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Maertens, N. & Maris, N. (2000). *Patiëntgericht voorlichten: Leerboek voor verpleegkundigen*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Mistiaen, P. (2007). *Overgang van ziekenhuis naar huis blijft lastige hobbel*. In Hospital discharge: Problems and interventions (p.273). Utrecht: Nivel. [Elektronische versie].

Nederhoed, P. (2007). *Helder rapporteren: Een handleiding voor het opzetten en schrijven van rapporten, scripties, nota's en artikelen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Olsthoorn, A. C. M. & Velden van der, J.H. (2002²). *Elementaire communicatie*. Utrecht/Zutphen: ThiemeMeulenhoff.

Pos, S. & Bouwens, J. (2003). *Patiëntenvoorlichting: Een theoretische verkenning* [Electronic version]. 's Gravenhage: Nederlandse Hartstichting. [Elektronische versie].

Ritzen, W. & Arkesteyn, S. (1998). *Het COPD-protocol: Goed gestructureerde voorlichting en overdracht verhogen de kwaliteit van de zorg*. In TvZ 108, nr.19 pp.588-5591.

Stappers, J. G. (1988). *Massacommunicatie: Een inleiding*. Amsterdam: Arbeiderspers. In Reader Communicatietheorie. (2005-2006). Groningen: Hanzehogeschool, Instituut voor Communicatie & Media.

Terra, B., Mechelen-Gevers van, E. & Burgt van der, M. (2004). *Doen wat kan: Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

UMCG. (2008). *Verbeterproject voor de zorg aan patiënten met prostaatkanker: Pilot zorginkoop Menzis/UMCG/Patiëntenorganisaties*. UMCG.

Naslagwerken

Jaarverslag UMCG 2007 [elektronische versie]
<http://cms.umcg.nl/azgorganisatie/sectrvb/store/pdf/Jaarverslag2007.pdf?subwebbranch>
Geraadpleegd op 10 maart 2009

Ontwikkelingsplan Sector B 2006 [elektronische versie]
<http://cms.umcg.nl/azgorganisatie/sectorb/store/pdf/ontwikkelingsplan.pdf?subwebbranch>
Geraadpleegd op 17 maart 2009

Presentatie Negenstappenplan Zorgtrajecten [elektronische versie]
<http://cms.umcg.nl/azgorganisatie/organisatienieuw/store/ppt/negenstappenplan.ppt?subwebbranch>
Geraadpleegd op 18 maart 2009
Risseeuw, A. (2007¹). *Het patiënteninterview: Onderzoeksverslag Endoscopiecentrum*. Groningen: Universitair Medisch Centrum.

Risseeuw, A. (2007²). *Het patiënteninterview, kwalitatieve patiëntenevaluatie: Zorgtraject schildklier – bijschildklier*. Groningen: Universitair Medisch Centrum.

Reorganisatieplan Sector B 2008 [elektronische versie]
<http://cms.umcg.nl/azgorganisatie/sectorb/store/pdf/Reorganisatieplandef.pdf?subwebbranch>
Geraadpleegd op 18 maart 2009

Reorganisatiedeelplan: Bedrijfsbureau sector B 2007 [elektronische versie]
<http://cms.umcg.nl/azgorganisatie/sectorb/store/pdf/reorganisatiedeelplan.pdf?subwebbranch>
Geraadpleegd op 18 maart 2009

Versluijs, M. (2007). *Uw rechten; Als patiënt (wgbo)*. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.

Well van, C., Risseeuw, A. & Terpstra, A. (2001). *Het Patiënteninterview: Onderzoeksverslag afdeling Chirurgie*. Groningen: Academisch Ziekenhuis Groningen.

Well van, C., Risseeuw, A. & Terpstra, A. (2003¹). *Het Patiënteninterview: Onderzoeksverslag afdeling Oogheelkunde*. Groningen: Academisch Ziekenhuis Groningen.

Well van, C., Risseeuw, A. & Terpstra, A. (2003²). *Het Patiënteninterview: Onderzoeksverslag afdeling Orthopedie.* Groningen: Academisch Ziekenhuis Groningen.

Winters – Meer van der, A. C. M., Kleefstra, S. M., Cihangir, S., Kool, R. B. & Heinen, M. M. (2008). *Trends in tevredenheid (2007/08): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra.* Utrecht: NFU, Prismant.

Winters – Meer van der, A. C. M., Kleefstra, S. M., Cihangir, S., Kool, R. B. & Heinen, M. M. (2008). *Trends in tevredenheid (2007/08): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra: Antwoorden open vragen Chirurgie.* Utrecht: NFU, Prismant. [elektronische versie]

Winters – Meer van der, A. C. M., Kleefstra, S. M., Cihangir, S., Kool, R. B. & Heinen, M. M. (2008). *Trends in tevredenheid (2007/08): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra: Antwoorden open vragen Kaakchirurgie.* Utrecht: NFU, Prismant. [elektronische versie]

Winters – Meer van der, A. C. M., Kleefstra, S. M., Cihangir, S., Kool, R. B. & Heinen, M. M. (2008). *Trends in tevredenheid (2007/08): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra: Antwoorden open vragen KNO.* Utrecht: NFU, Prismant. [elektronische versie]

Winters – Meer van der, A. C. M., Kleefstra, S. M., Cihangir, S., Kool, R. B. & Heinen, M. M. (2008). *Trends in tevredenheid (2007/08): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra: Antwoorden open vragen MDL.* Utrecht: NFU, Prismant. [elektronische versie]

Winters – Meer van der, A. C. M., Kleefstra, S. M., Cihangir, S., Kool, R. B. & Heinen, M. M. (2008). *Trends in tevredenheid (2007/08): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra: Antwoorden open vragen Oogheelkunde.* Utrecht: NFU, Prismant. [elektronische versie]

Winters – Meer van der, A. C. M., Kleefstra, S. M., Cihangir, S., Kool, R. B. & Heinen, M. M. (2008). *Trends in tevredenheid (2007/08): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra: Antwoorden open vragen Orthopedie.* Utrecht: NFU, Prismant. [elektronische versie]

Winters – Meer van der, A. C. M., Kleefstra, S. M., Cihangir, S., Kool, R. B. & Heinen, M. M. (2008). *Trends in tevredenheid (2007/08): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra: Antwoorden open vragen Plastische chirurgie.* Utrecht: NFU, Prismant. [elektronische versie]

Winters – Meer van der, A. C. M., Kleefstra, S. M., Cihangir, S., Kool, R. B. & Heinen, M. M. (2008). *Trends in tevredenheid (2007/08): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra: Tabel 5 Detailinformatie poliklinische zorg KNO.* Utrecht: NFU, Prismant. [elektronische versie]

Winters – Meer van der, A. C. M., Kleefstra, S. M., Cihangir, S., Kool, R. B. & Heinen, M. M. (2008). *Trends in tevredenheid (2007/08): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra: Tabel 5 Detailinformatie poliklinische zorg MDL.* Utrecht: NFU, Prismant. [elektronische versie]

Winters – Meer van der, A. C. M., Kleefstra, S. M., Cihangir, S., Kool, R. B. & Heinen, M. M. (2008). *Trends in tevredenheid (2007/08): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra: Tabel 6 Detailinformatie klinische zorg KNO.* Utrecht: NFU, Prismant. [elektronische versie]

Winters – Meer van der, A. C. M., Kleefstra, S. M., Cihangir, S., Kool, R. B. & Heinen, M. M. (2008). *Trends in tevredenheid (2007/08): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra: Tabel 6 Detailinformatie klinische zorg MDL*. Utrecht: NFU, Prismant. [elektronische versie]

Internet

AZG 2009¹, WGBO

<http://www.azg.nl/azg/nl/patienten/algemeen/5040/9162/>

Geraadpleegd op 9 april 2009

AZG 2009², WGBO

<http://www.azg.nl/azg/nl/patienten/algemeen/5040/9142/>

Geraadpleegd op 9 april 2009

Kennisdelen, Doelstellingen

<http://www.kennisdelen.eu/kennis-houding-en-vaardigheidsdoelen/>

Geraadpleegd op 16 februari 2009

Os, Kwalitatief onderzoek

<http://www.os.amsterdam.nl/onderzoek/onderzoeksmethoden/kwalitatief/40210>

Geraadpleegd op 16 maart 2009

Thuiszorg

<http://thuiszorg.startpagina.nl/>

Geraadpleegd op 9 april 2009

Thuiszorg Groningen, 2009¹

<http://www.thuiszorggroningen.nl/index.php?MOD=txtfilemulti&mid1=5&mid0=2#top#top>

Geraadpleegd op 15 april 2009

Thuiszorg Groningen, 2009²

<http://www.thuiszorggroningen.nl/>

Geraadpleegd op 15 april 2009

UMCG 2009¹

<http://www.umcg.nl/azg/store/pdf/Visiemissie.pdf>

Geraadpleegd op 23 februari 2009

UMCG 2009²

<http://www.umcg.nl/azg/nl/azg/6017/>

Geraadpleegd op 23 februari 2009

UMCG 2009³

<http://www2.umcg.nl/azg/nl/patienten/5031/71988>

Geraadpleegd op 10 maart 2009

UMCG Intranet 2009¹

<http://cms.umcg.nl/azgorganisatie/sectrvb/themas/1185745?subwebbranch=1139037>

Geraadpleegd op 10 maart 2009

UMCG Intranet 2009²

<http://cms.umcg.nl/azgorganisatie/sectorb/themas/1110820?subwebbranch=1112641>

Geraadpleegd op 10 maart 2009

UMCG Intranet 2009³

<http://cms.umcg.nl/patientenzorg/Keel-Neus-en-Oorheekunde/>

Geraadpleegd op 10 maart 2009

UMCG Intranet 2009⁴

<http://cms.umcg.nl/azgorganisatie/sectorb/actueel/1159124?subwebbranch=1112638>

Geraadpleegd op 10 maart 2009

UMCG Intranet 2009⁵

<http://cms.umcg.nl/azgorganisatie/organisatienieuw/themas/1009475/1009993>

Geraadpleegd op 25 maart 2009

UMCG Intranet 2009⁶

<http://cms.umcg.nl/azgorganisatie/sectorb/actueel/1223661?subwebbranch=1112638>

Geraadpleegd op 16 april 2009

UMCG Intranet 2009⁷
<http://uxazgws04.azg.nl/patientenzorg/venv/themas/1099879/1134414/1156974/?subwebbranch=1086191>
Geraadpleegd op 23 maart 2009

UMCG Intranet 2009⁸, Patiënteninterviews
<http://intranet.umcg.nl/>
Geraadpleegd op 4 februari 2009

Aangehaalde tabellen en figuren

Figuur 1 7 S-model
www.triggermanagement.nl

Figuur 2 Organogram
www.nestor.rug.nl

Figuur 3 Inrichting Bedrijfsbureau
Reorganisatieplan, 2007

Figuur 4 Patiënttevredenheid in de kliniek: het vertrek en de nazorg
Winters – Meer van der, A. C. M., Kleefstra, S. M., Cihangir, S., Kool, R. B. & Heinen, M. M. (2008). *Trends in tevredenheid (2007/08): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra*. Utrecht: NFU, Prismant.

Figuur 5 Patiënttevredenheid in de polikliniek: de nazorg
Winters – Meer van der, A. C. M., Kleefstra, S. M., Cihangir, S., Kool, R. B. & Heinen, M. M. (2008). *Trends in tevredenheid (2007/08): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra*. Utrecht: NFU, Prismant.

Figuur 6 Rapportcijfers kliniek MDL: vertrek en nazorg
Winters – Meer van der, A. C. M., Kleefstra, S. M., Cihangir, S., Kool, R. B. & Heinen, M. M. (2008). *Trends in tevredenheid (2007/08): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra: Tabel 6*

Detailinformatie klinische zorg MDL. Utrecht: NFU, Prismant. [elektronische versie]
Figuur 7 Rapportcijfers kliniek KNO: vertrek en nazorg
Winters – Meer van der, A. C. M., Kleefstra, S. M., Cihangir, S., Kool, R. B. & Heinen, M. M. (2008). *Trends in tevredenheid (2007/08): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra: Tabel 6*
Detailinformatie klinische zorg KNO. Utrecht: NFU, Prismant. [elektronische versie]

Figuur 8 Rapportcijfers polikliniek MDL: de nazorg
Winters – Meer van der, A. C. M., Kleefstra, S. M., Cihangir, S., Kool, R. B. & Heinen, M. M. (2008). *Trends in tevredenheid (2007/08): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra: Tabel 5*
Detailinformatie poliklinische zorg MDL. Utrecht: NFU, Prismant. [elektronische versie]

Figuur 9 Rapportcijfers polikliniek KNO: de nazorg
Winters – Meer van der, A. C. M., Kleefstra, S. M., Cihangir, S., Kool, R. B. & Heinen, M. M. (2008). *Trends in tevredenheid (2007/08): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra: Tabel 5*
Detailinformatie poliklinische zorg KNO. Utrecht: NFU, Prismant. [elektronische versie]

VERTROUWELIJK

Bijlagen

1	Lijst met afkortingen	66
2	Organogram UMCG	67
3	7-S model	68
4	Voorwaarden, voor- en nadelen van communicatiemiddelen	72
5	Interviewvragen	75
6	KPAZ.....	77
7	Verbeteractiviteiten UMC's	80

Bijlage 1 Lijst met afkortingen

AMC
Academisch Medisch Centrum

VUmc
Vu Medisch Centrum

EMC
Erasmus Medisch Centrum

KNO
Keel-, Neus- en Oorheelkunde

KPAZ
Kernvragenlijst Patiënttevredenheid Academische
Ziekenhuizen

LUMC
Leids Universitair Medisch Centrum

66

MDL
Maag-, Darm- en Leverziekten

MUMC+
Maastricht Universitair Medische Centrum+

NFU
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

UMC
Universitair Medische Centra

UMCG
Universitair Medisch Centrum Groningen

UMCN
Universitair Medisch Centrum St. Radboud

UMCU
Universitair Medisch Centrum Utrecht

Bijlage 3 7-S Model

B3.1 Strategie

B3.1.1 Doelstellingen

Het UMCG heeft sinds januari 2007 een nieuwe organisatiestructuur. Het UMCG speelt hierop in door:

- Afstemmen van de organisatie van de zorg op de behoeften van de patiënt, o.m. door het inrichten van zorgtrajecten gebaseerd op de aard van de aandoening.
- Het creëren van een organisatie waarin medewerkers met plezier werken door hen zelf mede invulling te laten geven aan de vormgeving van hun dagelijks werk.
- Het zo inrichten van de organisatie dat deze flexibeler wordt en zich beter kan aanpassen aan ontwikkelingen in de omgeving. Niet alleen de eisen binnen de gezondheidszorg nemen toe (van patiënten, verzekeraars, inspectie), maar ook de gezondheidszorg als geheel verandert in steeds hoger tempo.
- Het bieden van ruimte aan informele afstemming van werkzaamheden.

(Ontwikkelingsplan sector B, 2006).

B3.1.2 Missie UMCG

De missie van het UMCG luidt: "Het UMCG heeft de afgelopen jaren een goede reputatie opgebouwd, regionaal, nationaal en ook steeds meer internationaal. We werken tot op het allerhoogste niveau in zorg, medisch onderzoek, opleiding en onderwijs, zonder onze aandacht voor basisvaardigheden, basiskennis en basiszorg te verwaarlozen. We staan midden in de maatschappij. Onze opdracht is ver vooruit te denken. Het UMCG heeft en neemt een belangrijk aandeel in de nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg, en daarmee in de groei, verspreiding en toepassing van medische en andere zorgkennis. De zieke én gezonde mens staan daarbij centraal. Dit vertaalt zich in de missie die aan al onze activiteiten ten grondslag ligt: 'Bouwen aan de toekomst van gezondheid' (Building the Future of Health). Deze

missie kunnen we alleen waarmaken met voldoende goed opgeleide medewerkers. Mensen maken het UMCG, en voor die mensen moet het UMCG een aantrekkelijke werkplek blijven vormen. Het vraagt ook om een leiderschapsstijl die voldoende verantwoordelijkheid en ruimte aan medewerkers laat." (UMCG, 2009¹).

B3.1.3 Missie Sector B

De missie van sector B luidt: "De specialismen Chirurgie, Kaakchirurgie, KNO, MDL, Plastische Chirurgie, Orthodontie, Orthopedie en Oogheelkunde worden in de volle breedte beoefend, hierbij staan kwaliteit en patiënttevredenheid hoog in het vaandel. Correcte omgang met patiënten en met elkaar wordt als zeer belangrijk ervaren; men spreekt elkaar hierop aan. Medewerkers werken graag met elkaar samen, hebben waardering voor elkaar, nemen initiatief en voelen zich verantwoordelijk voor hun werk. Het beste wordt uit medewerkers gehaald. Een belangrijk accent binnen de Sector ligt op het uitvoeren van hoogwaardig wetenschappelijk onderzoek, opleiding en onderwijs, immers daaraan ontleen wij bij uitstek ons academisch bestaansrecht." (Reorganisatiedeelplan, 2007).

B3.1.4 Visie UMCG

De missie van het UMCG, 'Bouwen aan de toekomst van gezondheid', krijgt in de visie een drieledige invulling:

- Pionieren in onderzoek
Vanuit het wetenschappelijk onderzoek wezenlijk bijdragen aan nieuwe kennis over gezondheid, preventie, ziekte en behandeling.
 - Kennis toetsen en delen
Nieuwe kennis toetsen in de praktijk en deze op vele manieren overdragen.
 - Zorgzaam voor mensen
Zorgzaam zijn voor mensen in de volle breedte: van preventie via basiszorg naar topzorg; fysiek en geestelijk; een leven lang."
- (UMCG, 2009).

B3.1.5 Visie Sector B

De visie van sector B betreft het toekomstperspectief en de ambitie van de organisatie. De visie bestaat uit de volgende kernbegrippen:

- Klantenperspectief
- Innovatief vermogen
- Transparantie
- Ondernemende cultuur.

(Ontwikkelingsplan sector B, 2006).

B3.1.6 Balanced Scorecard

Sector B gaat voor het vertalen van de missie en visie naar de praktijk van alledag, als eerste in het UMCG, de Balanced Scorecard (BSC) gebruiken. Door middel van de BSC kan sector B doelgericht sturen op doelen en doelstellingen die gerelateerd zijn aan de strategie. Managers, afdelingshoofden en stafmedewerkers hebben samen bepaald hoe de BSC voor sector B en voor de afdelingen/centra eruit moet zien. De eerste kwartaalrapportage van sector B zal vanaf 9 april 2009 in de BCS vorm worden opgesteld (UMCG Intranet, 2009⁶).

B3.2 Systemen

B3.2.1 Sector B

Verskillende overleggen van sector B zijn hieronder vermeld:

- Strategisch beraad
Eén à twee keer per jaar vindt er overleg plaats tussen de sectordirectie, de afdelingshoofden, de medisch coördinatoren van de taakgroep en de managers zorgfaciliteiten. Tijdens dit overleg worden onder andere de kerntaken, het jaarplan, de begroting en de resultaten van de sector besproken.
- Bilateraal overleg tussen sectordirectie en afdelingshoofden, managers zorgfaciliteiten en medisch coördinatoren van taakgroepen. Dit overleg staat in het kader van de taakstelling en de voortgang van de planning en controlcyclus.

- Overleg tussen afdelingshoofden, medisch coördinator van de taakgroep en directie. Tijdens dit overleg worden verschillende thema's behandeld, zoals de kwaliteit van de zorg, opleiding en onderzoek.
- Overleg tussen managers zorgfaciliteiten en directie om te zorgen voor onderlinge afstemming en is gericht op het personeelsbeleid en de bedrijfsvoering.
- Overige overlevormen, die vaak ad hoc plaatsvinden over actuele onderwerpen.
- Structureel periodiek overleg tussen sectordirectie en RPCP (Regionaal Patiënten Consumenten Platform Groningen).
- Overleg tussen de sectordirectie en de onderdeelcommissie. De medezeggenschap van de medewerkers in sector B is geregeld via de onderdeelcommissie. Dit overleg vindt om de twee maanden plaats.

(Ontwikkelingsplan sector B, 2006).

Binnen sector B vinden er geregeld gestructureerde werkoverleggen tussen medewerkers en hun leidinggevenden (Hoofd Bedrijfsbureau en coördinatoren) plaats om het functioneren van de sector te ondersteunen en vorm te geven (Reorganisatieplan, 2008).

B3.2.2 Sector B

De volgende overleggen op het gebied van communicatie vinden onder andere plaats:

- Netwerkoverleg adviseurs patiëntcommunicatie
- Teamoverleg over (patiënten)communicatie
Overleg tussen medewerkers van het sectorbureau die taken hebben op het gebied van (patiënten)communicatie.
- Overige overleggen die ad hoc plaatsvinden.

B3.2.3 KNO en MDL

Op de verpleegafdelingen KNO en MDL vinden verschillende overleggen plaats, namelijk:

Overleg over de status van de patiënt tussen zaalarts, supervisie, regieverpleegkundige en verpleegkundige die op dat moment de patiënt verpleegt. Dit overleg vindt

plaats tijdens het lopen van de visite. Tevens vindt er een supervisie plaats door de zaalsupervisor en de zaalarts. Elke morgen is er een overleg tussen de verpleegkundigen. In dit overleg bespreekt men (de bijzonderheden van) patiënten.

Overleg tussen regieverpleegkundige en wijkverpleging (Liaison). In dit overleg bespreekt men wat men moet regelen voor patiënten op het gebied van thuiszorg. Het overleg vindt één keer per dag plaats.

Eén keer in de week is er een multidisciplinair overleg tussen de verpleegkundigen en andere disciplines, zoals een diëtiste, maatschappelijk werkster en logopediste. Tijdens dit overleg bespreekt men de patiënten.

Op de verpleegafdelingen KNO en MDL houden de verpleegkundigen de statussen bij in de verpleegkundige dossiers van de patiënten. Dit gebeurt drie keer per dag: namelijk na afloop van elke dienst van een verpleegkundige.

De artsen en verpleegkundigen op de verpleegafdelingen KNO en MDL hebben naast alle overleggen, ook direct contact en overleg met patiënten inzake vertrek en nazorg. Evenals de secretaresse achter de balie op de verpleegafdelingen en eventuele andere disciplines, zoals de diëtisten.

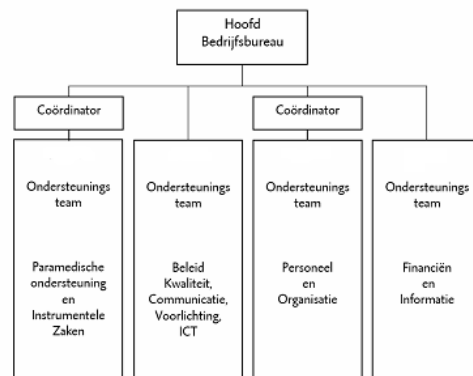
B3.3 Stijl van het management

Onder directe hiërarchie van het Hoofd Bedrijfsbureau vallen de medewerkers van het bedrijfsbureau van sector B. De medewerkers met een ondersteunende functie van de organisatieonderdelen: afdelingen, zorgfaciliteiten en taakgroepen vallen qua directe hiërarchie onder het management van deze organisatieonderdelen.

“De operationele aansturing betreft de beschikbaarheid, continuïteit en kwaliteit van alle ondersteuningsactiviteiten van het ondersteuningsteam.” (Reorganisatiedeelplan, 2007, p.14).

“De functioneel leidinggevende geeft aanwijzingen over hoe men het werk technisch of inhoudelijk moet uitvoeren. Deze bewaakt en bevordert daarnaast de vakbekwaamheid en de betrokkenheid van de medewerkers die binnen het betreffende expertiseveld werkzaam zijn.” (Reorganisatiedeelplan, 2007, p.15).

Het Hoofd Bedrijfsbureau is op het gebied van operationele en functionele aansturing verantwoordelijk voor de medewerkers in de ondersteuningsteams 'Beleid, Kwaliteit, Communicatie, Voorlichting en ICT' en 'Financiën en Informatie' (zie figuur 3). De coördinatoren van de ondersteuningsteams 'Paramedische ondersteuning en Instrumentele zaken' en 'Personeel en Organisatie' zijn op het gebied van operationele en functionele aansturing verantwoordelijk voor de medewerkers in de ondersteuningsteams. Het management van de afdelingen, zorgfaciliteiten en taakgroepen is voor de operationele en functionele aansturing verantwoordelijk voor de medewerkers met een ondersteunende functie van deze organisatieonderdelen (Reorganisatiedeelplan, 2007).



Figuur 3: Inrichting Bedrijfsbureau (Reorganisatiedeelplan, 2007 p.12, <http://cms.umcg.nl/azgorganisatie/sectorb/store/pdf/reorganisatiedeelplan.pdf?subwebbranch=>).

B3.4 Staf

B3.4.1 Hoofd Bedrijfsbureau

Het Hoofd Bedrijfsbureau van sector B is verantwoordelijk voor het faciliteren van de organisatie. Op deze manier kunnen de patiëntenzorg-, onderwijs-, opleiding- en onderzoektaken optimaal uitgevoerd worden. Het Hoofd Bedrijfsbureau richt de dienstverlening in en ondersteunt de behoefte van de sectordirectie, afdelingen, zorgfaciliteiten en taakgroepen. Het Hoofd Bedrijfsbureau heeft de hiërarchische leiding over alle medewerkers van het bedrijfsbureau en behartigt belangrijke HRM-zaken voor de medewerkers en is verantwoordelijk voor het voeren van jaargesprekken. Dit kan gedelegeerd worden aan de coördinatoren van de ondersteuningsteams (Reorganisatiedeelplan, 2007).

B3.4.2 Coördinator Ondersteuningsteam

Zoals in figuur 3 te zien is hebben twee ondersteuningsteams binnen de sector een coördinator. Deze zijn verantwoordelijk voor de operationele en functionele aansturing van de medewerkers van het ondersteuningsteam. De coördinator zorgt voor de continuïteit, kwaliteit en beschikbaarheid van de ondersteuningsactiviteiten van het ondersteuningsteam en zorgt voor de kwaliteit van de vakuitoefening van de professionals binnen het team (Reorganisatiedeelplan, 2007).

B3.4.3 Medewerkers Bedrijfsbureau

De groep van medewerkers van het Bedrijfsbureau van sector B bestaat uit verschillende deskundigen op verschillende vakgebieden (Reorganisatiedeelplan, 2007).

Bijlage 4 Voorwaarden, voor- en nadelen van communicatiemiddelen

In het schema op de volgende pagina's zijn van de verschillende communicatiemiddelen de voorwaarden en de voor- en nadelen beschreven. In het schema worden voor- en nadelen van verschillende auteurs genoemd. De letters die tussen de haakjes vermeld staan geven de auteurs aan. Dit betekent dat het eerste punt tot en met het punt met een letter, bijvoorbeeld (^), van dezelfde auteur zijn. Het schema is opgesteld om een overzicht te creëren

VERTROUWELIJK

Middel	Voorwaarden	Voordelen	Nadelen
Verpleegkundig spreekuur	<ul style="list-style-type: none"> - Deskundige verpleegkundige - Vervanging bij afwezigheid - Alle disciplines zijn op de hoogte - Inzage medisch dossier - Eigen ruimte - Duidelijkheid over vastleggen van gegevens ^(A) 	<ul style="list-style-type: none"> - Direct contact tussen patiënt en verpleegkundige - Tijd voor de patiënt - Ingaan op actuele problemen en vragen ^(B) - Mensen hoeven niet te reizen - Laagdrempelig - Eigen omgeving blijven ^(A) 	<ul style="list-style-type: none"> - Patiënt kent de verpleegkundige niet - Afhankelijk van spreekuurtijden - Tijd moet efficiënt gebruikt worden ^(B)
Schriftelijke middelen	<ul style="list-style-type: none"> - Actuele en correcte informatie - Begrijpende taal - Eventueel afbeeldingen gebruiken die de tekst ondersteunen ^(B) 	<ul style="list-style-type: none"> - Informatie weergegeven die voor veel mensen uit de doelgroep van belang zijn - Geeft informatie geordend neer - Belangrijkste punten worden behandeld - Antwoorden op veel voorkomende vragen worden behandeld - Naslag en opfrisfunctie ^(B) - Draagt bij aan het kennisniveau van de patiënt - Betrokkenheid van de patiënt bij zijn ziekte of behandeling wordt vergroot - Patiënten kunnen de informatie herlezen wanneer zij willen - Familie en vrienden worden geïnformeerd - Geeft de mogelijkheid tot het visualiseren van bepaalde informatie (door middel van grafieken, tekeningen) ^(C) 	<ul style="list-style-type: none"> - Niet afgestemd op de individuele patiënt - Voor patiënten die de Nederlandse taal niet of nauwelijks beheersen moet er een schriftelijk middel in hun taal zijn - Niet iedereen kan goed lezen en teksten begrijpen ^(B) - Alleen bruikbaar als naslagwerk - Niet afgestemd op de individuele patiënt ^(C)
Visuele middelen	<ul style="list-style-type: none"> - De afbeeldingen en symbolen moeten voor de doelgroep herkenbaar zijn - Inhoud niet angstaanjagend - Rustige plaats waar patiënten de middelen kunnen bekijken ^(B) 	<ul style="list-style-type: none"> - Afbeeldingen kunnen informatie compact weergeven - Informatie over voorwerpen en concrete behandelingen goed overdragen - Geschikt voor mensen die niet goed kunnen lezen of de Nederlandse taal niet of nauwelijks beheersen - Demonstratiemateriaal kan ook aangeraakt en vastgehouden worden ^(B) 	<ul style="list-style-type: none"> - Niet afgestemd op de individuele patiënt - Kan snel verouderen (omgeving veranderd of procedures zijn gewijzigd) - Gebruik van demonstratiemateriaal kan angst oproepen ^(B)
Groepsvoorlichting		<ul style="list-style-type: none"> - Bevat informatie over onderwerpen die voor veel mensen van belang zijn - Patiënten zien dat ze niet de enige zijn - Uitwisseling van meningen, ervaringen en tips ^(B) 	<ul style="list-style-type: none"> - Niet afgestemd op de individuele patiënt - Voorlichting is afhankelijk van de groep - Werven van deelnemers is tijdsintensief - Soms te weinig belangstellenden ^(B)

Middel	Voorwaarden	Voordelen	Nadelen
Audiovisuele middelen	<ul style="list-style-type: none"> - Duidelijke doelgroep - Duidelijke boodschap - Middel is aantrekkelijk voor de doelgroep - Het onderwerp is voor de doelgroep herkenbaar - Inhoud is correct en relevant voor de doelgroep - Technische kwaliteit van beeld en geluid is goed ^(B) 	<ul style="list-style-type: none"> - Brengt de werkelijkheid of de gewenste situatie in beeld - Zegt meer dan woorden - Levensecht en roepen gevoelens op - Patiënten kunnen zich met de personen identificeren - Personen die voor de doelgroep herkenbaar zijn kunnen als rolmodel fungeren - Brengt relaties en communicatie tussen mensen in beeld - Is geschikt voor demonstratie of instructie ^(B) - Op meerdere manieren te gebruiken (instructie, demonstratie) - Patiënt wordt door middel van verschillende kanalen bereikt - Groot bereik mogelijk - Stelt weinig eisen aan de voorlichter - Kan herkenning op betrokkenheid oproepen ^(C) 	<ul style="list-style-type: none"> - Informatie kan afwijken van de situatie van de patiënt - Er is een geschikte ruimte nodig - Niet iedereen kan het materiaal bedienen - Tijdrovend ^(B) - Patiënt kan passief zijn - Kwaliteit van het middel hangt af van degene die het middel hanteert - Hoge kosten ^(C)
Interactieve middelen	<ul style="list-style-type: none"> - Goede bron (van wie komt de informatie) - Correcte en volledige informatie - Duidelijk doel - Bevat bruikbare verwijzingen naar andere informatie - Gebruiksvriendelijk - Gemakkelijk toegankelijk ^(B) 	<ul style="list-style-type: none"> - Actief informatie zoeken en verwerken - Patiënt kan de informatie raadplegen wanneer hij wil en ervoor openstaat - Bevat veel informatie op verschillende vlakken (feitelijke informatie, ervaringen, tips) ^(B) - Snel informatie verzamelen - Groot bereik - Op elk moment te gebruiken - Veel informatie aanbieden - Interactiviteit - Anonimiteit ^(C) 	<ul style="list-style-type: none"> - Door vele aanbieders is de informatie niet altijd snel te vinden - Moeilijk om betrouwbaarheid te beoordelen - Soms onduidelijk wat de belangen zijn van de bron - Niet altijd actueel of correct - Niet voor iedereen toegankelijk ^(B) - Niet voor iedereen toegankelijk - Geen face-to-face contact - Kost veel ontwikkeling en onderhoud - Het toetsen van de kwaliteit van de informatie is moeilijk ^(C)

^(A) (UMCG, 2008)

^(B) (Terra, Mechelen-Gevers & Burgt, 2004)

^(C) (Pos & Bouwens, 2003)

Bijlage 5 Interviewvragen

Inleiding: Project patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg.

Doel van dit gesprek: Informatie verkrijgen over vertrek en nazorg op de verpleegafdeling KNO of MDL.

Ontslag van patiënten

Hoe is het ontslagbeleid georganiseerd is?

1. Wanneer (in het zorgtraject) gaat een patiënt met ontslag?
2. In hoeverre is de opnameduur van de patiënt van te voren duidelijk?
3. Hoe wordt de opnameduur met de patiënt gecommuniceerd?
4. In hoeverre is het ontslag van patiënten van te voren bekend of gebeurt dit ad hoc?
5. Vanaf welk moment wordt er met de patiënt gesproken over het ontslag?
6. Wordt er met patiënten een ontslaggesprek gehouden? Zo ja, door wie?
7. Hoe verloopt een ontslaggesprek?
8. Wie zijn er bij het ontslaggesprek aanwezig?
9. Welke medewerkers ondernemen voor het ontslag van de patiënt actie?
10. Wat voor acties?
11. Is er tijd om patiënten inhoudelijk voor te bereiden op het ontslag?
12. Wordt er aandacht besteed aan de mogelijkheid tot het stellen van vragen?
13. Patiënten geven aan niet altijd vertrouwen te hebben in het ontslag (voor hun idee te snel). Hoe zou dit komen denkt u?
14. Hoe zou dit veranderd kunnen worden?

Voorlichting over ontslag

Hoe verloopt de voorlichting over het ontslag?

1. Bestaan er richtlijnen voor het informeren van patiënten over het ontslag?

2. Welke richtlijnen voor het informeren van de patiënt over het ontslag zijn er?
3. Zijn dit verpleegkundige richtlijnen of zijn de richtlijnen ook afgesproken met de artsen?
4. Worden deze richtlijnen ook gebruikt?
5. Welke ontslaginformatie moet een patiënt hebben bij vertrek van de afdeling?
6. Worden er voorlichtingsmiddelen ingezet bij het vertrek van de afdeling?
7. Welke voorlichtingsmiddelen worden er bij het vertrek van de afdeling ingezet?
8. Wanneer worden deze voorlichtingsmiddelen ingezet?
9. Door wie worden deze voorlichtingsmiddelen ingezet?
10. Wat zijn de instructies die jullie patiënten meegeven?
11. *Lijstje checken.*
12. Zijn er patiënten waar specifieke instructies aangegeven worden?
13. Patiënten geven aan dat ze informatie niet altijd begrijpen. Heeft u de indruk dat de informatie begrepen wordt?
14. Patiënten slaan niet alle informatie op die hun verteld wordt. Controleert u of patiënten de informatie opgeslagen hebben?
15. Zo nee, wat doet u dan?
16. Doet u dit structureel?
17. Wanneer wel en wanneer niet?

Lijstje checken

Wordt er informatie gegeven over:

- *Leefstijlregels*
- *Medicijngebruik*
- *Effecten van medicatie*
- *Materialen*
- *Mogelijke revalidatie*
- *Eventuele complicaties/klachten*
- *Het vervolgtraject*
- *Waar ze met vragen terecht kunnen*

- *Emotionele kant*
- *Patiëntenverenigingen.*

Organisatie van nazorg

Hoe is de nazorg voor de patiënt geregeld?

1. Wanneer patiënten bij thuiskomst nog met vragen zitten, op welke manier denkt u gaan ze hun 'gap' invullen?
2. Kunnen patiënten na het ontslag met hun vragen in het UMCG terecht? Zo ja, waar?
3. Bij wie kunnen patiënten na het ontslag met hun vragen terecht?
4. Hoe wordt de familie en de directe naasten geïnformeerd over het vertrek en de nazorg van de patiënt?
5. Wanneer moet de ontslaginformatie van de patiënt bij de huisarts (revalidatie of verpleging) zijn?
6. Gebeurt dit ook?
7. Welke overige zaken worden er op het gebied van nazorg voor de patiënt geregeld?

76

Veranderingen/verbeteringen

Ik heb nu allemaal informatie gekregen over het vertrek en de nazorg van patiënten en op welke manier ze geïnformeerd worden.

1. Wat zou er volgens u op het gebied van patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg anders kunnen?

Eventueel wanneer dit nog niet aan bod is gekomen, de volgende vragen stellen:

2. Wat gaat er goed op het gebied van de patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg?
3. Wat gaat er niet goed op het gebied van de patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg?
4. Hoe zou u willen dat de patiëntencommunicatie rondom vertrek en nazorg zou zijn?
5. Waarom zijn patiënten niet altijd tevreden over vertrek en nazorg denkt u?

Overig

1. Heeft u nog aanvullende informatie die belangrijk is over dit onderwerp?
2. Denkt u dat we nog andere mensen kunnen spreken over dit onderwerp om een concreet beeld te krijgen? Zo ja, wie is hier geschikt voor?
3. Hebben jullie nog vragen?

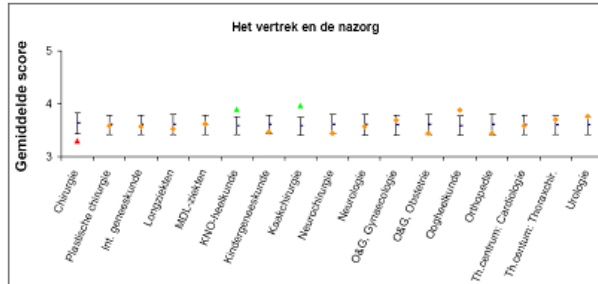
Bedankt voor dit interview.

Bijlage 6 KPAZ

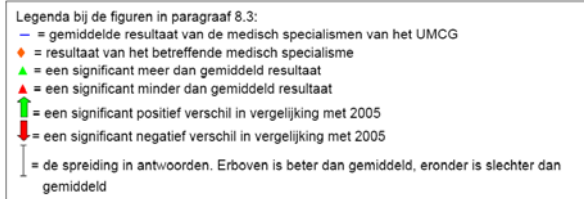
B6.1 KPAZ-scores en -resultaten UMCG

B6.1.1 Scores klinische afdelingen

De klinische afdelingen van sector B van het UMCG scoren als volgt:



Figuur 4: Patiënttevredenheid in de kliniek: het vertrek en de nazorg
tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra, 2008, p.221)



De gebruikte antwoordcategorieën in de KPAZ zijn:

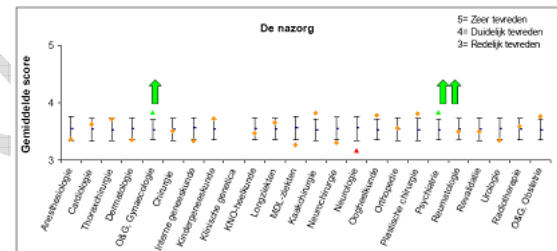
- Zeer tevreden (score 5)
- Duidelijk tevreden (score 4)
- Redelijk tevreden (score 3)
- Matig tevreden (score 2)
- Ontevreden (score 1).

Uit onderzoek is gebleken dat patiënten over het algemeen tevreden zijn, daarom ligt de differentiatie in de positieve categorieën.

“De patiënten van alle medisch specialismen van het UMCG zijn gemiddeld even tevreden als de patiënten van de andere UMC's over het aspect ‘Vertrek en nazorg’.” (Winters et al., 2008, p.234).

B6.1.2 Scores poliklinische afdelingen

De poliklinische afdelingen van sector B van het UMCG scoren als volgt:



Figuur 5: Patiënttevredenheid in de polikliniek: de nazorg (Winters et al., *Trends in tevredenheid*): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra, 2008, p.227).

De antwoorden op deze vragen resulteren in de volgende resultaten: “Patiënten van de medisch specialismen Gynaecologie & Verloskunde, Oogheelkunde en Psychiatrie van het UMCG zijn in vergelijking met de patiënten van deze specialismen van de andere UMC's significant meer tevreden over het aspect ‘vertrek en nazorg’. Deze specialismen hebben hiermee een ‘best practice’ op dit aspect.” (Winters et al., 2008, p.240).

B6.1.3 Rapportcijfers

Kliniek Maag-, darm- en leverziekten	rapportcijfer		verschil in gemiddelden (2007 – 2005)	N ¹	ontevreden	redelijk tevreden	duidelijk tot zeer tevreden
	2007	2005					
Vertrek en nazorg							
informatie verdere behandeling	5,8	4,7	9% *	114	12%	32%	55%
overdracht aan externe profs	5,6	4,9	6%	107	17%	23%	60%
ontslag	6,0	5,2	6%	120	14%	21%	65%

Figuur 6: Rapportcijfers kliniek MDL: vertrek en nazorg (Winters et al., 2008 *Trends in tevredenheid*): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra (Tabel 6 Detailinformatie klinische zorg MDL)).

Kliniek Keel-, neus- en oorheeskunde	rapportcijfer		verschil in gemiddelden (2007 – 2005)	N ¹	ontevreden	redelijk tevreden	duidelijk tot zeer tevreden
	2007	2005					
Vertrek en nazorg							
informatie verdere behandeling	6,4	6,4	0%	99	9%	24%	67%
overdracht aan externe profs	6,2	5,9	2%	69	14%	20%	65%
ontslag	6,8	6,4	3%	107	7%	21%	73%

Figuur 7: Rapportcijfers kliniek KNO: vertrek en nazorg (Winters et al., 2008 *Trends in tevredenheid*): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra (Tabel 6 Detailinformatie klinische zorg KNO)).

Polikliniek Maag-, darm- en leverziekten	rapportcijfer		verschil in gemiddelden (2007 – 2005)	N ¹	ontevreden	redelijk tevreden	duidelijk tot zeer tevreden
	2007	2005					
De nazorg							
informatie verdere behandeling	5,2	5,9	-5%	122	23%	20%	57%
informatieoverdracht extern	4,0	4,7	-6%	108	31%	25%	44%

Figuur 8: Rapportcijfers polikliniek MDL: de nazorg (Winters et al., 2008 *Trends in tevredenheid*): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra (Tabel 5 Detailinformatie poliklinische zorg MDL)).

Polikliniek Keel-, neus- en oorheelkunde	rapportcijfer		verschil in gemiddelden (2007 – 2005)	N ¹	ontevreden	redelijk tevreden	duidelijk tot zeer tevreden
	2007	2005					
De nazorg							
informatie verdere behandeling	5,5	5,5	0%	105	18%	27%	55%
informatieoverdracht extern	4,7	4,7	0%	79	24%	30%	46%

Figuur 9: Rapportcijfers polikliniek KNO: de nazorg (Winters et al., 2008 *Trends in tevredenheid*): De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra (Tabel 5 Detailinformatie poliklinische zorg KNO)).

B6.2 Resultaten KPAZ landelijk niveau

Er is een onderscheidt gemaakt tussen de resultaten van de kliniek en van de polikliniek.

B6.2.1 Resultaten kliniek

Patiënten van de kliniek zijn het meest tevreden over het aspect 'Bejegening en behandeling door artsen'. Het UMCU heeft hierbij de hoogste score en MUMC+ de laagste score. Over het aspect 'Vertrek en nazorg' zijn de patiënten van de kliniek gemiddeld gezien het minst tevreden. Het UMCU heeft hierbij de hoogste gemiddelde score en het MUMC+ heeft de laagste score.

B6.2.2 Resultaten polikliniek

Patiënten van de polikliniek zijn, net zoals in de kliniek, het meest tevreden over het aspect 'Bejegening en behandeling door artsen'. Het UMCN scoort hierop het hoogste en het AMC het laagst. Over het aspect 'Vertrek en nazorg' zijn de patiënten van de polikliniek het minst tevreden. Het UMCG heeft hierbij de hoogste gemiddelde score en het Vumc de laagste score.

Bijlage 7 Verbeteractiviteiten UMC's

B7.1 Activiteiten AMC

Het AMC is in 2006 gestart om het aspect ontslag en nazorg te verbeteren door een proefproject 'Nabellen' op vijf verpleegafdelingen op te zetten. Door de goede resultaten is dit op alle verpleegafdelingen ingevoerd. Er is een protocol 'Registratie telefonische nazorg' ontwikkeld. "Daarin wordt bijgehouden wie het ontslaggesprek heeft gevoerd, wat de ontslagdatum was, wie nabelde en wanneer." (Winters et al., 2008, p.89). Tijdens het nabellen informeert de verpleegkundige bij de patiënt of de patiënt nog vragen heeft over bijvoorbeeld leefregels, medicatie, pijn en thuiszorg. Patiënten hebben aangegeven blij te zijn dat ze hun vragen konden stellen en voelden zich na het gesprek ook meer gerustgesteld over bepaalde zaken.

Op de polikliniek Neurochirurgie wordt tijdens een telefonisch spreekuur voorlichting gegeven aan de patiënten, er wordt begeleiding geboden en er kunnen problemen opgelost worden. Op een verpleegafdeling van Inwendige geneeskunde zijn er activiteiten opgezet om het ontslagproces te verbeteren. Bij opname wordt er informatie verstrekt en verzameld over het ontslag. Bij het ontslag wordt de reden van opname, de behandeling, de complicaties en de medicatie voor na het ontslag besproken met de patiënt. Via een patiëntenbrief krijgt de patiënt dezelfde informatie tevens mee (Winters et al., 2008).

B7.2 Activiteiten EMC

Het EMC wil zich meer gaan richten op de ontslagprocedure. Patiënten van Orthopedie worden na het ontslag opgebeld ter ondersteuning en beantwoording van vragen. Verloskunde en Vrouwenziekten en Urologie gaan zich op het gebied van vertrek en nazorg richten op het voeren van ontslaggesprekken en het opstellen van een

voorlopige ontslagbrief voor de patiënt en voor de huisarts (Winters et al., 2008).

B7.3 Activiteiten LUMC

Op de afdeling Reumatologie van LUMC wordt aan patiënten de mogelijkheid gegeven om per e-mail contact te leggen met polikliniekmedewerkers en artsen. Op de afdeling Endocrinologie/ Algemene interne geneeskunde is de systematiek van de ontslagbrieven verbeterd. Hierdoor worden de brieven eerder verstuurd, waardoor de informatie voorziening naar de huisarts is verbeterd. Door de verpleegkundige van de afdeling Orthopedie wordt er een telefonische na-controle gedaan bij patiënten die een grote ingreep hebben gehad. Tijdens dit telefonische contact wordt er gevraagd hoe het met de patiënt gaat en of hij of zij nog vragen heeft (Winters et al., 2008).

B7.4 Activiteiten Maastricht UMC+

Bij het Maastricht UMC+ is er op de Chirurgie verpleegafdelingen standaard een ontslaggesprek ingevoerd. Tijdens het ontslaggesprek wordt tevens een checklist met vragen over ervaringen van patiënten behandeld (Winters et al., 2008).

B7.5 Activiteiten UMC St. Radboud

Bij het UMC St. Radboud is het aspect vertrek en nazorg verbeterd. Er zijn checklisten ontwikkeld, met een verpleeghuis is een overbruggingszorg gestart en er worden op verschillende afdelen gestructureerde ontslaggesprekken gevoerd (Winters et al., 2008).

B7.6 Activiteiten UMC Utrecht

Een verbeteractie van de divisie Peri-Operatieve zorg en Spoedeisende hulp van het UMC Utrecht is het telefooncontact. Hierbij worden patiënten thuis, na behandeling op de OK dagbehandeling opgebeld. Tijdens dit gesprek worden eventuele vragen beantwoord en wordt de tevredenheid naar aanleiding van de behandeling gepeild (Winters et al., 2008).

B7.7 Activiteiten Vu medisch centrum

Verbeteractiviteiten van het Vu medisch centrum zijn de afstemming met de thuiszorg, er worden ontslaggesprekken met patiënten gevoerd en het ontslagbeleid is geoptimaliseerd (Winters et al., 2008).