

Optimaliseren van de voorlichting aan knie- en heuppatiënten van de afdeling Orthopedie in het UMCG

Anika Bergmans

**Afdeling Orthopedie UMCG
Toegepaste Communicatiewetenschappen,
Wageningen Universiteit**

Groningen, 7 juni 2007

Optimaliseren van de voorlichting aan de knie- en heuppatiënten van de afdeling orthopedie in het UMCG

Groningen, 7 juni 2007

Auteur
Studentnummer

mw. A.E.W. Bergmans
821010-057-010

Stageverslag in het kader van

Toegepaste Communicatiewetenschappen
Sectie Communicatiewetenschap
Wageningen Universiteit

Opdrachtgever

dhr. prof. dr. S.K. Bulstra
Afdeling Orthopedie
UMCG

Begeleider afdeling Orthopedie UMCG
Begeleider Wageningen Universiteit

mw. A. Spriensma, NP Orthopedie
mw. dr. M.A. Koelen

Begeleider Wenckebach Ontwikkelplatform

mw. I.A.P.R. van Ringen

ISBN: 978-90-8827-005-5

NUR: 814

Trefw: voorlichting, (ziekenhuis)patiënten, orthopedie

Omslag: D.J. Buiten, Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen

© 2006 Wenckebach Ontwikkelplatform 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.

Voorzover 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

In februari 2007 ben ik gestart met een stageopdracht voor de opleiding Toegepaste Communicatiewetenschappen, richting voeding & gezondheid, aan Wageningen Universiteit. Dit onderzoek is verricht in opdracht van de afdeling Orthopedie van het Universitair Medisch Centrum Groningen, onder begeleiding van het Wenckebach Ontwikkelplatform. Het betreft een kwalitatief onderzoek naar de huidige manier van voorlichting aan knie- en heuppatiënten, zodat deze voorlichting en het proces verder geoptimaliseerd kunnen worden.

Graag wil ik iedereen bedanken die mij heeft geholpen bij het tot stand komen van dit onderzoek. In het bijzonder de afdeling Orthopedie en haar knie- en heuppatiënten. Daarnaast wil ik Irene van Ringen bedanken voor haar procesbegeleiding, interesse en het geven van feedback, alsook Alette Spriensma, nurse practitioner Orthopedie en Martin Stevens, onderzoekscoördinator Orthopedie, voor het geven van feedback. Maria Koelen wil ik bedanken voor het begeleiden vanuit Wageningen Universiteit. En natuurlijk mijn collega-studenten van het Wenckebach Ontwikkelplatform voor de gezellige tijd en het uitwisselen van ideeën!

Anika Bergmans
Groningen, juni 2007

INHOUDSOPGAVE

	SAMENVATTING	1
1	ACHTERGROND OPDRACHTGEVER EN AANLEIDING TOT DE OPDRACHT.....	3
1.1	AANLEIDING TOT DE OPDRACHT	3
1.2	PROBLEEM- EN DOELSTELLING VAN DE OPDRACHT	4
1.3	OPBOUW RAPPORT	4
2	OPZET EN UITVOERING ONDERZOEK	5
2.1	DOELGROEPEN.....	5
2.2	METHODEN.....	5
3.	LITERATUURSTUDIE	7
3.1	VOORLICHTING.....	7
3.2	GEZONDHEIDSVOORLICHTING.....	10
3.3	PATIËNTENVOORLICHTING.....	10
3.4	CONCLUSIE LITERATUURSTUDIE	13
4	DE HUIDIGE SITUATIE IN KAART GEBRACHT	15
4.1	DE NURSE PRACTITIONER	15
4.2	DE VOORLICHTING EN HET BEOOGDE DOEL	16
4.3	HET VOORLICHTINGSTRAJECT.....	17
4.4	RESULTATEN SEMI-GESTRUCTUREERDE INTERVIEWS.....	18
5	ADVIES	23
5.1	PLANNING & AFSTEMMING	23
5.2	POLIKLINISCH SPREEKUR NP, PREOPERATIEF ONDERZOEK & OPNAMEGESPREK.....	25
5.3	ALGEMEEN	25
6	DISCUSSIE.....	27
	LITERATUURLIJST	29
	BIJLAGE 1 SEMI-GESTRUCTUREERD INTERVIEW TKA EN THA PATIËNTEN 2007	31
	BIJLAGE 2 STAPPENPLAN (POS & BOUWENS, 2003)	32

Samenvatting

Uit recent tevredenheidsonderzoek van de UMC's onder patiënten blijkt dat communicatie en nazorg enigszins te wensen over laat. Dit geldt ook voor patiënten Orthopedie van het UMCG. De afdeling Orthopedie doet veel aan voorlichting en heeft het gevoel dat alles in huis is, maar vraagt zich af of het op de juiste manier wordt toegepast. De afdeling heeft daarom behoefte aan een analyse van de huidige werkwijze, manier van voorlichten, verwachtingen van betrokkenen en advies over aanpassing van de werkwijze. Zij wil weten wat voorwaarden zijn voor effectieve voorlichting. Hoe kan de huidige manier van voorlichten aan haar patiënten geoptimaliseerd worden? Binnen de afdeling Orthopedie zijn de knie- en heuppatiënten de doelgroep van het onderzoek. Gekozen is voor deze patiëntengroep, omdat zij de grootste groep beslaan. Tevens wordt onder deze groep meer onderzoek gedaan en wordt gekeken of deze onderzoeken samengebracht kunnen worden.

Het betreft een kwalitatief, beschrijvend onderzoek, gebruikmakende van triangulatie. Het onderzoek waarvan in dit rapport verslag is gedaan is gericht op het proces van de voorlichting vanuit de afdeling Orthopedie. Door het proces te analyseren, door middel van een literatuurstudie naar de voorwaarden van effectief voorlichten, een aantal semi-gestructureerde interviews met patiënten, desk research en ongestructureerde observaties, kan de afdeling Orthopedie van het UMCG een inzicht gegeven worden in het huidige voorlichtingstraject, om zo de voorlichting aan haar knie- en heuppatiënten te kunnen optimaliseren. In een later stadium kan gekeken worden naar de afzonderlijke producten binnen het proces. Het is op de eerste plaats belangrijk de interne organisatie met betrekking tot de voorlichting goed op orde te hebben. De volgende onderzoeksvragen en onderdelen komen aan de orde:

1. Literatuurstudie naar effectieve voorlichting
2. Analyse van het huidige voorlichtingstraject

3. Wat verwachten knie- en heuppatiënten van de afdeling Orthopedie in het UMCG van de voorlichting?

- Wat vinden knie- en heuppatiënten van de afdeling Orthopedie van de huidige voorlichting en het traject dat de voorlichting doorloopt, de communicatie en de nazorg: hoe, wanneer, waarom, door wie, gewenste effect?

De voorlichting vanuit de afdeling Orthopedie gaat niet in eerste instantie om gedragsverandering, maar om informeren en het vergroten van de kennis van de patiënt. Uit de semi-gestructureerde interviews is gebleken dat patiënten erg tevreden en te spreken zijn over de voorlichting en informatieverstrekking door Orthopedie. Patiëntenvoorlichting blijft echter wel een persoonlijke aangelegenheid. Het voorlichtingsdoel van de afdeling is haar *(primaire) knie- en heuppatiënten geestelijk en fysiek zo goed mogelijk voorbereiden op de operatie en een klein accent te leggen op de (benodigde) nazorg. Het is van belang dat de patiënt weet waar hij voor kiest, wat een operatie inhoudt, wat de consequenties kunnen zijn en waar hij op dit moment staat.* Er wordt feitelijke informatie overgedragen met betrekking tot de afdeling, onderzoek, operatie, voorzieningen in en om het ziekenhuis en nazorg. Daarnaast worden er richtlijnen gegeven met betrekking tot eventueel medicijngebruik of oefeningen, zodat de patiënt weet hoe te handelen en wordt de patiënt indien nodig gerustgesteld door middel van een luisterend oor. De afdeling Orthopedie maakt gebruik van mondelinge, schriftelijk en audiovisuele voorlichtingsmethoden, waarbij de nadruk op mondelinge voorlichting ligt tijdens de spreekuren bij de nurse practitioner. Er is sprake van (een combinatie van) informatieve-, educatieve-, persuasieve-, risico- en interpersoonlijke voorlichting

De voorlichting is niet gebaseerd op en te analyseren aan de hand van de peilers planmatigheid, doelgerichtheid en

systematiek. Er is een zorgketen beschreven: wie doet wat wanneer. Deze zorgketen is echter nog niet voor alle hulpverleners inzichtelijk gemaakt, wat kan zorgen voor overlap of gaten in de voorlichting: de afstemming is niet overzichtelijk en/ of te achterhalen. Uit bestaande documenten en gesprekken met een nurse practitioner is gebleken dat de afdeling geen gebruik maakt van een (patiënten)voorlichtingsmodel of een planningsmodel. Door gebruik te maken van een model kan men onder andere makkelijk aangeven welke visie de afdeling voor ogen heeft met de voorlichting, welke criteria gehanteerd dienen te worden en welke factoren een rol kunnen spelen in de voorlichting. (Pos & Bouwens, 2003) Bij gebruik van een planningsmodel wordt een vaste route doorlopen, welke per patiënt enigszins aangepast wordt: de behoefte aan voorlichting is namelijk heel persoonlijk. Samen met het inzichtelijk maken van de door de afdeling opgezette zorgketen zal een planningsmodel bijdragen aan optimalisering van de voorlichting en afstemming met betrokkenen omtrent voorlichting en kan de voorlichting een integraal onderdeel worden binnen de zorg- en dienstverlening van de afdeling.

1 Achtergrond opdrachtgever en aanleiding tot de opdracht

Orthopedie is het medische specialisme dat zich bezighoudt met aandoeningen aan het steun- en bewegingsapparaat. Dit stelsel bestaat uit botten, gewrichten, spieren, pezen en banden. Op de afdeling Orthopedie zijn verschillende hoofdlijnen in patiëntenzorg te onderscheiden. Speciale aandacht is er voor knie- en heupproblemen, rugproblematiek en traumapatiënten. Andere deelspecialismen liggen op het gebied van de kinderorthopedie en de oncologie.

Patiënten worden op de afdeling Orthopedie behandeld door orthopedische chirurgen, specialisten in opleiding, nurse practitioners en verpleegkundigen. De afdeling beschikt over één verpleegafdeling, waar 32 patiënten kunnen worden opgenomen. Op de afdeling Orthopedie komen veel oudere patiënten die heup- of knieproblemen hebben. In totaal werken er op de afdeling Orthopedie 70 mensen (waarvan de helft in deeltijd). Op de polikliniek komen jaarlijks 17.000 patiënten, hiervan komt een derde deel voor de eerste keer en tweederde deel voor controle. Per jaar worden 1.200 patiënten opgenomen. Op de operatieve dagbehandeling worden 600 patiënten geopereerd. Per jaar krijgen 180 primaire patiënten een nieuwe heup en ongeveer 100 patiënten een nieuwe knie.

In het wetenschappelijk onderzoek op de afdeling Orthopedie zijn twee hoofdlijnen te onderscheiden. In de eerste onderzoekslijn ligt de nadruk op de ontwikkeling van nieuwe implantaten en coatings op implantaten die infecties voorkomen. In de tweede onderzoekslijn ligt de nadruk op de evaluatie van orthopedische ingrepen en aspecten die het bewegingsgedrag bepalen. Een heel ander, niet minder belangrijk aspect waar onderzoek voor deze afdeling zich op kan richten betreft communicatie: de voorlichting aan patiënten.

1.1 Aanleiding tot de opdracht

Uit recent tevredenheidsonderzoek van de UMC's onder patiënten blijkt dat de patiënten vinden dat de communicatie en nazorg te wensen over laat. Dit geldt ook voor de patiënten van de afdeling Orthopedie van het UMCG. De informatie die aangeboden wordt blijkt niet het gewenste effect te bereiken. Het is niet helder wat nu precies anders moet. De afdeling Orthopedie heeft behoefte aan een diepgaandere analyse van de huidige werkwijze, verwachtingen van betrokkenen en (strategisch) advies over aanpassing van de werkwijze. Zij wil een analyse van de huidige situatie en inzicht in wat anders of beter kan in het huidige traject van voorlichten. Vragen die de afdeling Orthopedie heeft:

1. Wat zijn de voorwaarden voor effectieve voorlichting?
2. Wat verwachten patiënten van goede voorlichting: aan welke informatie hebben ze werkelijk behoefte, wie moet die voorlichting geven, wat zijn de verklaringen voor deze verwachtingen en/ of aandachtspunten?
3. Wat zijn de sterke en minder sterke kanten van de huidige manier van voorlichten?
4. Hoe komt het dat patiënten het minst tevreden zijn over de nazorg, terwijl daar wel veel tijd en energie ingestoken wordt?
5. Hoe kan voorlichting “naar de maat van de patiënt” worden gegeven: niet elke patiënt lijkt op hetzelfde moment dezelfde behoefte aan informatie te hebben, maar hoe kun je daar als hulpverleners op inspelen?
6. Welke voorstellen zijn er voor gerichte aanpassingen van de huidige werkwijzen en daaraan gekoppeld evaluaties en onderzoek.

1.2 Probleem- en doelstelling van de opdracht

Het onderzoek waarvan in dit rapport verslag gedaan wordt richt zich op de volgende probleem- en doelstelling en bijbehorende onderzoeksvragen.

Probleemstelling

Hoe kan de afdeling Orthopedie van het UMCG de huidige manier van voorlichten aan haar patiënten optimaliseren?

Doelstelling

Door middel van een literatuurstudie naar de voorwaarden van effectief voorlichten, een tiental semi-gestructureerde interviews met patiënten, desk research en ongestructureerde observaties de afdeling Orthopedie van het UMCG inzicht geven in het huidige voorlichtingstraject om de voorlichting naar haar knie- en heuppatiënten te kunnen optimaliseren.

Onderzoeksvragen

1. Wat zijn de voorwaarden en / of modellen voor effectieve voorlichting?
2. Analyse van de huidige manier van voorlichten en keten van voorlichting.
3. Wat verwachten knie- en heuppatiënten van de afdeling Orthopedie in het UMCG van de voorlichting?

Wat vinden knie- en heuppatiënten van de afdeling Orthopedie van de huidige voorlichting en het traject dat de voorlichting doorloopt, communicatie en nazorg: hoe, wanneer, waarom, door wie, gewenste effect?

1.3 Opbouw rapport

Hoofdstuk 2 geeft een beschrijving van de opzet en uitvoering van het onderzoek. Hoofdstuk 3 omvat de literatuurstudie naar voorwaarden, eigenschappen en planning van effectieve voorlichting. Hoofdstuk 4 geeft inzicht in de huidige situatie van de voorlichting van de afdeling Orthopedie. In hoofdstuk 5 komen de discussie en conclusie met betrekking tot het onderzoek aan de orde. Hoofdstuk 6, het afsluitende hoofdstuk, omvat de aanbevelingen voortgekomen uit dit onderzoek.

2. Opzet en uitvoering onderzoek

In dit hoofdstuk worden de doelgroepen en gebruikte methoden verantwoord. Het betreft een kwalitatief, beschrijvend onderzoek, hierbij gebruikmakende van triangulatie. Kwalitatief onderzoek is zeer geschikt om inzicht te krijgen in 'waarom' en 'hoe' vragen. De opdrachtgever wil inzicht verkrijgen in de huidige manier van voorlichten en weten wat voorwaarden zijn voor effectieve voorlichting: hoe zij de voorlichting kan optimaliseren.

2.1 Doelgroepen

De doelgroepen van het onderzoek zijn de afdeling Orthopedie van het UMCG en de knie- en heuppatiënten van deze afdeling. Gekozen is voor deze patiëntengroep, omdat zij de grootste groep beslaan. Tevens wordt onder deze groep meer onderzoek gedaan en men wil kijken of deze onderzoeken samengebracht kunnen worden tot één onderzoek. Inclusiecriteria voor de doelgroep patiënten zijn:

- patiënt heeft tussen april 2005 en maart 2007 een nieuwe knie of nieuwe heup gekregen (totale heup- of kniearthroplasthy, verder THA of TKA)
- patiënt functioneert psychosociaal op een stabiel niveau
- patiënt maakt geen deel uit van het gezamenlijk medisch consult of het "Bed Oet" project

2.2 Methoden

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van data- en methodologische triangulatie: er wordt gebruik gemaakt van verschillende soorten data alsook van verschillende onderzoeksmethoden. Door gebruik te maken van verschillende gegevensbronnen en methoden wordt het beeld van de onderzoekssituatie meer valide. (Baarda, de Goede & Teunissen, 1998)

De afdeling Orthopedie doet veel aan voorlichting aan haar patiënten. Zij heeft het gevoel dat alles wel in huis is, maar vraagt zich af of dit op de juiste manier wordt gebruikt en/of toegepast. Daarom is gebruik gemaakt van een literatuurstudie naar de voorwaarden van effectieve voorlichting. Daarnaast wordt informatie verworven via patiënten, door middel van semi-gestructureerde interviews. Tevens wordt gebruik gemaakt van desk research (huidige traject) en observaties op de afdeling en polikliniek om een inzicht te krijgen in het huidige voorlichtingstraject.

Literatuurstudie De afdeling Orthopedie wenst een inzicht te krijgen in de huidige manier van voorlichten en wat voorwaarden zijn voor effectieve voorlichten. Zij ziet de nadruk graag op theorie en bestaande informatie met betrekking tot (patiënten)voorlichting. Hiertoe is gebruik gemaakt van literatuur omtrent voorwaarden, eigenschappen en planning voor effectieve voorlichting.

Desk research Om inzicht te verwerven in het huidige voorlichtingstraject is het belangrijk hiervoor gebruik te maken van reeds bestaande documenten. Er wordt gekeken naar het traject van voorlichting en wie hier zorg voor draagt. Daarnaast is informatie verworven via Bureau Voorlichting om een beter beeld te krijgen van effectieve voorlichting (welke voorwaarden worden gesteld aan effectieve voorlichting, plan van aanpak, aandachtspunten).

Observaties De observatiemomenten hebben een zeer open en ongestructureerd karakter. Deze observaties zijn bedoeld om een beeld te kunnen vormen bij de bestaande documenten, de eventuele toepassing hiervan en de voorlichting op zichzelf. De observaties hebben plaatsgevonden tijdens spreekuren van de nurse practitioner op de polikliniek, het preoperatief onderzoek (preoperatief verpleegkundig spreekuur en op de

preoperatieve kliniek anesthesie) en opnamegesprekken met de patiënt. Er is gekeken hoe de huidige strategie aansluit bij de gewenste strategie: al observerend en analyserend is gekomen tot ideeën en interpretaties (Baarda, de Goede & Teunissen, 2005).

Semi-gestructureerd interview Omdat het uiteindelijk draait om de patiënt is het van belang om inzicht te krijgen in de wensen en verwachtingen van deze groep. Er zijn een negental knie- en heuppatiënten van de afdeling Orthopedie benaderd voor een semi-gestructureerd interview. Er is gestopt met de dataverzameling via de patiënten op het moment dat saturatie werd bereikt: wanneer geen nieuwe informatie meer naar voren kwam over de voor het onderzoek relevante onderwerpen. (Boeije, 2006) De patiënten zijn gekozen door middel van doelgerichte selectie. Er behoefde geen statistische representativiteit te worden gerealiseerd; de kans dat men in de steekproef valt, is niet door toeval bepaald. Het interview bestond uit vooraf geformuleerde, open vragen. De volgorde van de vragen is vooraf vastgesteld en de respondenten hebben dezelfde serie vragen voorgelegd gekregen, waarop echter wel doorgevraagd werd indien nodig. De interviews zijn opgenomen met een recorder, daarna letterlijk uitgetypt en verwerkt met het programma Atlas.ti, een programma dat kwalitatief onderzoek ondersteunt. Bij de verwerking van de interviews in dit programma treedt een enkele keer ruis op. Dit houdt in dat de patiënt alvorens antwoord te geven op de daadwerkelijke vraag, een andere ervaring heeft gedeeld. Tijdens het coderen in Atlas.ti zijn de gehele antwoorden meegenomen en is geen selectie gemaakt van de 'juiste' antwoorden, dit om vernauwing van het blikveld te voorkomen bij het beschrijven van de resultaten en conclusies. De interviews ondersteunen de literatuurstudie en desk research en geven mede richting aan het advies aan de afdeling Orthopedie.

3. Literatuurstudie

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de literatuur met betrekking tot effectieve voorlichting. Gestart wordt met een algemene omschrijving van voorlichting: voorwaarden, eigenschappen, methoden, materialen en planning. Hierna wordt ingegaan op gezondheidsvoorlichting en patiëntenvoorlichting in het bijzonder. Samen met de in kaart gebrachte huidige situatie en de resultaten van de semi-gestructureerde interviews in hoofdstuk 4, biedt dit alles een aanzet tot het optimaliseren van de voorlichting aan de knie- en heuppatiënten van de afdeling Orthopedie in het UMCG.

3.1 Voorlichting

“Voorlichting is de verzamelnaam voor alle educatieve of informatieve interventie activiteiten waarmee personen of organisaties, binnen het kader van een overkoepelende veranderdoelstelling, beogen bij doelgroepen gewenste ontwikkelingen te bevorderen en ongewenste tegen te gaan” (Huizinga, 1982). Voorlichting is een middel, een strategie en een participatieve werkvorm. Het doel is, om doelen van de voorgelichte te helpen realiseren of om gezamenlijke problemen op te lossen. Het is essentieel dat de zender zich realiseert wat hij met de voorlichting wil bereiken.

Er bestaan verschillende doelen en functies waar voorlichting zich op kan richten. De voorlichtingsmethode en het voorlichtingsmateriaal dienen gekozen te worden aan de hand van het voorlichtingsdoel. Bij voorlichting is het cruciaal te realiseren wat ermee bereikt moet worden. Grofweg zijn er drie soorten doelen: (www.nigz.nl)

1. Kennisdoel: pure informatieoverdracht, het vergroten van kennis
2. Houdingsdoel: leren uit ervaring
3. Gedragsdoel: veranderen van gedrag, oefenen van een vaardigheid

De vier functies van voorlichting zijn: (Röling, 1994)

1. Referentiële functie: er wordt verwezen naar bepaalde verschijnselen of gebeurtenissen
2. Appellerende functie: er wordt een beroep gedaan op de ontvanger om iets te doen of te laten
3. Expressieve functie: er wordt weergegeven: de zender geeft iets van zichzelf weer, zoals zijn gevoelens, opvattingen, normen of waarden
4. Relationele functie: er wordt weergegeven hoe de zender over de ontvanger denkt, waardoor de boodschap een verhouding schept, handhaaft of verandert tussen zender en ontvanger

Het is van belang om voorlichting planmatig, doordacht en systematisch aan te pakken om het meer kans van slagen te geven (Maertens & Maris, 2000). Volgens van Meegeren (1994) ligt in een planmatige werkwijze de nadruk sterk op voorbereiding. Planning is overigens een van de voorwaarden voor goede en effectieve voorlichting (de Vries, 1992). Andere voorwaarden voor effectieve informatieoverdracht zijn (www.nigz.nl):

- De context waarin de boodschap begrepen moet worden, moet duidelijk aangegeven zijn.
- De boodschap behoort geformuleerd te worden in termen van het gewenste resultaat.
- Het tonen van voorbeeldgedrag uit de directe omgeving en belevingswereld van de doelgroep zijn essentieel.
- De voorlichting dient de ontvanger niet het idee te geven dat de vrijheid wordt beperkt, maar juist wordt uitgebreid.
- Voor het beslechten van mogelijke barrières in het uitvoeren van gedrag wordt gewezen op de mogelijkheid dat nieuwe vaardigheden aangeleerd kunnen worden.
- De voorlichting is erop gericht de ervarings-/ belevingswereld uit te breiden.
- De voorlichtingsboodschap bevat een realistisch

- gedragsalternatief.
- Het gewenste gedrag biedt voldoende uitzicht op beloning.
- De voorlichting houdt rekening met de manier waarop de doelgroep de problemen oplost.
- Een waarschuwend, belerende boodschap bereikt slechts averechtse effecten.
- De boodschap wordt in wisselende modaliteit herhaald.
- Het aanbevolen gedrag komt tegemoet aan het streven van de mens naar persoonlijke prestatie en attractiviteit.
- De voorlichtingsboodschap geeft gelegenheid tot identificatie.
- Voorlichting appelleert aan het eigen verantwoordelijkheidsgevoel.
- De voorlichter draagt er zorg voor dat mogelijkheden voor terugkoppeling in de interventie zijn ingebouwd.

Eigenschappen van een effectieve boodschap zijn (Kemme, 1995):

- Discrepantie: het ondersteunt de zender om tijdens de beginfase van de voorlichtingsboodschap bepaalde standpunten te verkondigen die nauw aansluiten bij de bestaande overtuigingen van de ontvanger.
- Geïnvolveerdheid of emotionele betrokkenheid: de ontvanger van een voorlichtingsboodschap zal emotioneel betrokken zijn bij de boodschap. Een te lage of te grote geïnvolveerdheid van de zender verstoort de overdracht. Een middelmatige betrokkenheid is gewenst.
- Zakelijk aspect van de boodschap: is de voorlichtingsboodschap toetsbaar? Feiten zijn de basis van de boodschap.
- Appellerend aspect van de boodschap: wat wil de zender dat de ontvanger van de voorlichtingsboodschap doet of juist laat?
- Relatieve aspect van de boodschap: welke relatie gaat de zender aan met de ontvanger?
- Expressief aspect van de boodschap: hoe drukt de zender zich verbaal en non-verbaal uit?

- Boodschapontwikkeling: er zijn een aantal richtlijnen voor de ontwikkeling van een overredende boodschap, te weten: de zender voert argumenten aan, bewijslast hiervoor is afkomstig van een verifieerbare bron, eerst wordt het probleem gecommuniceerd, vervolgens de oplossingen en eindigt met een logische, waarschijnlijke en specifieke conclusie zodat de ontvanger niet hoeft te raden naar de bedoeling van de aangereikte informatie

De effectiviteit van een voorlichtingsboodschap wordt bepaald door de volgende variabelen: ontvanger-, boodschap-, bron- en kanaalvariabelen (McGuire 1985). Kort samengevat komt het op het volgende neer: wie (zender) zegt wat (geëncodeerde boodschap) op welke wijze (kanaal of medium) tegen wie (ontvanger) met welk effect (feedback of reactie) in welke context?

Er bestaan vijf voorlichtingsmethoden, te weten: mondelinge voorlichting, welke zich onderscheidt in individuele voorlichting en groepsvoorlichting, schriftelijke voorlichting, (audio)visuele voorlichting, multimedia en massamediaal. De vier laatstgenoemde voorlichtingsmethoden ondersteunen en vullen de mondelinge voorlichting aan. Daarnaast zijn zes soorten voorlichtingsmaterialen te onderscheiden, te weten: schriftelijk materiaal (folders, brochures, boeken), demonstratiematerialen (prothesen, voedingsmiddelen), spelmaterialen (kwartetsspelen), (audio)visueel materiaal (video, geluidscassettes, tekeningen) en multimediaal materiaal (cd-roms) en Internet. Iedere methode en elk materiaal brengt voor- en nadelen met zich mee. Tabel 1 vat de voor- en nadelen van mondelinge-, schriftelijke- en (audio)visuele voorlichting kort samen. Multimedia en massamediaal worden hier buiten beschouwing gelaten gezien de toepasbaarheid op de doelgroep van het onderzoek.

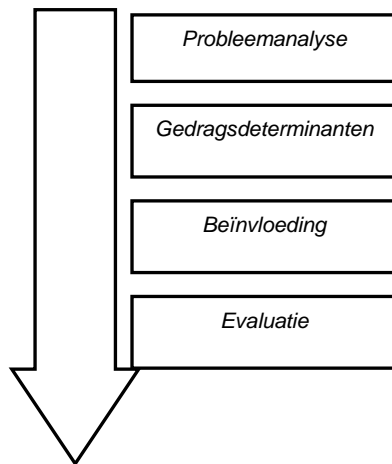
	Voordelen	Nadelen
Mondeling	<ul style="list-style-type: none"> - Eenvoudig te organiseren - Face-to-face contact - Mogelijkheid tot individualisering - Mogelijkheid tot bereiken van grote groepen die zelfde informatie ontvangen 	<ul style="list-style-type: none"> - Doet beroep op een waarnemingskanaal - Eventuele passiviteit van ontvanger - Kwaliteit is afhankelijk van expertise en motivatie zender - Niet alle thema's zijn geschikt voor groepen - Vereist werving
Schriftelijk	<ul style="list-style-type: none"> - Gebruik van folders & brochures draagt bij tot kennisniveau van ontvanger - Gebruik van folders & brochures bieden de ontvanger de mogelijkheid tot herlezen van ontvangen informatie - Gesprekken met anderen kunnen door de schriftelijke informatie gestart worden en verkeerde denkbeelden kunnen worden gecorrigeerd - De informatie kan beter worden geredigeerd dan enkel mondelinge informatie - Het geeft de mogelijkheid tot het visualiseren van informatie 	<ul style="list-style-type: none"> - Folders & brochures scoren laag als het gaat om opwekken van interesse, beïnvloeden van ideeën of veranderen van gedrag (naslagwerk) - Folders & brochures zijn nooit toegespitst op de specifieke situatie van de ontvanger
(Audio) visueel	<ul style="list-style-type: none"> - Video: te gebruiken als instructie, demonstratie, observatie etc. - Auditieve- en waarnemingskanalen worden beide aangesproken - Mogelijkheden tot 'manipulatie' - Groot bereik mogelijk - In veel settings bruikbaar en toe te passen - Stelt weinig eisen aan gebruiker - Kan herkenning oproepen (bijvoorbeeld het tonen van ervaringsverhalen) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tijdrovend en kosten - Kan passiviteit van ontvanger uitlokken - Kwaliteit van effect is mede afhankelijk van bediener (instructie of training kan wenselijk zijn) - Ontvanger hoeft zich niet in (personage in) video te herkennen

Tabel 1 voor- en nadelen voorlichtingsmethoden.

3.2 Gezondheidsvoorlichting

Gezondheidsvoorlichting (GVO) is de vertaling van 'health education'. Het is een toegepaste wetenschap gevoed door bevindingen en theorieën uit gedragswetenschappen. De noodzaak van GVO werd duidelijk toen bleek dat het gedrag van mensen in vele gevallen de oorzaak was van allerlei ziekten en aandoeningen. Het gaat bij GVO niet alleen om het overdragen van kennis, maar meer om de vraag hoe die kennis in het dagelijks handelen toegepast moet worden om zich blijvend gezond te gedragen. (Damoiseaux, 1998)

Volgens Green en Kreuter (1999) is GVO elke combinatie van leerervaringen die bedoeld zijn om vrijwillige gedragsveranderingen te realiseren welke leiden tot een betere gezondheid. Het doel van GVO is risicovolle gedragingen van personen te veranderen en is gebaseerd op de drie peilers planmatigheid, doelgerichtheid en systematiek (Kemme, 1995 & Damoiseaux et al. 1998). GVO kent een systematiek met vier stappen (figuur 1). Deze vier stappen worden onderstaand omschreven.



Figuur 1 Vier stappen GVO.

Stap 1: probleemanalyse

Het basisprincipe van elke interventie is dat getracht wordt een gezondheidsprobleem te verminderen of op te lossen door wijzigingen van gedrag, attitude of kennis. Daarom is het van groot belang te kijken of er daadwerkelijk een relatie is tussen gedrag en probleem. De ernst van het probleem wordt bij de probleemanalyse allereerst aan de orde gesteld.

Stap 2: gedragsdeterminantenanalyse

Welke determinanten veroorzaken het ongewenste gedrag of belemmeren het gewenste gedrag?

Stap 3: gedragsbeïnvloeding

Aan het eind van stap twee dient men twee belangrijke beslissingen te nemen, voordat het gedrag beïnvloedt kan worden. Te weten: de relatieve belangrijkheid van de determinanten die het probleem veroorzaken en de relatieve veranderbaarheid van de determinanten.

Stap 4: evaluatie

Heeft de interventie wel of geen effect teweeggebracht? Om deze vraag te kunnen beantwoorden dient een evaluatieonderzoek uitgevoerd te worden. Er zijn twee soorten evaluatie: procesevaluatie (in kaart brengen van gebeurtenissen bij voorbereiding, ontwikkeling en uitvoering van de interventie) en effectevaluatie (heeft de interventie voldaan aan de doelstelling? Hierbij is het ontwerpen van het onderzoeksdesign het belangrijkste). (Damoiseaux et al., 1998)

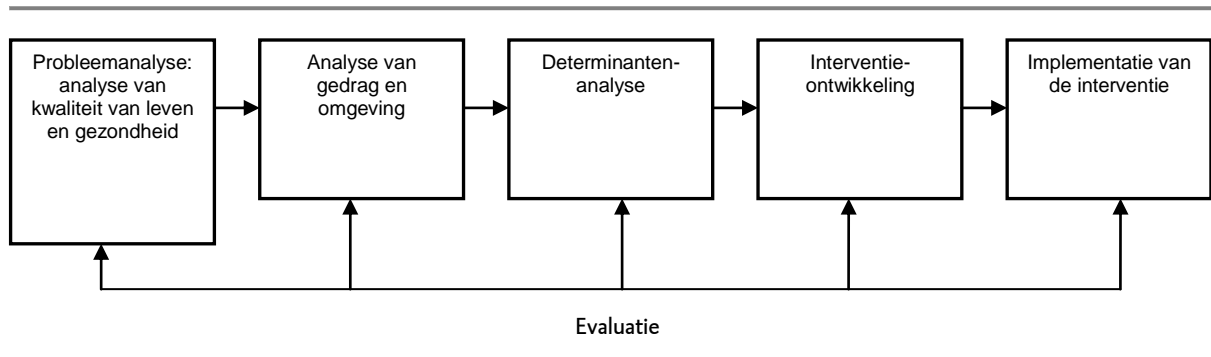
3.3 Patiëntenvoorlichting

“Patiëntenvoorlichting is 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, attitudes en gedrag te bewerkstelligen dat een gunstige invloed op het genezingsproces en het omgaan met (restanten van) ziekte verwacht mag worden”. (Maertens & Maris, 2000)

Patiëntenvoorlichting is een specifiek onderdeel van GVO. Dit houdt in dat theoretische achtergronden, zoals werkwijze en methodiek, van de GVO toegepast worden in

de patiëntenvoorlichting. Om de verschillende stappen van patiëntenvoorlichting in kaart te brengen kan, naast de vier stappen van figuur 1, gebruik gemaakt worden van figuur 2. Dit is een veel gebruikt planningsmodel in de GVO: het PRECEDE/PROCEED model van Green en Kreuter (1999), wat staat voor 'Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation'/'

'Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Ecological Development'. Het model omvat alle doelen, middelen en niveaus van gezondheidsbevordering. In principe bevat dit model dezelfde stappen als beschreven bij figuur 1, maar is ruimer van opzet. (Pos & Bouwens, 2003)



Figuur 2, model van planmatige gezondheidsvoorlichting (Green & Kreuter, 1999)

Volgens de Kwaliteitswet is patiëntenvoorlichting een essentieel onderdeel van het handelen van elke werknemer in de gezondheidszorg. Patiëntenvoorlichting moet een integraal onderdeel van de zorgverlening zijn. (van Houten & Saan, 1998) Voor de ontwikkeling van patiëntenvoorlichting is met name de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) van groot belang. Deze wet maakt sinds april 1995 deel uit van het Burgerlijk Wetboek en regelt onder meer het recht op informatie en het toestemmingsvereiste. De WGBO dient ondersteuning te geven aan de patiëntenvoorlichting en heeft als doel efficiënt en doeltreffend voorlichten. (Pos & Bouwens, 2003)

Midden jaren tachtig hebben op het gebied van patiëntenvoorlichting in ziekenhuizen grote ontwikkelingen plaats gevonden: er wordt hard gewerkt aan de verbetering van patiëntenvoorlichting. Voor deze ontwikkelingen zijn

vijf factoren aan te wijzen, te weten: (Maertens & Maris, 2000)

- Stimuleringsbeleid van de overheid: de overheid stimuleert sinds de jaren tachtig verbetering van patiëntenvoorlichting. Redenen hiervoor zijn: redenen van ethische, politieke en juridische aard (gezondheidszorg moet weer menselijk worden met meer invloed van de klant) en redenen van medische, psychische en economische aard (goede voorlichting bevordert genezingsproces en kan op dergelijke wijze de kosten van gezondheidsvoorlichting verlagen).
- Toegenomen mondigheid van de patiënt: er zijn in Nederland enkele honderden patiëntenorganisaties, grofweg te verdelen in vier categorieën, te weten categoriale patiëntenorganisaties en gehandicaptenorganisaties, organisaties van wettelijke vertegenwoordigers van patiënten, algemene

patiënten- en consumentenorganisaties en regionale patiënten- en consumentenplatforms. De overkoepelende organisatie is de Nederlandse Patiënten/ Consumenten Federatie (NP/CF).

- Veranderingen in de zorg (medisch-technologisch en zorginhoudelijk): het complexer en specialistischer worden van onderzoeken en behandelingen. Verkorte opnameduur en toename van het aantal short-stay opnames. Ontwikkeling van transmurale zorg. Kenmerkend van de transmurale zorg is de continuïteit van de zorg: zorgaanbieders werken nauw met elkaar samen en stemmen hun voorzieningen op elkaar af.
- Meer aandacht voor kwaliteitsdenken: kwaliteit van zorg wordt niet enkel bepaald door de kwaliteit van medisch- en verpleegkundig handelen. Ook service- en dienstverlening en patiëntenvoorlichting zijn bepalend.
- Concurrentie tussen ziekenhuizen: ziekenhuizen besteden steeds meer aandacht aan service- en dienstverlening en patiëntenvoorlichting om zo patiënten als klant te houden en nieuwe patiënten aan te trekken.

Patiëntenvoorlichting zou ideaal gesproken moeten voldoen aan de volgende eisen. De patiënt ontvangt van elke hulpverlener waar hij mee te maken krijgt de informatie die benodigd is en waar behoefte aan is op een voor de patiënt begrijpelijke manier. De informatie die gegeven wordt door de verschillende betrokkenen dient op elkaar afgestemd te zijn, zodat dit een samenhangend geheel vormt. Hierdoor kunnen gaten, overlap en tegenstrijdigheden voorkomen worden. De mondelinge informatie dient ondersteund te worden door bijvoorbeeld een folder, indien nodig of gewenst. (Maertens & Maris, 2000)

Effecten patiëntenvoorlichting

Door de grote verscheidenheid aan patiëntenvoorlichting is over de effectiviteit ervan geen eenduidige conclusie te trekken. Afhankelijk van de aandoening, situatie en gebruikte voorlichtingsmethode en materiaal, verschillen

de doelen en zo ook de effecten van de patiëntenvoorlichting. Als patiënten voorgelicht zijn over de ingreep, ervaren zij over het algemeen minder angst en pijn en hebben gemiddeld een kortere opnameduur in het ziekenhuis. Informatie over procedures heeft hier geen effect op. Daarentegen lijken sensorische informatie (o.a. hoe een ingreep aanvoelt), voorlichting door modeling en gedragsmatige technieken (o.a. leren van oefeningen) wel effectief. Gegevens over gezondheidsvoorlichting laten zien dat een combinatie van het gebruik van meerdere methoden effectiever is. (Pos & Bouwens, 2003)

Patiëntenvoorlichting in het ziekenhuis

Patiëntgericht voorlichten omvat twee belangrijke principes: eerst denken en dan doen en hierbij dient de patiënt als uitgangspunt te worden genomen. Juiste patiëntenvoorlichting zorgt voor meer tevreden patiënten, draagt bij aan meer medewerking, therapietrouw en herstel en het vermindert de angst. Patiënten worden dagelijks geconfronteerd met verschillende hulpverleners, die allen voorlichting geven. Deze voorlichting vindt bewust of onbewust plaats. De verpleegkundige heeft in het voorlichtingstraject als het ware drie functies, te weten: een uitvoerende rol (de verpleegkundige voorlichting), coördinerende en aanvullende rol (door dagelijks contact met patiënten signaleert zij de hiaten, overlap of tegenstrijdigheden in de voorlichting en kan de andere hulpverleners hierop wijzen of de voorlichting bijstellen). De voorlichting aan operatiepatiënten bestaat uit vier onderdelen. Een combinatie van onderstaande vier onderdelen zal het meest effectief zijn, waarbij het belangrijk is in het oog te houden dat het tweerichtingsverkeer betreft en luisteren hierbij van groot belang is:

- Informatie verstrekken. Bijvoorbeeld over wat voor, tijdens en na de operatie gebeurt, mogelijke gewaarwordingen, wat de patiënt zelf kan doen om de verwerking van informatie positief te beïnvloeden.
- Instructies geven. Bijvoorbeeld met betrekking tot bewegen na de operatie en hoe dit het best te doen.

- Aandacht voor pijn. Tijdens de preoperatieve voorlichting aandacht schenken aan de pijn. De pijnervaring wordt zo positief beïnvloedt. Zorg er hierbij voor dat de patiënt realistische verwachtingen ontvangt.
- Emotionele ondersteuning. Voor patiënten zijn aandacht voor vragen en zorg een bewijs van betrokkenheid.

Uit onderzoek blijken onder andere onderstaande resultaten van goede voorlichting, voorafgaande aan de operatie: (Maertens & Maris, 2000):

- Vermindering van bepaalde verschijnselen, zoals postoperatief braken;
- Minder medicijngebruik;
- Sneller herstel;
- Minder angstgevoelens.

De planning van patiëntenvoorlichting en bijbehorende activiteiten in het ziekenhuis heeft normaal gesproken betrekking op drie niveaus, te weten: het institutionele niveau (verankering van patiëntenvoorlichting in de organisatie, het beleid en toekenning van zowel financiële als personele middelen), het programmaniveau (ontwikkelen van voorlichtingsactiviteiten voor de specifieke patiëntengroepen op de afdelingen) en het individuele patiëntenniveau (face-to-face voorlichting). Als genoemde drie niveaus samen bij de planning van patiëntenvoorlichting betrokken zijn kan de continuïteit van de voorlichtingsactiviteiten vorm krijgen. (Maertens & Maris, 2000)

3.4 Conclusie literatuurstudie

Uit de literatuurstudie komen een aantal belangrijke aspecten naar voren waar men vóór, tijdens en ná de voorlichting aan moet denken. Wat zijn de voorwaarden voor effectieve voorlichting? Later in dit onderzoek worden deze aspecten verbonden aan de huidige situatie en de

aanbevelingen. Deze aspecten zijn samenvattend als volgt te benoemen:

Wil voorlichting effectief zijn, dient zij te voldoen aan bepaalde voorwaarden, er dient een planning gemaakt te worden en de juiste methode en materialen dienen gekozen te worden om het voorlichtingsdoel te bereiken. Het gaat erom planmatig, doordacht en systematisch te werk te gaan (Maertens & Maris, 2000).

De modellen en theorieën vanuit de GVO zijn toepasbaar op patiëntenvoorlichting. Er bestaat geen specifiek patiëntenvoorlichtingmodel of – theorie. (Pos & Bouwens, 2003)

Bij de planning van patiëntenvoorlichting is het belangrijk het institutionele niveau, het programma niveau en het individuele patiëntenniveau samen bij de planning te betrekken om continuïteit van de voorlichting te bevorderen. (Maertens & Maris, 2000)

De patiënt behoort van elke hulpverlener waar hij mee in aanraking komt begrijpelijke informatie te ontvangen die benodigd is op dat specifieke moment en waar de patiënt op dat moment behoefte aan heeft. Deze informatie dient zo op elkaar afgestemd te zijn dat hier geen gaten of overlap in ontstaat: de totale voorlichting moet een samenhangend geheel vormen (Maertens & Maris, 2000) en een integraal onderdeel vormen binnen de zorgverlening (van Houten & Saan, 1998).

Het gebruik van meerdere methoden bevordert de effectiviteit van de voorlichtingsboodschap (Pos & Bouwens, 2003).

4. De huidige situatie in kaart gebracht: de voorlichting aan knie- en heuppatiënten in het UMCG

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de huidige voorlichtingssituatie: het voorlichtingstraject dat doorlopen wordt door de afdeling Orthopedie in het UMCG aan haar knie- en heuppatiënten aan de hand van desk research, informele observaties tijdens spreekuren op de polikliniek, het preoperatieve spreekuur en opnamegesprekken en de resultaten van de semi-gestructureerde interviews met patiënten.

Bij de voorlichting aan patiënten op de afdeling Orthopedie zijn veel hulpverleners betrokken: orthopeden, nurse practitioners, verpleging, anesthesisten en fysiotherapeuten. De patiënten komen via een verwijzing van de huisarts op de polikliniek Orthopedie. Over het algemeen komt de patiënt het meest in contact met de nurse practitioner. Daarom eerst een toelichting op het ontstaan van en wat een nurse practitioner is en doet.

4.1 De nurse practitioner

De oorsprong van de nurse practitioner (NP) ligt in de Verenigde Staten. Hier ontstond eind jaren vijftig, begin jaren zestig, onder invloed van veranderende sociale en politieke omstandigheden, de vraag naar toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Er was een tekort aan artsen in de eerste lijn en daarom wordt in 1960 de physician assistant (PA) aangesteld. Dit is een op HBO niveau opgeleid gezondheidswerker, welke in het verlengde van de arts patiëntenzorg doet. Verpleegkundigen in de Verenigde Staten zagen echter liever een verpleegkundige op de plek van de PA: de nurse practitioner. Zo wilden zij hun domein vergroten naar het traditioneel medische domein. In Colorado is in 1965 de allereerste opleiding tot NP ontwikkeld door Loretta Ford (verpleegkundige) en Henry Silver (arts). De opleiding tot NP was een tweejarige

post-HBO opleiding, welke bestond uit vier maanden theorie waarna praktijktraining in de eerste lijn plaatsvond. In 1987 wordt in de VS een review gedaan van 350 studies naar de effecten van de NP. Het blijkt dat de zorg die de NP's leveren gelijk is aan die van artsen, de kosten lijken lager, maar daarentegen is de productiviteit lager doordat de NP's meer tijd nemen voor de patiënt dan een arts. De NP wordt omschreven als: "een verpleegkundige met hoogwaardige, professionele vaardigheden, die vanuit de centrale verpleegkundige beroepsrol taken uit het medische domein overneemt, in nauwe samenwerking met en voor het medische gedeelte vooralsnog onder supervisie van de medicus". In 1996 treft een begeleidingsgroep in het UMCG voorbereidingen voor de introductie van de functie NP. De officiële functieomschrijving luidt: "een specialistische verpleegkundige, verantwoordelijk voor de directe zorgverlening aan een geselecteerde groep patiënten met als aandachtsgebied het lichamelijke, psychisch en sociale welbevinden, met als invalshoek de (dreigende) gevolgen van de ziekte en de ziekte zelf, integratie van medische en verpleegkundige kennis en verantwoordelijk voor continuïteit van zorgverlening". De NP heeft een HBO-V of een verpleegkundige vooropleiding op HBO niveau en heeft de opleiding Advanced Nursing Practice genoten, aangevuld met een op de functie gericht opleidingsprogramma. Daarnaast heeft de NP minimaal vijf jaar praktijkervaring als verpleegkundige in het betreffende specialisme/ vakgebied. Tevens kan de NP verworven inzichten omzetten in bruikbare adviezen en werkbare protocollen en procedures. In 1997 worden de eerste zes NP's in het UMCG geïntroduceerd. Zij houden zich in verschillende settings bezig met medische zaken. Hieronder vallen diagnostiek, behandeling en het voorschrijven van medicatie, alsook

gezondheidsbevordering, preventie en voorlichting. In 2001 zijn op de afdeling Orthopedie twee NP's voor de pre- en postoperatieve zorg en begeleiding van patiënten met totale knie en totale heup operaties, inclusief (medische) controles en wondbehandeling. Patiënten verlaten meestal na vijf dagen het ziekenhuis en blijven voor, in ieder geval, twee jaar onder controle van de NP. (Roodbol, 2005)

4.2 De voorlichting en het beoogde doel

De voorlichting vanuit de afdeling Orthopedie gaat niet in eerste instantie om gedragsverandering, maar om informeren en het vergroten van de kennis van de patiënt. Het voorlichtingsdoel van de afdeling, zoals geïnterpreteerd uit het desk research en een gesprek met een NP, is haar *(primaire) knie- en heuppatiënten geestelijk en fysiek zo goed mogelijk voorbereiden op de operatie en een klein accent te leggen op de (benodigde) nazorg. Het is van belang dat de patiënt weet waar hij voor kiest, wat een operatie inhoudt, wat de consequenties kunnen zijn en waar hij op dit moment staat.* De boodschap heeft een referentiële en appelerende functie: het verwijst naar bepaalde verschijnselen of gebeurtenissen (bijvoorbeeld de mogelijke consequenties van een operatie) en doet een beroep op de patiënt om iets wel of niet te doen (bijvoorbeeld het vermijden van bepaalde bewegingen na een THA). De boodschap is gericht op kennisvermeerdering: wat kan ik verwachten? Er wordt feitelijke informatie overgedragen met betrekking tot de afdeling, onderzoek, operatie, voorzieningen in en om het ziekenhuis en nazorg. Daarnaast worden er richtlijnen gegeven met betrekking tot eventueel medicijngebruik of oefeningen, zodat de patiënt weet hoe te handelen en wordt de patiënt indien nodig gerustgesteld door middel van een luisterend oor. De voorlichting is echter niet gebaseerd op en te analyseren aan de hand van de peilers planmatigheid, doelgerichtheid en systematiek. Dit komt niet ten goede aan het bepalen van effectiviteit, efficiëntie en klanttevredenheid omtrent de voorlichting.

De afdeling Orthopedie maakt gebruik van mondelinge, schriftelijk en audiovisuele voorlichtingsmethoden, waarbij

de nadruk op mondelinge voorlichting ligt tijdens de spreekuren bij de NP. Patiënten krijgen indien gewenst of nodig of wanneer zij op de wachtlijst zijn geplaatst voor een knie- of heupoperatie, alvast schriftelijk informatiemateriaal mee. De belangrijkste informatie is reeds mondeling gegeven, de folder dient ter ondersteuning zodat de patiënt alles nog eens rustig na kan lezen. De patiënten krijgen na de operatie, bij het ontslag uit het ziekenhuis, folders mee over het herkennen van infecties, wanneer je wat moet doen en een brief over antibiotica mee.

De voorlichtingsmiddag is voor patiënten die op de wachtlijst staan en bevat meer algemene informatie: wat staat er te gebeuren en ervaringsverhalen. Tijdens deze middag zijn alle betrokken hulpverleners aanwezig en wordt een videofilm getoond met algemene informatie, informatie over de operatie, nazorg en ervaringsverhalen. Na de videofilm wordt de groep opgesplitst naar knie- en heuppatiënten en worden de patiënten in de gelegenheid gesteld tot het stellen van vragen. De voorlichtingsgroep van Orthopedie is in overleg over de mogelijkheid tot het creëren van een folder, voor na afloop van deze middag, waarin samengevat wordt wat op deze voorlichtingsmiddag behandeld is. Tevens wordt de mogelijkheid van het aanleggen van een persoonlijk patiëntenvoorlichtingsdossier bekeken.

Het schriftelijke voorlichtingsmateriaal wordt verzorgd door een voorlichtingsgroep op de afdeling. Er was voor het ontstaan van deze voorlichtingsgroep al erg veel materiaal op de afdeling aanwezig en indien er wijzigingen nodig zijn (her)schrijven zij de folders en brochures. Het nieuwe materiaal wordt nagekeken door de betreffende orthopedisch specialist en Bureau Voorlichting bekijkt het materiaal op tekstueel vlak. Er wordt getracht zoveel mogelijk vanuit het oogpunt van de patiënt te werken. Op regelmatige basis wordt geëvalueerd of de voorlichting efficiënt verloopt voor de afdeling, deze evaluatie heeft voornamelijk betrekking op de voorlichtingsmiddag: wie doet wat wanneer. Bij deze evaluatie worden alle betrokkenen uitgenodigd om het geheel met elkaar te evalueren.

4.3 Het voorlichtingstraject

Zoals gezegd komen patiënten in aanraking met de verschillende hulpverleners van de afdeling Orthopedie. De afdeling heeft een zorgketen opgesteld, welke gedigitaliseerd moet worden zodat ieder hier een duidelijk zicht op heeft. Voor dit onderzoek is in deze keten gekeken naar de poliklinische spreekuren van de NP's, het preoperatief verpleegkundig spreekuur en preoperatief spreekuur polikliniek Anesthesie met de NP en een verpleegkundige en een opnamegesprek. Onderstaand worden de waarnemingen tijdens de ongestructureerde observaties samengevat, wat een goed beeld geeft van het contact met en hiermee de voorlichting aan de patiënt.

4.3.1 Poliklinische spreekuur NP

Bij nieuwe patiënten legt de NP duidelijk uit wat de rol en functie van de NP is. Per patiënt neemt de NP de tijd die de patiënt nodig heeft: de ene patiënt heeft 10 minuten nodig, de andere patiënt zeker een half uur. De NP's geven een duidelijke en heldere uitleg over de stand van zaken en beantwoorden de vragen die de patiënt heeft. Het is per patiënt afhankelijk of er vragen zijn: de ene patiënt heeft specifieke vragen, de andere patiënt laat alles op zich afkomen. De stappen die de NP doorloopt zijn als volgt: 1) voorbespreking patiënten met orthopeed, 2) bespreken met en vragen aan patiënt wat de klachten zijn: hoe lang, wanneer, waar, hoe voelt het? Hier wordt verslag van gedaan in het patiëntendossier en tevens worden eventueel medicijngebruik en voorgeschiedenis genoteerd, 3) de NP voert een lichamelijk onderzoek uit en noteert de bevindingen in het patiëntendossier, 4) samen met de patiënt bespreekt de NP de genomen foto en vertelt wat geconstateerd is, 5) vervolgens wordt samen met de patiënt besproken wat de vervolgstappen zullen zijn. Risico's van een operatie worden verteld en de beslissing voor een operatie ligt geheel bij de patiënt. De patiënt krijgt de gelegenheid om rustig na te denken over een mogelijke operatie en komt bij de NP terug wanneer hij overtuigd is van het nut van een operatie. Pas dan kan de NP de patiënt op de wachtlijst plaatsen. In sommige gevallen heeft de NP tijdens het spreekuur overleg met de betreffende

orthopeed omtrent vervolgspraken of te ondernemen acties.

Een standaardcontrole bij de NP bestaat normaliter uit een controle van de heup en/ of knie, er wordt besproken wat de patiënt al kan en hoe het nu gaat. Dan wordt besproken wat de patiënt verder mag doen en er wordt een vervolgspraak gemaakt voor een volgende standaard controle met of zonder röntgenfoto.

4.3.2 Preoperatief onderzoek

Naar aanleiding van het bezoek dat de patiënt heeft gebracht aan de polikliniek Orthopedie is in overleg met de patiënt besloten tot een operatie. Afhankelijk van het type operatie is de voorbereiding tot de operatie ongeveer drie tot acht maanden. In één tot drie maanden voor de operatie wordt de patiënt opgeroepen voor een preoperatief spreekuur middels een brief, waarin kort de procedure wordt uitgelegd. In dit preoperatief onderzoek ziet de patiënt een verpleegkundige, de nurse practitioner van de preoperatieve polikliniek Anesthesie en komt hij nogmaals op Radiologie voor een röntgenfoto van de knie of heup.

Preoperatief verpleegkundig spreekuur De verpleegkundige legt uit wat het doel is van het preoperatief onderzoek en start vervolgens met een algemene vragenlijst waarmee de specifieke situatie van de patiënt in kaart gebracht wordt. Hierbij komen onder andere de volgende onderwerpen aan de orde: thuissituatie (woning, mantelzorg), stressverwerking, beperkingen in het dagelijkse leven (door bijvoorbeeld pijn), gebruik van hulpmiddelen, wie mag beslissen over de patiënt wanneer de patiënt dit zelf niet meer kan, gevoelens met betrekking tot de operatie (nervositeit), bijzonderheden voor de verpleging, vragen met betrekking tot het lichaam: lengte, gewicht, lenzen, protheses, piercings, dieet, vasthouden van vocht, stoelgang, roken, drinken en geloof. De verpleegkundige neemt de tijd voor iedere patiënt en de patiënt krijgt de gelegenheid om vragen te stellen. Vragen die aan de orde kwamen:

- Wanneer wordt ik opgeroepen en hoe gaat dit in zijn werk?

- Hoe lang duurt de operatie?
- Welke methode wordt gebruikt en heb ik hier inspraak in?

Preoperatieve polikliniek Anesthesie met NP en verpleegkundige Na het preoperatief verpleegkundig spreekuur gaat de patiënt naar de preoperatieve polikliniek Anesthesie. Alvorens de patiënt de NP ziet, moet de patiënt hier een gezondheidsvragenlijst invullen. Hierin komen onder andere de volgende onderwerpen aan de orde: leeftijd, lengte, gewicht, medicijngebruik, overige diagnoses, opgetreden complicaties bij eventuele eerdere operaties, vragen met betrekking tot de gezondheidssituatie (onder andere ademhaling, roken, alcoholgebruik). Hierna wordt de patiënt bij de NP geroepen en wordt aan de hand van de vragenlijst de gezondheidstoestand van de patiënt doorgenomen. Dan onderzoekt de NP de lichamelijke conditie van de patiënt: er wordt naar het hart en de longen geluisterd en de bloeddruk wordt opgenomen. De NP adviseert de patiënt vervolgens een vorm van anesthesie die voor de patiënt wenselijk en geschikt is. De patiënt krijgt informatie over deze methode (aan de hand van een illustratie) en de NP legt de methode uit en geeft de patiënt de informatiebrochure mee. De patiënt wordt in de gelegenheid gesteld tot het stellen van vragen. Deze vragen gaan voornamelijk over de manier van toedienen van ruggenprik of narcose, eerdere ervaringen met een bepaalde methode en de pijnstilling achteraf. Over het algemeen dekt de informatie die de NP geeft de vragen van de patiënt. Vervolgens gaat de patiënt naar een verpleegkundige, welke een hartfilmpje maakt en bloed afneemt bij de patiënt.

Radiologie Voor afronding van het preoperatieve spreekuur gaat de patiënt naar de afdeling Radiologie voor een laatste röntgenfoto van de heup of knie. Deze foto is van belang om te bepalen hoe groot de prothese moet worden. Hierna mag de patiënt naar huis.

4.3.3 Het opnamegesprek

Het opnamegesprek vindt plaats op de dag dat de patiënt opgenomen wordt in het ziekenhuis. Dit gesprek bestaat uit de volgende onderdelen, meestal in willekeurige volgorde:

Verpleegkundige: de verpleegkundige neemt met de patiënt de anamnese door, welke eerder is afgenomen bij het preoperatieve spreekuur. Hiermee wordt duidelijk wat de huidige situatie met betrekking tot de verpleegkundige zorg is. De gegevens van de contactpersoon worden genoteerd. De opnamedag zelf wordt met de patiënt besproken, alsook de gang van zaken en bepaalde regels van de afdeling in grote lijnen. De verpleegkundige laat de afdeling en de kamer van de patiënt zien, zodat de patiënt weet waar hij of zij te liggen komt. Bij benadering geeft de verpleegkundige het tijdstip van de operatie en in grote lijnen wordt een inschatting gegeven van het verdere verloop na de operatie.

Voedingsassistent: de voedingsassistent neemt met de patiënt eventuele dieetwensen door, geeft uitleg over het keuzemenustelsel en noteert wat de patiënt de eerste dag wil eten.

Zaalarts: neemt met de patiënt de medische gegevens door en onderzoekt de patiënt ook lichamenlijk. De operateur legt de betreffende operatietechniek uit en de patiënt kan vragen stellen.

Anesthesist: komt alleen nog bij het opnamegesprek indien er bijzonderheden zijn. Anders wordt ervan uitgegaan dat de vorm van anesthesie en toedienen van effectieve pijnmedicatie na de operatie duidelijk is besproken tijdens het preoperatieve spreekuur.

4.4 Resultaten semi-gestructureerde interviews

Voor dit onderzoek zijn een negental semi-gestructureerde interviews afgenomen met patiënten van de afdeling Orthopedie. (bijlage 1). Deze patiënten hebben een THA (5 patiënten) of een TKA (4 patiënten) ondergaan. Er zijn drie mannen en zes vrouwen geïnterviewd en de gemiddelde leeftijd was 69.3 jaar. De interviews zijn gecodeerd in het programma Atlas.ti en daarna geanalyseerd. Onderstaand worden de resultaten per code weergegeven.

Verwachting

Patiënt 1: *“Uhm, nee, ik had geen bepaalde verwachtingen. Ik heb alles op me af laten komen. Het enige wat mij dwars zat was dus de narcose en toen hebben ze mij een ruggenprik geadviseerd. Dat vond ik heel erg, maar dat is me reusachtig meegevallen.”*

Patiënt 2: *“Nou, nee, ik had geen verwachtingen. We zijn toen ook naar zo een middag geweest en daar kregen we alle informatie....”*

Het merendeel van de geïnterviewde patiënten had toen zij in het ziekenhuis kwamen geen bepaalde verwachtingen omtrent de voorlichting en informatie die zij zouden gaan ontvangen: zij hebben alles op zich af laten komen en zijn er vrijwel blanco ingestapt. Eenmaal besloten tot een operatie bleek er wel een verwachtingspatroon te bestaan bij enkele patiënten: het wordt belangrijk gevonden informatie te ontvangen over wat gaat gebeuren, wat het verloop van het genezingsproces zal zijn en uitleg over de verdoving waar een enkeling wat angstig over was.

Moment van informatie

Patiënt 1: *“Op welk moment?... Gedurende het hele traject eigenlijk wel, je wilt toch weten wat ze gaan doen, wanneer, wie en hoe enzovoorts.”*

Het merendeel van de geïnterviewde patiënten vond het erg belangrijk gedurende het hele traject informatie te ontvangen vanuit de afdeling orthopedie en op de hoogte te zijn van het proces. Daarnaast werd eenmaal aangegeven meer informatie te willen ontvangen ná de operatie over het hoe en wat met het buigen van de knie en tweemaal werd aangegeven de informatie voornamelijk tijdens het proces naar de operatie toe te willen ontvangen.

Voorlichter

Patiënt 1: *“In eerste instantie heb ik zelf de voorlichting ontvangen van de orthopeed, maar volgens mij maakt dat zo weinig verschil voor een leek. Of je nou informatie krijgt*

van de verpleegster of van de arts, als het maar voldoende is, toch?”

Patiënt 2: *“Eh, ja, ik dacht bij... de nurse practitioner, daar wordt het toch meer uitgelegd en de orthopeed ja, die heeft toch beperkter tijd...”*

Het maakt de patiënten zeer weinig tot niets uit van wie zij de benodigde informatie ontvangen: de orthopeed, de NP of de verpleging. Iedere hulpverlener geeft bepaalde informatie die van belang is van de patiënt. Er wordt aangegeven dat het voor een leek waarschijnlijk weinig verschil maakt of de patiënt de informatie ontvangt van de orthopeed of een verpleegkundige, als de informatie maar voldoende is. De specifieke informatie omtrent de verdoving tijdens en de medicatie na de operatie wordt echter graag ontvangen via de anesthesist: dit is een standaardprocedure. Daarnaast wordt expliciet de NP genoemd: deze neemt meer tijd voor de patiënt, legt meer uit dan de orthopeed en geeft goede begeleiding wat zeer op prijs gesteld wordt door de patiënten.

Effect

Patiënt 1: *“Dat je dus weet wat er gaat gebeuren en je hebt natuurlijk een bepaalde angst...”*

Patiënt 2: *“Nou, ik was ongelooflijk blij dat de operatie plaats kon vinden, een bepaald effect hoefde de informatie eigenlijk niet te bereiken. Gewoon meer over het hoe en wat.”*

Het effect wat de voorlichting vanuit de afdeling Orthopedie moest bereiken is divers. Voor het merendeel van de patiënten hoefde met de voorlichting geen specifiek effect bereikt te worden, voor hen was slechts de algemene, procedurele informatie van belang zodat zij wisten wat hen te wachten stond. Voor een aantal patiënten was het wegnemen van angst en/ of nervositeit omtrent de operatie zelf of de verdoving van belang. Een enkeling heeft gevraagd naar informatie over de operatie

zelf en tweemaal speelde het verzorgen van de nazorg een rol bij het te bereiken effect met de voorlichting.

Voorlichtingsmethode en voorlichtingsmateriaal

Patiënt 1: *“Ja, een op een toch wel. Gewoon mondeling”*

Patiënt 2: *“Naast mondeling de schriftelijke materialen.”*

Patiënt 3: *“Schriftelijk is eigenlijk ook wel prettig ja, dan kan ik het nog even doorlezen, maar wel na mondeling en de film bij de voorlichting was trouwens ook wel fijn, dan hoor je ervaringsverhalen he.”*

De mondelinge voorlichting (face-to-face) geniet bij de patiënten zeker de voorkeur. Eventueel mag de mondelinge voorlichting aangevuld worden met schriftelijke informatie (folders/ brochures). Op deze manier kan de patiënt in alle rust de ontvangen informatie herlezen. De folders en brochures van de afdeling Orthopedie worden als heel prettig en duidelijk geschreven ervaren. Eenmaal wordt schriftelijk voorlichten als niet prettig genoemd. De voorlichtingsmiddag wordt door een aantal patiënten als leuk en interessant genoemd naast de mondelinge voorlichting. De videofilm die tijdens deze middag getoond wordt, wordt omschreven als prettig, duidelijk en interessant en met name de getoonde ervaringsverhalen worden gewaardeerd.

Sterke en minder sterke kanten

Patiënt 1: *“Ik ben eigenlijk alleen maar positief hoor. Ik vind dat ze heel constant zijn in de voorlichting en de folders zijn begrijpelijk geschreven. Ik kan zo geen minder sterk punt benoemen.”*

Patiënt 2: *“Wat ik dus heel prettig vond was de open benadering van het geheel door de dokter.”*

Patiënt 3: *“Uhm, dat is een beetje moeilijk want ik vind gewoon, ik heb weinig informatie gehad, maar dan bedoel ik misschien andere dingen dan jij... Het ziekteproces, hoe het verloopt, hoe lang het duurt, wanneer je weer wat*

mobiel wordt... maar goed, had ik misschien ook om moeten vragen.”

De geïnterviewde patiënten benoemen als sterke punten van de voorlichting: heel goed wat betreft kwaliteit en hoeveelheid, duidelijk, voldoende tot heel uitgebreid, constant, open en prettige benadering, folders zijn goed en begrijpelijk geschreven en de voorlichting is compleet. Vragen die de patiënten eventueel gesteld hebben werden altijd keurig beantwoord of uitgelegd en over het algemeen hebben zij bijna nergens om hoeven vragen. De patiënten vinden dat zij gedurende het hele traject goed geholpen en voorgelicht zijn en voelen zich thuis bij Orthopedie.

Als minder sterke kanten van de voorlichting worden genoemd: achteraf gezien hadden enkele patiënten meer informatie willen ontvangen over het genezingsproces en uitgebreidere informatie willen ontvangen over de consequenties van een operatie. Een enkele patiënt geeft hier wel bij aan dat hij/ zij hier misschien zelf ook meer naar had kunnen vragen. Daarnaast wordt eenmaal genoemd dat er op sommige momenten in het proces een gat ontstond tussen leek en specialist: als leek weet je het allemaal niet en er werd bij deze patiënt te snel van uitgegaan dat hij/ zij op de hoogte was van bepaalde feiten (bijvoorbeeld de verwachting dat men de consequenties van een operatie weet bij het in aanmerking komen voor een tweede prothese). Een patiënt werd te laat op de hoogte gesteld van het ontslag uit het ziekenhuis, terwijl de verpleging hier al een aantal dagen van op de hoogte bleek te zijn (afstemming) en een ander punt was de mindere afstemming tussen de verschillende fysiotherapeuten die eenzelfde patiënt onder behandeling hadden. Een laatste punt dat als minder werd ervaren in de informatie-verstrekking was het grote aantal mensen tijdens de voorlichtingsmiddag.

Mening

Patiënt 1: *“Nou, volgens mij kan het hier niet beter! ... Jaaa, ze houden je goed in de gaten hier en heel vriendelijk ook. Ik zou geen punten kunnen benoemen waar meer aandacht aan besteed moet worden, nee hoor.”*

Patiënt 2: *“Ik vind het perfect... Nee, maar ik denk dat dat heel persoonlijk is. De een wil meer weten dan de ander.”*

Uit de interviews blijkt dat de patiënten erg tevreden zijn over de voorlichting, communicatie en informatie vanuit de afdeling Orthopedie. Patiënten voelen zich vertrouwd, zijn tevreden en worden goed geholpen. Ze vinden de voorlichting perfect en sommige patiënten zijn van mening dat het niet beter kan. Zij hebben niets toe te voegen met betrekking tot de voorlichting en vinden dat de afdeling op deze voet door moet gaan. De voorlichting wordt verder omschreven als perfect, zorgzaam en erg goed.

4.5 Conclusies

De huidige situatie

De afdeling Orthopedie heeft aangegeven dat de patiënten en zichzelf in principe tevreden zijn over de voorlichting. Zij vraagt zich wel af of zij op de goede weg zit. Uit bestaande documenten en gesprekken met een NP is gebleken dat de afdeling geen gebruik maakt van een (patiënten)voorlichtingsmodel of een planningsmodel. Er is een zorgketen beschreven: wie doet wat wanneer. Deze zorgketen is echter nog niet voor iedereen inzichtelijk gemaakt, wat kan zorgen voor overlap of gaten in de voorlichting: de afstemming is niet overzichtelijk en/ of te achterhalen. Het is zonde dat de afdeling geen gebruik maakt van een voor iedere hulpverlener duidelijk te handhaven planningsmodel betreffende de voorlichting aan haar patiënten. De literatuur geeft aan dat het van belang is te werken met een planningsmodel en systematisch en doordacht te werk te gaan, waarbij drie niveaus betrokken dienen te worden: het institutionele niveau, het programma niveau en het individuele patiënten niveau. De voorlichtingsgroep van de afdeling Orthopedie maakt geen duidelijk onderscheid tussen de drie genoemde niveaus en komt niet op regelmatige basis bijeen om de voorlichting aan haar patiënten te evalueren. Toch lijkt het voorlichtingsdoel dat de afdeling Orthopedie voor ogen heeft, een doel wat waargemaakt wordt: (primaire) knie- en heuppatiënten geestelijk en fysiek zo goed mogelijk

voorbereiden op de operatie en een klein accent te leggen op de (benodigde) nazorg. Het is van belang dat de patiënt weet waar hij voor kiest, wat een operatie inhoudt, wat de consequenties kunnen zijn en waar hij op dit moment staat.

Er wordt gebruik gemaakt van een combinatie van voorlichtingsmethoden wat een positief effect zal hebben op de effectiviteit van de boodschap. De nadruk ligt op mondelinge voorlichting, ter ondersteuning worden folders of brochures meegegeven aan de patiënt (bijvoorbeeld: 'een nieuwe knie' of informatie over gebruik van glucosamine/ chondroïtine). Op deze manier kan de patiënt de ontvangen informatie herlezen op een voor de patiënt gewenst moment. Er is sprake van (een combinatie van) informatieve-, educatieve-, persuasieve-, risico- en interpersoonlijke voorlichting:

- De voorlichting heeft als doel zinvol gebruik van kennis en informatie te bevorderen. (Engel, 1994)
- De patiënt staat centraal en de wijze van voorlichten wordt vorm gegeven vanuit de specifieke achtergronden en omstandigheden van de patiënt: getracht wordt de patiënt op zodanige wijze te ondersteunen dat zij zichzelf voor en na de operatie kunnen helpen. (Heymann, 1994)
- De voorlichtingsactiviteit is gericht op verandering in attitude en gedrag in een door de hulpverlener aangegeven richting, waarbij het belang van de patiënt centraal staat (Koelen & Martijn, 1994), bijvoorbeeld dat de patiënt eerst af moet vallen en een half jaar later terugkomt om te kijken hoe het dan gaat en of de patiënt in aanmerking komt voor een operatie.
- De voorlichting is tevens gericht op mogelijk negatieve consequenties die een operatie met zich mee kan brengen. (Gutteling & Seydel, 2000)
- De voorlichting wordt gegeven in elkaars aanwezigheid: face-to-face. Het betreft tweerichtingsverkeer, er kan op elkaar gereageerd worden (onmiddellijke feedback) en de voorlichting wordt aangepast aan de behoefte, kennis en attitude van de patiënt. (Weenig, 2000)

Uit de observatiemomenten kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

- De spreekuren van de NP lopen wel eens uit. De ene patiënt heeft meer tijd nodig dan de andere patiënt. Een enkele keer komt het voor dat de NP staat te wachten op de supervisor, wat de doorloop niet bevordert.
- Tijdens het preoperatief verpleegkundig spreekuur worden niet alle vragen van de patiënten ondervangen door de verpleegkundige, terwijl dit meestal vragen betrof die wel in het verhaal ondervangen hadden kunnen worden.
- Het komt de doorloop op de preoperatieve polikliniek Anesthesie niet ten goede dat de patiënt de gezondheidsvragenlijst in de wachtkamer invult. Nu meldt de patiënt zich, wordt met de gezondheidsvragenlijst in de wachtkamer gezet. Als de vragenlijst is ingevuld wordt deze ingeleverd bij de balie, de patiënt neemt weer plaats in de wachtruimte en dan wordt hij pas opgeroepen door de NP Anesthesie.
- De rol van de verpleegkundige op de preoperatieve polikliniek Anesthesie zorgt voor extra wachttijd: na het zien door de NP neemt de patiënt weer plaats in de wachtruimte en wordt daarna opgeroepen door de verpleegkundige. De verpleegkundige neemt bloed af en maakt een hartfilmpje. Het hartfilmpje wordt daarna door de verpleegkundige weer besproken met de NP.
- Het opnamegesprek op de verpleegafdeling verloopt enigszins onrustig voor de patiënt: de patiënt wacht in het dagverblijf en wordt in willekeurige volgorde gezien door de hulpverleners.

De interviews

De behoefte aan voorlichting en de ervaren voorlichting is erg persoonlijk: de ene patiënt wil meer weten dan de andere patiënt en zal misschien sneller vragen stellen.

Patiënten die nerveus of angstig zijn vragen om een andere benadering dan patiënten die bijvoorbeeld mondiger zijn.

Uit de resultaten van de semi-gestructureerde interviews kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

- Patiënten hebben als zij op de polikliniek Orthopedie komen, weinig tot geen verwachtingen met betrekking tot de informatie die zij gaan ontvangen. Eenmaal besloten tot een operatie willen zij weten hoe het genezingsproces verloopt en hoe de algemene procedure eruit ziet.
- Patiënten ontvangen het liefst gedurende het gehele traject informatie vanuit Orthopedie.
- Patiënten maakt het in principe niet uit van wie zij de benodigde informatie ontvangen: als deze informatie maar voldoende is.
- De informatie hoeft in eerste instantie geen specifiek effect te bereiken. Op het moment dat besloten is tot een operatie, moet de informatie voornamelijk dienen om angst/ nervositeit te verminderen.
- De patiënten ontvangen de informatie het liefst mondeling, eventueel ondersteund door schriftelijk materiaal.
- Enkele patiënten hadden meer informatie willen ontvangen over het genezingsproces en wat meer informatie over de consequenties over de operatie.
- In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat de patiënten tevreden zijn, zij voelen zich vertrouwd en vinden de informatie ontvangen vanuit Orthopedie van goede kwaliteit, begrijpelijk en voldoende in hoeveelheid. Zij ervaren de informatie en de afdeling als zorgzaam en vinden dat Orthopedie op deze voet door moet gaan met het verstrekken van informatie.

5. Advies

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de adviezen aan de afdeling Orthopedie aan de hand van het literatuuronderzoek, desk research, observaties en de semi-structureerde interviews. Wanneer de afdeling op een planmatige en consequente wijze aan de slag gaat met de interne organisatie van de voorlichting, zal men merken dat er door alle hulpverleners consequent voorlichting gegeven wordt, gaten en overlap voorkomen worden en een ieder hetzelfde doel voor ogen heeft. Na het aanbrenge van een structuur in het proces, en hiermee het optimaliseren daarvan, kan men gaan kijken naar de afzonderlijke producten die ingezet worden tijdens de voorlichting zoals de folders en de videofilm.

5.1 Planning & afstemming

Zoals aangegeven in de conclusies van hoofdstuk 3, dient voorlichting te voldoen aan een aantal voorwaarden. Er zou een planning moeten zijn en het is van belang de juiste voorlichtingsmethoden en –materialen te gebruiken om het voorlichtingsdoel te bereiken. De voorlichting zou meer systematisch, doelgerichter en planmatig moeten worden opgezet. Er bestaat geen specifiek patiëntenvoorlichtingmodel, maar de modellen vanuit GVO zijn goed toepasbaar. Het gebruik van een model wordt gezien als een essentiële stap in planning van voorlichtingsactiviteiten. Door gebruik te maken van een model kan men onder andere makkelijk aangeven welke visie de afdeling voor ogen heeft met de voorlichting, welke criteria gehanteerd dienen te worden en welke factoren een rol kunnen spelen in de voorlichting. (Pos & Bouwens, 2003) Grofweg bestaat voorlichting uit vier onderdelen: (Maertens & Maris, 2000)

- Het geven van informatie:
 - informatie over wat er voor, tijdens en na de operatie zal gebeuren
 - informatie over de gewaarwordingen: dat wat de

- informatie over dat wat de patiënt zelf kan doen om het verloop van de operatie gunstig te beïnvloeden
- Het geven van instructies:
 - bijvoorbeeld instructies hoe te bewegen. Hierbij is het belangrijk om de patiënt uitleg te geven over het belang van de instructie en de wijze waarop deze het beste uitgevoerd kan worden
- Aandacht voor pijn:
 - preoperatieve voorlichting met aandacht voor pijn, beïnvloedt de pijnervaring gunstig
- Emotionele ondersteuning:
 - aandacht voor vragen en bezorgdheid zijn voor de patiënt een bewijs van betrokkenheid

Deze vier onderdelen zou de afdeling structureel in kunnen gaan passen in het planningsmodel uit figuur 2 (op de volgende pagina opnieuw opgenomen), onder 'interventieontwikkeling'.

Toepassing van het planningsmodel zou er verder als volgt uit kunnen zien.

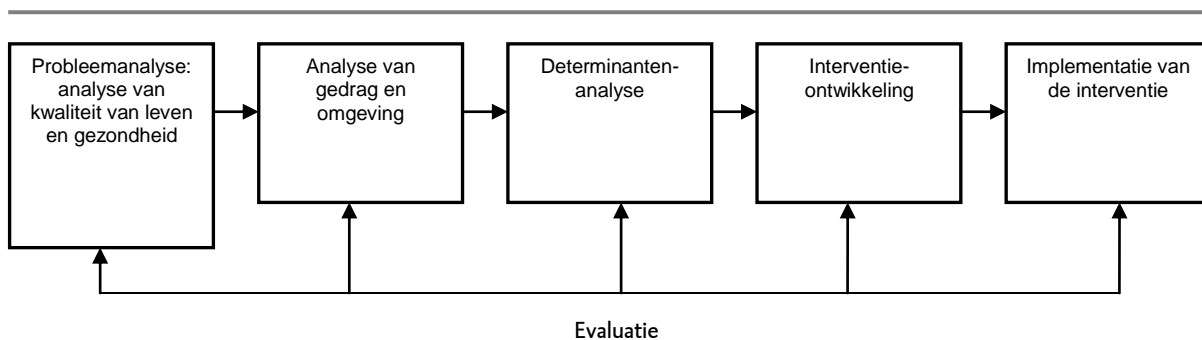
- Probleemanalyse: analyse/ inventarisatie van de kwaliteit van leven en gezondheid van de patiënt. Hoe lang loopt de patiënt met klachten, hoe ernstig is het probleem, komt de patiënt in aanmerking voor een operatie, wat zijn de vervolgstappen en welke voorlichting is wanneer benodigd?
- Analyse van gedrag en omgeving: hoe staat de patiënt tegenover een operatie, wat is de huidige kennis van de patiënt met betrekking tot het probleem, hoe ziet de sociale omgeving van de patiënt er uit, zijn er bepaalde verandering noodzakelijk (afvallen, aanpassingen in/ om het huis).
- Determinantenanalyse: Welke determinanten veroorzaken het ongewenste gedrag of belemmeren het gewenste gedrag? Hoe is het bijvoorbeeld gesteld met de kennis, attitude en eigeneffectiviteit van de patiënt?
- Interventieontwikkeling: hierin dienen in ieder geval

terug te komen het geven van informatie en instructies, aandacht voor pijn en emotionele ondersteuning. Daarnaast is het belangrijk gebruik te blijven maken van een geschikte voorlichtingsmethode: mondelinge voorlichting, ondersteund door bijvoorbeeld folders. Ook dient zorg gedragen te worden voor een juiste afstemming omtrent voorlichting tussen de verschillende hulpverleners.

- Implementatie van de interventie
- Evaluatie: evaluatie van de interventie blijft een belangrijk onderdeel uitmaken van de voorlichting en

zou op regelmatige basis plaats moeten vinden met alle betrokkenen.

Bij gebruik van dit planningsmodel wordt een vaste route doorlopen, welke per patiënt enigszins aangepast wordt: de behoefte aan voorlichting is namelijk heel persoonlijk. Samen met het inzichtelijk maken van de door de afdeling opgezette zorgketen zal een planningsmodel bijdragen aan optimalisering van de voorlichting en afstemming met betrokkenen omtrent voorlichting en kan de voorlichting een integraal onderdeel worden binnen de zorg- en dienstverlening van de afdeling.



Figuur 2, model van planmatige gezondheidsvoorlichting (Green & Kreuter, 1999)

Overige aandachtspunten planning & afstemming

Onderstaand worden een aantal tips gegeven betreffende patiëntenvoorlichting.

- Zorg ervoor dat patiëntenvoorlichting een vast agendapunt vormt in patiëntenbesprekingen en tijdens de overdracht.
- Patiëntenvoorlichting zou gezien en uitgevoerd moeten worden als een zelfstandige activiteit.
- Verbeter de afstemming omtrent voorlichting aan patiënten tussen de verschillende disciplines op de afdeling.
- Patiëntenvoorlichting zou een vast onderdeel kunnen

vormen binnen de individuele verpleegplannen. Hierin worden doelen geformuleerd, fasen aangegeven waarbinnen voorlichting gegeven wordt, wat de inhoud van de voorlichting zal zijn, taken afgebakend en evaluatiemomenten aangegeven.

- Zorg ervoor dat de ruimte waarin voorlichting gegeven wordt voldoende privacy biedt (dit geldt met name voor de verpleegafdeling).
- De voorlichtingsgroep van de afdeling zou frequenter bijeen moeten komen en in de planning en haar activiteiten een duidelijk onderscheid moeten maken tussen het institutionele niveau (verankering van

patiëntenvoorlichting in de organisatie, het beleid en toekenning van zowel financiële als personele middelen), het programma niveau (ontwikkelen van voorlichtingsactiviteiten voor de specifieke patiëntengroepen op de afdelingen) en het individuele patiëntenniveau (face-to-face voorlichting), zodat de voorlichting een sterkere en zelfstandigere activiteit wordt.

- Er zou één coördinator aangesteld kunnen worden, welke de voorlichtingsgroep duidelijk en op frequente basis aanstuurt en invulling kan geven aan een planningsmodel, de afstemming gaat verbeteren tussen de verschillend hulpverleners zodat voor een ieder duidelijk is wie wat wanneer doet en waarnaar terugverwezen kan worden.

5.2 Poliklinisch spreekuur NP, preoperatief onderzoek & opnamegesprek

Poliklinisch spreekuur NP

- De NP neemt meer tijd voor de patiënt en geeft meer uitleg dan de orthopeed. Dit wordt erg op prijs gesteld door de patiënten. Met enige regelmaat lopen de spreekuren uit, hier is vrij weinig aan te veranderen. Afhankelijk van de wachtlijst voor in te plannen controleafspraken is het misschien mogelijk om in ieder geval één patiënt minder in te plannen per dagdeel.

Preoperatief onderzoek

- Preoperatief verpleegkundig spreekuur: als de informatie die de verpleegkundige vertelt tijdens dit spreekuur meer gestandaardiseerd opgebouwd wordt, wordt het grootste deel van de vragen die patiënten eventueel kunnen hebben ondervangen (bijvoorbeeld met betrekking tot de oproep voor de operatie en de operatieduur).
- Preoperatieve polikliniek Anesthesie: Voor patiënten is het preoperatieve onderzoek op zichzelf een lange zit (ongeveer drie uur). Om de efficiëntie ten goede en patiënten tegemoet te komen, is het aan te bevelen:

- Patiënten de gezondheidsvragenlijst vóóraf thuis in te laten vullen en mee te laten brengen of via e-mail te laten verzenden, in plaats van deze lijst ter plekke in te laten vullen (patiënt meldt zich, krijgt vragenlijst, gaat vragenlijst invullen, wacht op oproep). Dit kost namelijk extra tijd, wat niet nodig zou zijn.
- De NP Anesthesie de patiënt in zijn geheel te laten zien, in plaats van hier ook een verpleegkundige tussen te plaatsen. Na de NP Anesthesie gaat de patiënt namelijk weer naar de wachtkamer en wordt dan opgeroepen door een verpleegkundige om bloed af te nemen en een hartfilmpje te maken, welke alsnog door de verpleegkundige met de NP Anesthesie besproken wordt.

Opnamegesprek

- Het is aan te bevelen tijdens de opnamegesprekken een vaste structuur te hanteren. Nu verloopt dit gesprek enigszins rommelig en onzeker voor de patiënt doordat een vaste structuur ontbreekt.
- Uit onderzoek blijkt dat patiënten behoefte hebben aan afleiding en emotionele steun tijdens de opnamedag, waarop het opnamegesprek plaatsvindt. (Maertens & Maris, 2000) Tijdens de opnamegesprekken zou meer accent kunnen liggen op afleiding en emotionele steun, in plaats van een accent op algemene- en verblijfsinformatie.

5.3 Algemeen

- De voorlichtingsgroep is aan het bekijken of er mogelijkheden zijn tot het aanleggen van persoonlijke patiëntenvoorlichtingdossiers. Dit is een zeer goed initiatief wat in de nabije toekomst meer vorm zou moeten krijgen gezien het feit dat de behoefte aan voorlichting erg persoonlijk is. Daarnaast kan voorlichting pas effectief zijn als deze is afgestemd op de individuele patiënt (Maertens & Maris, 2000).
- Een algemene nieuwsbrief zou terug moeten komen voor alle knie- en heuppatiënten. Voorheen was er een nieuwsbrief gericht op patiënten van het “Bed Oet”

- project. NP's ervoeren naar aanleiding van de nieuwsbrief meer gericht vragen en voor de patiënten werd veel verduidelijkt.
- Doorgaan met de voorlichtingsmiddag en de folders: deze worden als positief ervaren.
- Doorgaan met de voorlichting gedurende het hele traject, dit wordt door de patiënten als positief ervaren.
- Digitaliseer de zorgketen op zeer korte termijn. Op deze manier wordt meer afstemming gecreëerd met betrekking tot de voorlichting.
- Blijf gebruik maken van meerdere voorlichtingsmethoden: dit komt de effectiviteit van de voorlichtingsboodschap ten goede.
- In bijlage 2 is een stappenplan toegevoegd wat gebruikt kan worden naast het model van planmatige gezondheidsvoorlichting en tevens bij kan dragen aan de optimalisering van de voorlichting aan knie- en heuppatiënten. Dit model is meer gericht op het proces bij te ontwikkelen materiaal en vormt een duidelijke, concrete aanvulling op de aan te brengen structuur.

6. Discussie

Respondenten semi-gestructureerde interviews

In dit onderzoek is voor de semi-gestructureerde interviews gebruik gemaakt van patiënten die reeds een operatie ondergaan hebben. Een nadeel van het gebruiken van deze patiëntengroep is dat zij ieder een specifiek ervaringsverhaal hebben. Dit geldt zeker wanneer een traumatische ervaring heeft plaatsgevonden of wanneer de patiënt van mening is iets gemist te hebben aan informatie. Het nadeel van het gebruiken van deze groep is ook direct het voordeel: deze groep is al een tijd patiënt en hebben het hele traject al doorlopen, waardoor zij aan kunnen geven wat goed ging, wat beter kan en hoe zij de voorlichting ervaren hebben. Zou gebruik gemaakt zijn van 'nieuwe' patiënten, zou een minder goed beeld verkregen zijn. Dit omdat nu ook uit de gehouden interviews blijkt dat patiënten vaak geen verwachtingspatroon hebben en daarom geen relevante uitspraken kunnen doen over de te ontvangen en te wensen informatie. Tevens wil de afdeling Orthopedie weten of zij wat ze in huis hebben goed doen en is het hierom beter gebruik te maken van patiënten die het traject doorlopen hebben. Daarnaast bleken er weinig specifieke (traumatische) ervaringen te zijn en is goed antwoord verkregen op de vragen. Mogelijke specifieke ervaringsverhalen zijn meegenomen bij het coderen van de interviews en bij de analyse zijn deze teksten beschouwd als ruis, indien deze informatie niet van toepassing was op het beantwoorden van de vragen uit het interview en hiermee de onderzoeksvragen.

Accent op proces

Het onderzoek waarvan in dit rapport verslag is gedaan is gericht op het proces van de voorlichting vanuit de afdeling Orthopedie. Door het proces te analyseren, door middel van een literatuurstudie naar de voorwaarden van effectief voorlichten, een aantal semi-gestructureerde interviews met patiënten, desk research en ongestructureerde observaties, kan de afdeling Orthopedie van het UMCG een inzicht gegeven worden in het huidige voorlichtingstraject om zo de voorlichting aan haar knie- en heuppatiënten te kunnen optimaliseren. In een later stadium kan gekeken worden naar de afzonderlijke producten binnen het proces. Het is op de eerste plaats belangrijk de interne organisatie met betrekking tot de voorlichting goed op orde te hebben.

Literatuurlijst

Baarda, D.B., Goede, de, M.P.M. & Teunissen, J. (1998). Basisboek kwalitatief onderzoek, praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Eerste druk, zesde oplage, Houten: Stenfert-Kroese

Baarda, D.B., Goede, de, M.P.M. & Teunissen, J. (2005). Basisboek kwalitatief onderzoek, handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. Tweede geheel herziene druk, Houten: Stenfert-Kroese

Boeije, H. (2006). Analyseren in kwalitatief onderzoek, denken en doen. Amsterdam: Boom Onderwijs

Damoiseaux, V. De fundamenteen van gezondheidsvoorlichting. In: Damoiseaux, V., Molen, van der, H.T. & Kok, G.J. (1998). Gezondheidsvoorlichting & gedragverandering. Assen: van Gorcum

Damoiseaux, V. & Kok, G. De planning van gezondheidseducatieve interventies. . In: Damoiseaux, V., Molen, van der, H.T. & Kok, G.J. (1998). Gezondheidsvoorlichting & gedragverandering. Assen: van Gorcum

Engel, P. Informatieve voorlichting. In: Röling, N.G., Kuiper, D. en Janmaat, R. (1994). Basisboek voorlichtingskunde. Amsterdam: Boom

Gent, B., van en Katus, K. (2000). Voorlichting in een risicovolle informatiemaatschappij. Theorieën, werkwijzen en perspectieven. 5^e geheel herziene druk. Alphen aan den Rijn: Samson

Gutteling, J.M. & Seydel, E.R. Risicocommunicatie. In: Gent, B., van en Katus, K. (2000). Voorlichting in een risicovolle informatiemaatschappij. Theorieën, werkwijzen en perspectieven. 5^e geheel herziene druk. Alphen aan den Rijn: Samson

Heymann, F. Educatieve voorlichting. In: Röling, N.G., Kuiper, D. en Janmaat, R. (1994). Basisboek voorlichtingskunde. Amsterdam: Boom

Houten, van, M. & Saan, H. Het beroepsveld voor GVO/ Preventiespecialisten. In: Damoiseaux, V., Molen, van der, H.T. & Kok, G.J. (1998) Gezondheidsvoorlichting & gedragverandering. Assen: van Gorcum

Kemme, G. (1995). Effectiever voorlichten, de 'voor-en-door' methode. Utrecht: Uitgeverij Lemma

Koelen, M. & Martijn, C. Persuasieve voorlichting. In: Röling, N.G., Kuiper, D. en Janmaat, R. (1994). Basisboek voorlichtingskunde. Amsterdam: Boom

Maertens, N. & Maris, N. (2000). Patiëntgericht voorlichten. Leerboek voor verpleegkundigen. Amsterdam: Uitgeverij SWP 3^e gewijzigde druk

Meegeren, P. van. Een planmatige aanpak van voorlichting. In: Röling, N.G., Kuiper, D. en Janmaat, R. (1994). Basisboek voorlichtingskunde. Amsterdam: Boom

Röling, N. en Kuiper, D. Wat is voorlichting? In: Röling, N.G., Kuiper, D. en Janmaat, R. (1994). Basisboek voorlichtingskunde. Amsterdam: Boom

Roodbol, P.F. (2005). Dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en zangsporen. Onderzoek naar taakherschikking tussen verpleging en artsen. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen

Vries, H. de. Theorieën over voorlichting en gedragsverandering. In: Meertens, R.W. en Grumbkow J. von (1992). Sociale Psychologie. 2^e herziene druk, Groningen: Wolters-Noordhoff

Weenig, W.H. Voorlichting aan het individu: de sociale netwerkbenadering. In: Gent, B., van en Katus, K. (2000). Voorlichting in een risicovolle informatiemaatschappij. Theorieën, werkwijzen en perspectieven. 5^e geheel herziene druk. Alphen aan den Rijn: Samson

<http://focus.nigz.nl/index.cfm?act=info.verder&varrub=25> 22-03-2007
Samengesteld door NIGZ, redactie Focus, augustus 2006

http://www.hartstichting.nl/Uploads/Brochures/mID_5641_cID_4622_NIGZ%20Patienten.pdf 22-03-2007
Pos, S. en Bouwens, J. (2003). Patiëntenvoorlichting: een theoretische verkenning. Studie ten behoeve van: De Nederlandse Hartstichting, Afdeling Preventie en Voorlichting. Woerden: NIGZ

Bijlage 1 Semi-structureerd interview TKA en THA patiënten 2007

Inleiding onderzoek

... April 2007

Man Vrouw

Leeftijd

THA TKA

Operatiedatum:

1. Had u bepaalde verwachtingen ten aanzien van de informatie die u zou gaan ontvangen vanuit de afdeling Orthopedie? (betreffende de opname, operatie, voor- en nadelen (consequenties) operatie, nazorg, algemene informatie vanuit Orthopedie?)
2. Op welke momenten in het traject dat u hebt doorlopen vond u het belangrijk informatie te ontvangen? (preoperatief = bij NP, preoperatief verpleegkundig spreekuur, opnamegesprek, postoperatief = door verpleging, behandelend arts, gedurende gehele traject. Koppelen aan 3)
3. Van wie ontvangt u het liefst de informatie waar u belang bij heeft? (maakt het voor u uit of de informatie afkomstig is van verpleegkundige, nurse practitioner, arts, aios)
4. Welk effect moest de informatie die u hebt ontvangen van Orthopedie bij u bereiken? (angstcontrole, algemene informatie over hoe & wat, nazorg, specifieke informatie over operatie?)
 - 4a. Hebt u deze informatie ook ontvangen? (achteraf misschien iets gemist?)
 - 4b. Hebt u zelf vragen gesteld of aangegeven waar u behoefte aan had?
5. Welke manier van informeren vindt u het meest prettig en heeft u als meest effectief ervaren? (mondeling, schriftelijk, audiovisueel, combinatie. Koppelen aan 6)
6. Welke informatiematerialen vindt u het meest prettig en heeft u als meest effectief ervaren? (Schriftelijk materiaal → folders, brochures; demonstratiematerialen → prothesen, modellen van bepaalde organen, voedingsmiddelen; (Audio)visueel materiaal → film)
7. Kunt u sterke en minder sterke punten benoemen van de informatieverstrekking? (met betrekking tot methode, kwaliteit en hoeveelheid?)
8. Wat vindt u tot nu, met betrekking de informatie, voorlichting, communicatie vanuit Orthopedie naar de patiënt? (aanvullen met: suggesties, op-/ aanmerkingen ter verbetering)

Bijlage 2 Stappenplan (Pos & Bouwens, 2003)

1 Analysefase

Aandachtspunten: Luister naar het potentiële publiek, kijk naar bestaande programma's, maak gebruik van in- en externe bronnen en gegevens als basis, analyseer alvast de mogelijke communicatiebronnen en -middelen. Belangrijke vragen:

- Wat is het probleem/wat is de uitgangssituatie?
- Welke determinanten?
- Wat is het doel van het project?
- Welke doelen voor de communicatiestrategie kunnen we globaal formuleren?

2 Strategiebepaling

Aandachtspunten: Specificeer de (voorlopige) doelen, segmenteer publiek en subgroepen daarbinnen, verduidelijk het gedragsveranderingmodel en/of de theoretische onderbouwing, breng de mogelijke communicatiekanalen in kaart, plan de interpersoonlijke discussie, ontwerp een actieplan en ontwerp een evaluatie. Belangrijke vragen:

- Welk publiek/doelgroepen kunnen we prioriteren en segmenteren?
- Welke informatiebehoefte zijn er?
- Welke kansen en drempels zijn er?
- Wat is de voorlopige keuze voor kanalen en boodschappen?

3 Ontwikkeling en pretest materiaal

Aandachtspunten: Ontwikkel concepten met de boodschap, pretest dit met de doelgroep en de sleutelfiguren, pas materialen en boodschap aan, hertest nieuw materiaal. Belangrijke vragen:

- Welke interventies/activiteiten kunnen we plannen?
- Wat is daarbinnen de koppeling tussen doelen/kenmerken van de doelgroep en de mogelijke interventies in relatie tot randvoorwaarden?
- Welke communicatiematerialen gebruiken we?
- Hoe geven we de pre-testen bij de toekomstige gebruikers gestalte?
- Welke implementatiestrategie hanteren we?
- Welke vragen willen we aan de hand van de evaluatie gestalte geven?
- Wat levert de tussentijdse resultaten op?

4 Implementatie programmaoutput

Aandachtspunten: Mobiliseer sleutelorganisaties, creëer een positief organisatorisch klimaat, implementeer het activiteitenplan, monitor de verspreiding, transmissie en ontvangst/bereik/waardering van de programmaoutput. Belangrijke vragen:

- Zijn onze veronderstellingen over koppeling doel/doelgroep en interventie juist?
- Welke informatie kunnen we genereren gericht op verkrijgen van inzicht en voor verdere sturing/bijstelling?
- Welke (implementatie)lessen kunnen we halen uit de bevindingen en signalen van de gebruikers?

5 Evaluatie

Aandachtspunten: Meet de impact op het publiek/de doelgroep en bepaal hoe toekomstige interventies/ uitingen kunnen worden verbeterd. Belangrijke vragen:

- Wat is het bereik?
- Hoe is de waardering?
- Zijn er effecten?
- Welke lessen voor de toekomst?

Continuïteit en voortgang (niet genummerd: komt telkens terug)

Aandachtspunten: Pas de interventies/uitingen aan de veranderende omstandigheden en eisen. Belangrijke vragen:

- Hoe bouwen we 'routinematig' welke peilingen in?
- Welke terugkoppelingsmechanismen hebben we?