

**Sanne Blankers**

**Avans Hogeschool**

**Jeroen Bosch Ziekenhuis**

**Voorlichting over het acuut coronair syndroom**

Voorlichting door verpleegkundigen aan patiënten op de afdeling Cardiologie binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis

Voorlichting over het acuut coronair syndroom

Voorlichting door verpleegkundigen aan patiënten op de afdeling Cardiologie binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: | Sanne Blankers |
| Studentnummer: | 2095850 |
| Opleiding: | HBO-Verpleegkunde  Avans Hogeschool |
| Klas: | 24DB Afstuderen groep 1 |
| Gelegenheid: | Eerste gelegenheid |
| Inleverdatum: | 31 mei 2019 |
|  |  |
| Peerstudenten: | Anne van Veen  Larissa van der Loop |
| Begeleidend docent: | Rita Bos |
| Beoordelend docent: | Carina van Berlo |
| Opdrachtgever: | Marjo de Roba Cortada & Dianne Bekkers |
| Procesbegeleider: | Marissa Gielen |
|  |  |

*Omslagfoto: Pixabay, z.d. Copyright 2019, Pixabay.com.*

**

# Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt de scriptie die geschreven is als afstudeeropdracht voor de opleiding HBO-verpleegkunde van de Avans Hogeschool. Uit opdracht van het Jeroen Bosch Ziekenhuis is praktijkgericht onderzoek verricht op de afdeling Cardiologie. Hierbij is inzicht verkregen in de wijze van voorlichting geven, door (student)verpleegkundigen, over het acuut coronair syndroom aan patiënten. Daarnaast is in kaart gebracht op welke wijze deze voorlichting geoptimaliseerd kan worden.

De opdrachtgevers van dit onderzoek zijn M. de Roba Cortada en D. Bekkers. Tijdens het proces van de uitvoering van het praktijkgericht onderzoek is hulp geboden door de procesbegeleider M. Gielen en begeleidend docent R. Bos. Ik wil allen hartelijk bedanken voor de hulp en begeleiding die zij mij geboden hebben de afgelopen periode.

Ook wil ik de leden van mijn peergroep, Anne van Veen en Larissa van der Loop bedanken voor hun hulp tijdens het schrijven van mijn scriptie. Zij hebben de tijd genomen voor mijn vragen en het doorlezen van mijn stukken. Daarnaast wil ik de (student)verpleegkundigen van de afdeling Cardiologie van het Jeroen Bosch Ziekenhuis bedanken voor hun inzet en deelname aan het praktijkgericht onderzoek. Zonder hen was het niet mogelijk geweest om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

Als laatste wil ik mijn dank uitspreken naar mijn familie en vrienden die mij steun hebben geboden het afgelopen half jaar. In het bijzonder ook degene die de tijd en moeite hebben genomen om mijn stukken door te lezen. Maar ook degene die voor afleiding hebben gezorgd tijdens deze drukke periode.

Ik wens u veel leesplezier!

Sanne Blankers

Samenvatting

Inleiding

Hart- en vaatziekten zijn de nummer één doodsoorzaak wereldwijd. De morbiditeit en mortaliteit van het acuut coronair syndroom worden sterk beïnvloed door de verandering van risicogedrag. Verpleegkundigen hebben een belangrijke rol in het reduceren van risicofactoren door voorlichting. Op dit moment is er op de afdeling Cardiologie van het Jeroen Bosch Ziekenhuis geen eenduidige werkwijze aanwezig rondom het geven van voorlichting aan patiënten over een acuut coronair syndroom en ontbreekt inzicht over de huidige werkwijze. De onderzoeksvraag luidt als volgt: “Op welke wijze geven (student)verpleegkundigen, van de afdeling Cardiologie binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis, voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom en op welke wijze kan deze voorlichting geoptimaliseerd worden?”

Methode

Op basis van kwalitatief onderzoek zijn op de afdeling Cardiologie zes individuele interviews afgenomen onder de (student)verpleegkundigen. Daarnaast heeft een focusgroep plaatsgevonden met acht (student)verpleegkundigen. Op basis van literatuuronderzoek is een geschikte topiclijst opgesteld voor de interviews en de focusgroep. De analyse van de gegevens heeft plaatsgevonden aan de hand van een iteratief proces, waarbij de gegevens zijn getranscribeerd en gecodeerd.

Resultaten

Vanuit de interviews en de focusgroep kwam naar voren dat volgens de (student)verpleegkundigen momenteel een eenduidige werkwijze, gericht op het geven van voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom, ontbreekt. Er is geen eenduidigheid in het moment en inhoud van de voorlichting, het gebruik van voorlichtingsmateriaal en het betrekken van de naasten. Daarnaast kan meer gebruik gemaakt worden van visuele voorlichting. Ook kan de voorlichting meer afgestemd worden op de behoefte van de individuele patiënt, waarbij aandacht wordt besteed aan eigen regie.

Discussie

Het onderzoek kent sterke en zwakke punten. Bij de interviews was een evenredige verdeling in opleidingsniveau en werkervaring van de (student)verpleegkundigen, maar deze werd bij de focusgroep gemist. Door tijdgebrek was datasaturatie niet haalbaar. Bij de gegevensverwerking was risico op subjectiviteit aanwezig, deze is verkleind door peerdebriefing. De resultaten van het onderzoek zijn vergeleken met passende literatuur.

Conclusie

Door middel van het praktijkgericht onderzoek is inzicht verkregen in de wijze van voorlichting geven door (student)verpleegkundigen. Hierbij is inzicht verkregen in de rol, het proces van voorlichting geven, de inhoud van de voorlichting en het betrekken van de patiënt en naasten. De voorlichting kan op verschillende vlakken geoptimaliseerd worden. Zo is een eenduidig beleid nodig gericht op het voorlichtingsproces dat aan verschillende eisen dient te voldoen. Daarnaast dient de kennis van de verpleegkundigen op een bepaalde vlakken verbeterd te worden.

Inhoudsopgave

[Voorwoord 2](#_Toc12439830)

[Samenvatting 3](#_Toc12439831)

[Inleiding 3](#_Toc12439832)

[Methode 3](#_Toc12439833)

[Resultaten 3](#_Toc12439834)

[Discussie 3](#_Toc12439835)

[Conclusie 3](#_Toc12439836)

[1. Inleiding 8](#_Toc12439837)

[Leeswijzer 11](#_Toc12439838)

[2. Methode praktijkgericht onderzoek 12](#_Toc12439839)

[2.1 Onderzoeksmethode 12](#_Toc12439840)

[2.2 Onderzoekspopulatie & setting 12](#_Toc12439841)

[2.2.1 Onderzoekspopulatie 12](#_Toc12439842)

[2.2.2 Steekproef interviews 13](#_Toc12439843)

[2.2.3 Steekproef focusgroep 14](#_Toc12439844)

[2.3 Dataverzameling 14](#_Toc12439845)

[2.3.1 Interviews 14](#_Toc12439846)

[2.3.2 Focusgroep 15](#_Toc12439847)

[2.4 Data-analyse 15](#_Toc12439848)

[2.4.1 Interviews 15](#_Toc12439849)

[2.4.2 Focusgroep 16](#_Toc12439850)

[2.5 Kwaliteitseisen 16](#_Toc12439851)

[2.5.1 Betrouwbaarheid 16](#_Toc12439852)

[2.5.2 Geldigheid 16](#_Toc12439853)

[2.6 Ethische paragraaf 17](#_Toc12439854)

[2.6.1 Wetenschapsbureau 17](#_Toc12439855)

[2.6.2 Vrijwillige deelname en informed consent 17](#_Toc12439856)

[2.6.3 Anonimiteit 17](#_Toc12439857)

[2.6.4 Verwerking en bewaren van gegevens 17](#_Toc12439858)

[3. Resultaten 19](#_Toc12439859)

[3.1 Demografische gegevens 19](#_Toc12439860)

[3.1.1 Individuele interviews 19](#_Toc12439861)

[3.1.2 Focusgroep 19](#_Toc12439862)

[3.2 Thema 1: De rol van de verpleegkundige 20](#_Toc12439863)

[3.2.1 Kennis van de verpleegkundigen 20](#_Toc12439864)

[3.2.2 Overdracht van informatie 20](#_Toc12439865)

[3.2.3 Tijd voor het geven van voorlichting 20](#_Toc12439866)

[3.3 Thema 2: Het proces van voorlichting geven 21](#_Toc12439867)

[3.3.1 Werkwijze van voorlichting geven 21](#_Toc12439868)

[3.3.2 Het moment van voorlichting geven 21](#_Toc12439869)

[3.3.3 Registratie van voorlichting 22](#_Toc12439870)

[3.3.4 Samenwerking met de Hartbewaking 22](#_Toc12439871)

[3.4 Thema 3: De inhoud van de voorlichting 22](#_Toc12439872)

[3.4.1 Inhoud van voorlichting 22](#_Toc12439873)

[3.4.2 Voorlichtingsmateriaal 23](#_Toc12439874)

[3.4.3 Persoonlijk informatie dossier 23](#_Toc12439875)

[3.4.4 Visuele voorlichting 23](#_Toc12439876)

[3.5 Thema 4: De voorlichting aan de patiënt en naasten 24](#_Toc12439877)

[3.5.1 Informatiebehoefte van de patiënt 24](#_Toc12439878)

[3.5.2 Eigen regie 24](#_Toc12439879)

[3.5.3 Gedragsverandering 24](#_Toc12439880)

[3.5.4 Psychosociale begeleiding 25](#_Toc12439881)

[3.5.5 Voorlichting aan naasten 25](#_Toc12439882)

[4. Discussie 26](#_Toc12439883)

[4.1 Gebruikte methoden van gegevensverzameling en -verwerking 26](#_Toc12439884)

[4.1.1 Steekproef en onderzoekspopulatie 26](#_Toc12439885)

[4.1.2 Gegevensverzameling 26](#_Toc12439886)

[4.1.3 Gegevensverwerking 27](#_Toc12439887)

[4.2 De resultaten van het praktijkgericht onderzoek 27](#_Toc12439888)

[4.2.1 Voorlichting in groepsverband 27](#_Toc12439889)

[4.2.2 Voorlichting gericht op de individuele patiënt 28](#_Toc12439890)

[4.2.3 Voorlichting aan naasten 28](#_Toc12439891)

[4.2.4 Vormen van informatieoverdracht 28](#_Toc12439892)

[5. Conclusie 30](#_Toc12439893)

[6. Aanbevelingen 32](#_Toc12439894)

[6.1 Educatieve interventies 32](#_Toc12439895)

[6.1.1 Kennis over onderzoeken, behandeling en nazorg 32](#_Toc12439896)

[6.1.2 Kennis over MijnJBZ 32](#_Toc12439897)

[6.1.3 Kennis over eigen regie 32](#_Toc12439898)

[6.2 Organisatorische interventies 33](#_Toc12439899)

[6.2.1 Eenduidig beleid gericht op het geven van voorlichting 33](#_Toc12439900)

[6.2.2 Methodiek van voorlichting geven 34](#_Toc12439901)

[6.3 Overig vervolgonderzoek 34](#_Toc12439902)

[Literatuurlijst 35](#_Toc12439903)

[Bijlage 1 – Aankondiging nieuwsbrief via Kenniscafé 38](#_Toc12439904)

[Bijlage 2 – Informatiebrief deelname praktijkgericht onderzoek 39](#_Toc12439905)

[Bijlage 3 – Toestemmingsformulier praktijkgericht onderzoek 41](#_Toc12439906)

[Bijlage 4 – Topiclijst individuele interviews 42](#_Toc12439907)

[Bijlage 5 – Handleiding Focusgroep 44](#_Toc12439908)

[Bijlage 6 – Uitnodiging focusgroep 47](#_Toc12439909)

[Bijlage 7 – Transcripten individuele interviews 48](#_Toc12439910)

[Interview 1 48](#_Toc12439911)

[Interview 2 58](#_Toc12439912)

[Interview 3 69](#_Toc12439913)

[Interview 4 77](#_Toc12439914)

[Interview 5 89](#_Toc12439915)

[Interview 6 100](#_Toc12439916)

[Bijlage 8 – Codeboek individuele interviews 112](#_Toc12439917)

[Interview 1 112](#_Toc12439918)

[Interview 2 122](#_Toc12439919)

[Interview 3 136](#_Toc12439920)

[Interview 4 148](#_Toc12439921)

[Interview 5 164](#_Toc12439922)

[Interview 6 178](#_Toc12439923)

[Bijlage 9 – Membercheck individuele interviews 194](#_Toc12439924)

[Interview 1 194](#_Toc12439925)

[Interview 2 195](#_Toc12439926)

[Interview 3 196](#_Toc12439927)

[Interview 4 197](#_Toc12439928)

[Interview 5 198](#_Toc12439929)

[Interview 6 199](#_Toc12439930)

[Bijlage 10 – Deductieve analyse focusgroep 201](#_Toc12439931)

[Topic 1: De rol van de (student)verpleegkundige 201](#_Toc12439932)

[Topic 2: De procedure van voorlichting geven 203](#_Toc12439933)

[Topic 3: Inhoud van de voorlichting 206](#_Toc12439934)

[Topic 4: Patiënt en naasten 209](#_Toc12439935)

[Bijlage 11 – Membercheck focusgroep 214](#_Toc12439936)

1. Inleiding

Vergrijzing speelt een belangrijke rol in de prevalentie van hart- en vaatziekten. Ondanks de hogere overlevingskans, door verbeterde preventieve maatregelen, diagnoses en behandelingen, zijn hart- en vaatziekten de nummer één doodsoorzaak wereldwijd (Jaarsma et al., 2014).

Het acuut coronair syndroom is een verzamelnaam voor een acuut myocardinfarct en instabiele angina pectoris. Angina pectoris staat voor pijn op de borst. De patiënt ervaart een hevige drukkende pijn op het midden van de borst. Deze pijn kan uitstralen naar de schouders, armen, kaken, polsen of rug. Wanneer de klachten gelijk blijven in ernst, wordt gesproken van stabiele angina pectoris. Wanneer de klachten plotseling toenemen of in rust aanwezig zijn, wordt gesproken van instabiele angina pectoris (Van Straaten-Huygen & Van Meyel, 2010).

De belangrijkste oorzaak voor angina pectoris is een vernauwing van een of meerdere kransslagaders van het hart. Deze vernauwingen ontstaan door atherosclerose, dit zijn vetophopingen in de vaatwand. Hierdoor wordt de bloeddoorstroming door het bloedvat bemoeilijkt. Het bloedvat kan volledig worden afgesloten wanneer een bloedstolsel losraakt en de doorgang van het bloedvat afsluit (Van Straaten-Huygen & Van Meyel, 2010).

Door de afsluiting wordt een deel van het hart niet van zuurstof voorzien. Dit zorgt ervoor dat een deel van de hartspier niet meer naar behoren functioneert en hartcellen beschadigd raken of afsterven. Er wordt dan gesproken van een myocardinfarct (Jeroen Bosch Ziekenhuis, z.d.-b).

Er zijn verschillende risicofactoren voor het optreden van atherosclerose. Hierbij kan gedacht worden aan roken, overgewicht, hoge bloeddruk, hoog cholesterol, diabetes en langdurige stress. Daarnaast spelen het geslacht, de leeftijd en de erfelijke factoren een rol als risicofactor voor atherosclerose (Hartstichting, 2018).

In Nederland werden in 2017 ruim 23 duizend mannen en 11 duizend vrouwen opgenomen in het ziekenhuis met een acuut myocardinfarct. Daarnaast lag het overlijdensaantal aan een acuut myocardinfarct op bijna drieduizend mannen en ruim tweeduizend vrouwen (Hartstichting, 2018).

De morbiditeit en mortaliteit rondom hart- en vaatziekten worden sterk beïnvloed door de verandering van risicogedrag. Hart- en vaatziekten kunnen gereduceerd worden door het verminderen van risicofactoren, die voortkomen uit het gedrag van de patiënt (Park, Song, & Jeong, 2017).

Volgens La Sala et al. (2015) kunnen preventieve maatregelen door de verpleegkundige ingezet worden om het risicogedrag van de patiënt te reduceren. Preventie richt zich op het beschermen en het bevorderen van de gezondheid van mensen. Door middel van preventie kunnen factoren aangepakt worden die de gezondheid belemmeren of bevorderen, ook wel gezondheidsdeterminanten genoemd. Primaire preventie richt zich op het voorkomen dat gezonde mensen een bepaalde ziekte of aandoening krijgen. Secundaire preventie is gericht op het vroegtijdig in kaart brengen van afwijkingen of aandoeningen bij patiënten met een ziekte of een verhoogd risico (Mares & Roelofs, 2015). Vooral patiënten met een cardiale voorgeschiedenis hebben een verhoogd risico op het doormaken van een acuut coronair syndroom (O’Brien, McKee, Mooney, O’Donell, & Moser, 2014). Hoewel tijdens de ziekenhuisopname al aandacht aan secundaire preventie wordt besteed, slagen veel patiënten er niet in om hun leefstijl aan te passen (Jones, Ellis, Nash, Stanfield, & Broadbent, 2016).

De verpleegkundige heeft volgens de V&VN (2012) de rol van gezondheidsbevorderaar. Zij heeft als taak om de gezondheid van patiënten te bevorderen, door het ondersteunen van zelfmanagement. Hierdoor is het van belang dat de verpleegkundige beschikt over kennis gericht op gezondheidsvoorlichting en interventies kan inzetten om gezondheidsvoorlichting uit te voeren.

Voorlichting is een communicatieproces met als doel het ondersteunen en informeren van de patiënt rondom een gezondheidsprobleem, onderzoek, behandeling en bijbehorende emoties. Op deze manier kunnen de vaardigheden en de kennis van de patiënt verbeterd worden, om te kunnen leven met het gezondheidsprobleem. Daarnaast krijgt de patiënt een beeld van wat hij kan verwachten en hoe hij hierop kan anticiperen. Wanneer de voorlichting wordt uitgebreid met een instructie om met de situatie om te gaan, wordt er gesproken van educatie (Van der Burgt, Terra, & Van Mechelen-Gevers, 2015).

Volgens VMSzorg (2010) dienen bij het voorlichtingsproces verschillende onderwerpen aan bod te komen, om de kennis van patiënten over een acuut coronair syndroom te vergroten. Informatie over de vroegtijdige herkenning van een acuut coronair syndroom met de bijbehorende handelingen is van belang. Daarnaast instructies over het medicatiegebruik. Deze instructies richten zich op de werking van de medicatie en mogelijke bijwerkingen. Ook secundaire risicopreventie gericht op de bloeddruk, cholesterol en glucose is belangrijk om te benoemen. Vervolgens uitleg over de noodzakelijke leefstijlveranderingen op het gebied van roken, lichaamsbeweging en een gezond lichaamsgewicht.

Volgens Hwang en Kim (2015) is het ook van belang om in te spelen op de psychologische factoren van de patiënt zoals angst, depressieve symptomen of de zelfeffectiviteit.

Interventies om het gedrag van de patiënt te veranderen, dienen direct na de aandoening ingezet te worden. Hierdoor is sprake van een snelle beoordeling van de individuele risicofactoren en kunnen haalbare persoonlijke doelen worden vastgesteld (Park et al., 2017). Ook speelt angst op terugkeer van klachten bij patiënten vaak een rol na een acuut coronair syndroom. Hierdoor is een passende nabehandeling van belang, die al opgestart wordt in het ziekenhuis. Deze richt zich op informatievoorziening, instructies, risicopreventie en hartrevalidatie (VMS Veiligheidsprogramma, 2010). Daarnaast wordt vroege educatie door patiënten als waardevol ervaren en de aanwezigheid van patiënten bij revalidatieprogramma’s vergroot (Weibel, Massarotto, Hediger, & Mahrer-Imhof, 2014).

Patiënten hebben bij ontslag uit het ziekenhuis vaak een kennistekort rondom het acuut coronair syndroom, behandeling, risicofactoren en de benodigde veranderingen in de leefstijl. De interventies die ingezet worden om het gedrag van de patiënt te veranderen, zijn nog niet optimaal. Het gebrek aan kennis zorgt voor een vermindering van bewustzijn over de risicofactoren, gezondheidsgedrag en de therapietrouw gericht op medicatie (Weibel et al., 2014).

De intentie voor het veranderen van gedrag, ontstaat aan de hand van drie verschillende factoren. Dit zijn de attitude, sociale invloed en de eigen effectiviteit. De attitude richt zich op de opvattingen en afwegingen om het gedrag te veranderen. Sociale invloed richt zich op de invloed van anderen. De eigen effectiviteit verwijst naar het eigen vertrouwen in het slagen van de gedragsverandering (Van der Burgt et al., 2015).

Met de zes stappen van gedragsverandering kan in kaart gebracht worden in welke fase van verandering de patiënt zich bevindt. De eerste stap ‘openstaan’ richt zich op de aandacht voor en het opnemen van bepaalde informatie. De stap ‘begrijpen’ gaat in op het verwerken en vasthouden van informatie. Hierna volgt de stap ‘willen’ de bereidheid om te veranderen. Wanneer de bereidheid om te veranderen aanwezig is, volgt de stap ‘kunnen’. Het vermogen van de patiënt om de gedragsverandering toe te passen. Hierop volgt de stap ‘doen’ het toepassen van de gedragsverandering. De laatste stap is gericht op het volhouden van de gedragsverandering, ook wel ‘blijven doen’ (Van der Burgt et al., 2015).

Om als verpleegkundige gedragsverandering te stimuleren bij de patiënt, kan gebruik gemaakt worden van motiverende gespreksvoering. Deze methode kan gebruikt worden om de motivatie van de patiënt te ontdekken voor het maken van bepaalde keuzes. Deze methode kan bij patiënten bijdragen aan de verandering van kennis, attitude en overtuigingen over het acuut coronair syndroom (O’Brien et al., 2014).

Patiënten geven regelmatig aan ontevreden te zijn over de informatie die zij ontvangen, omdat deze onvoldoende aansluit bij de behoeften van de patiënt. De voorkeur van de patiënt over het ontvangen van informatie gaat vooral uit naar informatie over medicatie, risicofactoren en de anatomie en fysiologie van het hart (Greco et al., 2016).

Om een bijdrage te leveren aan de gedragsverandering van de patiënt, is het van belang dat de verpleegkundige persoonsgerichte voorlichting toepast. Bij deze vorm van voorlichting dient de verpleegkundige oog te hebben voor de patiënt en zijn ‘bagage’. Deze benadering richt zich op samenwerking en gezamenlijke besluitvorming. Het is van belang om als verpleegkundige een samenwerkingsrelatie tot stand te brengen. Hierin zijn gelijkwaardigheid, respect en betrokkenheid noodzakelijk. Gezamenlijke besluitvorming richt zich op het geven van een overzicht van de mogelijkheden aan de patiënt. Daarnaast de patiënt uitnodigen om zijn zienswijze te benoemen (Van der Burgt et al., 2015).

Park et al. (2017) hebben onderzocht of doelgerichte educatie bij patiënten leidt tot een verbetering van het gezondheidsgedrag en de kwaliteit van leven. Deze educatie richtte zich op risicomanagement op maat en het actief betrekken van de patiënt bij het doel voor gedragsverandering. Patiënten die deze vorm van educatie ontvingen, toonden een betere kwaliteit van leven en verandering van gedrag.

Naast het afstemmen van de voorlichting op de patiënt is ook het vergroten van het ziekte-inzicht van belang. Onjuiste of negatieve inzichten rondom het ziekteproces en de aanpassingen in de leefstijl zijn gerelateerd aan slechtere gezondheidsresultaten, zoals een verminderd lichamelijk en psychisch functioneren. Vlak na het acuut coronair syndroom is de bedreiging van de ziekte sterk aanwezig bij de patiënt. Dit versterkt de motivatie om de bedreiging aan te pakken. Wanneer er op dit moment aandacht wordt besteed aan het ziekte-inzicht, kan dit een grote rol spelen in het traject van gedragsverandering. De patiënt wordt gemotiveerd voor een gezonde leefstijl om herhaling te voorkomen (Jones et al., 2016).

Het ziekte-inzicht kan vergroot worden door aandacht te besteden aan de oorzaken en symptomen van het ziektebeeld. Daarnaast de relatie tussen de oorzaken en het gezondheidsgedrag van de patiënt (Broadbent, Ellis, Thomas, Gamble, & Petrie, 2009).

Ook een toename van de zelfeffectiviteit van de patiënt leidt tot een verbetering van de leefstijl, zoals meer lichaamsbeweging en betere voedingskeuzes (Sol, Van der Graaf, Van Petersen, & Visseren, 2011).

Levenspartners van patiënten nemen vaak geen deel aan educatieve programma’s. Hierdoor kunnen zij zich onvoldoende in staat voelen om de partner optimaal te ondersteunen. Op deze manier kunnen zij de angst van de patiënt vergroten, door de aanwezigheid van hun eigen angst. Daarom is het van belang om hen ook te betrekken bij voorlichting aan de patiënten (Greco et al., 2016).

Volgens Williams, Anderson, Barton en McGhee (2012) kunnen visuele representaties van een ziekte ook een belangrijke bijdrage leveren aan het communiceren van informatie over de gezondheidsrisico’s en mogelijk ook in het veranderen van ziektepercepties.

Visuele beelden kunnen bijdragen aan het geven van een beeld over het effect van het acuut coronair syndroom op het hart van de patiënt. Daarnaast de manier waarop medicatie en verandering van de leefstijl effect hebben op de werking van het hart en het verminderen van toekomstige problemen (Jones et al., 2016).

Uit onderzoek van Jones et al. (2016) blijkt dat op verschillende vlakken verbetering zichtbaar is bij de patiënt. Patiënten keren sneller terug naar dagelijkse activiteiten. Daarnaast vermindert de angst op het gebied van lichaamsbeweging, wat leidt tot een toename van lichaamsbeweging bij patiënten. Daarnaast hebben ze een groter vertrouwen en inzicht in het onder controle krijgen van de hartaandoening, minder zorgen rondom de cardiale medicatie en zien ze het belang van therapietrouw in.

In het Jeroen Bosch Ziekenhuis werden in de periode van 2015-2017 ruim 2300 patiënten opgenomen met een acuut myocardinfarct. Ruim tachtig patiënten overleden door deze aandoening in het ziekenhuis (Jeroen Bosch Ziekenhuis, z.d.-d).

Volgens het Jeroen Bosch Ziekenhuis behoort iedere patiënt voorlichting te krijgen over zijn ziekte en behandeling. Deze voorlichting dient tijdig, zinvol, begrijpelijk, actueel en nauwkeurig te zijn. Het is wenselijk om indien mogelijk de contactpersoon van de patiënt actief te betrekken bij de voorlichting. De voorlichting behoort zoveel mogelijk ondersteund te worden door schriftelijk en/of digitaal voorlichtingsmateriaal. Als afsluiting dient gecontroleerd te worden of de patiënt de informatie heeft ontvangen en begrepen. De voorlichting die gegeven is, wordt geregistreerd in het patiëntendossier (Jeroen Bosch Ziekenhuis, persoonlijke communicatie, 14 februari 2019).

Op dit afdeling Cardiologie binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis is dagelijks de ruimte beschikbaar voor 47 klinische patiënten met cardiale problematiek. Op dit moment is op de afdeling Cardiologie binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis geen eenduidige werkwijze aanwezig rondom het geven van voorlichting aan patiënten over een acuut coronair syndroom. Vanuit ervaringen en bevindingen van de procesbegeleider (M. Gielen, persoonlijke communicatie, 4 februari 2019) geven (student)verpleegkundigen van de afdeling niet op een eenduidige manier voorlichting aan de patiënt. Er is onduidelijkheid over het moment van voorlichting, de inhoud, de methode en de registratie van de voorlichting.

Volgens Van der Burgt et al. (2015) ervaren patiënten ook dat er onvoldoende afstemming tussen verpleegkundigen is, gericht op het geven van voorlichting. De informatie die zij ontvangen is dan tegenstrijdig, incompleet of niet passend bij de persoonlijke situatie. Dit wordt ook bevestigd door M. Gielen (persoonlijke communicatie, 4 februari 2019).

Het doel van het onderzoek is: “inzicht verkrijgen in de wijze waarop (student) verpleegkundigen op de afdeling Cardiologie, binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis, voorlichting vormgeven aan patiënten over het acuut coronair syndroom en op basis hiervan aanbevelingen vaststellen voor de praktijk.”

Hierbij is de volgende vraagstelling opgesteld: “Op welke wijze geven (student)verpleegkundigen, van de afdeling Cardiologie binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis, voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom en op welke wijze kan deze voorlichting geoptimaliseerd worden?”

Leeswijzer

Het onderzoeksverslag is opgedeeld in verschillende hoofdstukken. In hoofdstuk twee wordt de methode van het praktijkgericht onderzoek beschreven. Hierbij wordt ingegaan op het onderzoeksdesign en de methode van gegevensverzameling en -analyse. In hoofdstuk drie worden de resultaten van het praktijkgericht onderzoek weergeven aan de hand van verschillende thema’s. Hoofdstuk vier richt zich op de discussie, waarin de sterke en zwakke punten van het praktijkgericht onderzoek centraal staan. In hoofdstuk vijf wordt de conclusie van het onderzoek beschreven met in hoofdstuk zes de bijbehorende aanbevelingen. Aansluitend volgt de literatuurlijst van dit onderzoek en de bijlagen met aanvullende informatie.

2. Methode praktijkgericht onderzoek

In de methode van het praktijkgericht onderzoek wordt beschreven welke onderzoeksmethode is gekozen. Daarnaast wordt de onderzoekspopulatie in kaart gebracht en op welke manier de steekproef plaatsvond. De gegevensverzameling en -analyse komen aan bod. Als laatste de kwaliteitseisen en de ethische aspecten van het onderzoek.

2.1 **Onderzoeksmethode**

Het doel van het onderzoek was inzicht verkrijgen in de huidige situatie, gericht op voorlichting over het acuut coronair syndroom aan patiënten en verbeteringen die hierin mogelijk zijn. Hierbij stond de volgende onderzoeksvraag centraal: “Op welke wijze geven (student)verpleegkundigen, van de afdeling Cardiologie binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis, voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom en op welke wijze kan deze voorlichting geoptimaliseerd worden?”

Voor beantwoording van de onderzoeksvraag werd gekozen voor kwalitatief onderzoek. Kwalitatief onderzoek is gericht op de ervaringen, belevingen en achterliggende argumenten die mensen hebben voor keuzes die gemaakt worden. Door middel van kwalitatief onderzoek kon in kaart gebracht worden welke ervaringen en beweegredenen (student)verpleegkundigen hebben rondom het vormgeven van voorlichting aan de patiënt (De Jong et al., 2015).

Een interview wordt ook wel een vraaggesprek genoemd dat gericht is op de beleving van de persoon die geïnterviewd wordt. Het interview heeft als doel informatie verzamelen over een bepaald onderwerp (Verhoeven, 2018).

Voor dit onderzoek werd gekozen voor semigestructureerde interviews aan de hand van een openingsvraag met een passende topiclijst. Op deze manier kon aandacht besteed worden aan de motivaties, gedachten en ideeën van de onderzoekdeelnemers en kon hierop worden doorgevraagd. Het voordeel van semigestructureerde interviews is dat tijdens het interview vragen toegevoegd kunnen worden. Daarnaast kan doorgevraagd worden op antwoorden die de respondent geeft, om op deze manier meer informatie te verzamelen (Verhoeven, 2018).

Naast individuele interviews werd gekozen voor een focusgroep. Hierbij worden meerdere deelnemers op hetzelfde moment geïnterviewd. Een focusgroep dient te bestaan uit zes tot twaalf deelnemers (Verhoef et al., 2016).

Het voordeel van een focusgroep is dat interactie plaatsvindt tussen de deelnemers. De interactie onderling kan bij de participant ideeën en gevoelens oproepen, die eerder nog niet naar boven waren gekomen. Op deze manier kunnen nieuwe inzichten ontstaan (Baarda et al., 2018; De Jong et al., 2015).

2.2 Onderzoekspopulatie & setting

2.2.1 Onderzoekspopulatie

De populatie van het onderzoek bevatte (student)verpleegkundigen op de afdeling Cardiologie binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Op de afdeling Cardiologie is een leerunit aanwezig waar MBO- en HBO-verpleegkunde studenten uit alle leerjaren stagelopen. Na een inwerkperiode krijgen studentverpleegkundigen, uit het derde en vierde leerjaar, eigen patiënten toegewezen waarvoor zij de zorg dragen. Hierbij is terugkoppeling mogelijk aan een toegewezen verpleegkundige. Omdat de studentverpleegkundigen op deze manier ook zelfstandig voorlichting geven aan patiënten, werden zij meegenomen in het onderzoek. Hierbij werd gekozen voor studenten in het vierde jaar van de opleiding. Studenten uit het derde leerjaar werden niet meegenomen, omdat zij tijdens de onderzoeksperiode niet aanwezig waren op de afdeling (M. Gielen, persoonlijke communicatie, 10 februari 2019).

Op de afdeling Cardiologie binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis zijn momenteel 37 MBO-verpleegkundigen en 16 HBO-verpleegkundigen werkzaam. Daarnaast zijn er gemiddeld tien studentverpleegkundigen. Op de afdeling zijn ook twee coördinerend verpleegkundigen. Zij werden niet meegenomen in het onderzoek, omdat zij momenteel geen directe relatie hebben met de zorgverlening aan de patiënt (M. Gielen, persoonlijke communicatie, 10 februari 2019).

2.2.2 Steekproef interviews

Vanwege de grote onderzoekspopulatie en een beperkt tijdsbestek, was het niet mogelijk om een interview af te nemen bij alle (student)verpleegkundigen. Daarom is gekozen voor een steekproef. Een steekproef is een selectie deelnemers vanuit de onderzoekspopulatie die deel mogen nemen aan het onderzoek. Bij kwalitatief onderzoek wordt vaak gekozen voor een gerichte steekproef van een bepaalde groep personen. Hierbij is de omvang van de groep niet van belang, maar het informatiegehalte van de gegevens (Baarda et al., 2018; Verhoeven, 2018).

Bij een gerichte steekproef wordt de keuze gemaakt op basis van onderzoekseenheden die het beste aansluiten bij de informatie die wordt verzameld. Deze kenmerken worden ook wel inclusiecriteria genoemd (Verhoeven, 2018).

In Tabel 1 staan de inclusie- en exclusiecriteria beschreven die werden gewaarborgd voor de interviews en focusgroep die afgenomen werden op de afdeling Cardiologie binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis.

**Tabel 1**

*Inclusie- en exclusiecriteria steekproef*

|  |  |
| --- | --- |
| *Inclusiecriteria* | *Exclusiecriteria* |
| HBO-verpleegkundige alleen werkzaam op de afdeling Cardiologie | Coördinerend verpleegkundige werkzaam op de afdeling Cardiologie |
| MBO-verpleegkundige alleen werkzaam op de afdeling Cardiologie | Verpleegkundigen werkzaam vanuit de flexpool |
| Verpleegkundigen die minimaal drie maanden werkzaam zijn op de afdeling Cardiologie |  |
| Studentverpleegkundigen in het vierde leerjaar, nadat zij tien weken stage hebben gelopen op de afdeling Cardiologie |  |

In dit onderzoek werd gekozen voor een gerichte steekproef gericht op typerende gevallen. Hierbij werd gekozen voor participanten die typerend zijn voor de onderzoekspopulatie. Bij de interviews werd gekozen om twee HBO-verpleegkundigen, twee MBO-verpleegkundigen en twee studentverpleegkundigen te interviewen. Bij de verpleegkundigen werd tijdens dit onderzoek onderscheid gemaakt in verpleegkundigen met meer of minder dan vijf jaar werkervaring op de afdeling Cardiologie. Op deze manier werden typerende participanten gebruikt voor de gehele onderzoekspopulatie (Baarda et al., 2018).

Alle (student)verpleegkundigen ontvingen voorafgaand aan het onderzoek via de digitale nieuwsbrief informatie over het onderzoek (zie Bijlage 1). Daarbij werd ook de mogelijkheid meegestuurd om te beslissen of zij openstonden voor deelname aan het onderzoek via een bijgevoegde link. De (student)verpleegkundigen die hadden aangegeven deel te willen nemen aan het onderzoek, werden verdeeld in zes groepen die staan beschreven in Tabel 2.

**Tabel 2**

*Verdeling onderzoekspopulatie voor steekproef*

|  |
| --- |
| *Verdeling onderzoekspopulatie* |
| HBO-verpleegkundigen met meer dan vijf jaar werkervaring |
| HBO-verpleegkundigen met minder dan vijf jaar werkervaring |
| MBO-verpleegkundigen met meer dan vijf jaar werkervaring |
| MBO-verpleegkundigen met minder dan vijf jaar werkervaring |
| HBO-studentverpleegkundigen in het vierde leerjaar |
| MBO-studentverpleegkundigen in het vierde leerjaar |

Vanuit de zes groepen die opgesteld werden (Tabel 2) door middel van een doelgerichte steekproef, vond een gelegenheidssteekproef plaats. Op basis van een gelegenheidssteekproef werd bepaald welke participanten daadwerkelijk deel zouden nemen aan het onderzoek. Bij een gelegenheidssteekproef wordt gebruik gemaakt van participanten die toevallig voor handen zijn. Er werden verschillende dagen uitgekozen waarop de interviews werden afgenomen. De verpleegkundigen die op deze dagen werkzaam waren, werden uitgekozen voor deelname aan de interviews. Zij ontvingen de informatiebrief met aanvullende informatie (zie Bijlage 2). Hierbij werd gewaarborgd dat uit elke groep (Tabel 2) één verpleegkundige werd geïnterviewd (Baarda et al., 2018). De interviews vonden plaats onder de werktijd van de (student)verpleegkundigen, maar wel in een aparte ruimte buiten de afdeling.

2.2.3 Steekproef focusgroep

Voor de focusgroep werden dezelfde inclusie- en exclusiecriteria gehanteerd die ook gelden voor de interviews, zoals beschreven in Tabel 1.

Voor de focusgroep vond een gelegenheidssteekproef plaats. Van tevoren werd een geschikte dag uitgekozen waarop de focusgroep plaatsvond. Er werd gekeken welke (student)verpleegkundigen die dag werkzaam waren, die aangegeven hadden deel te willen nemen aan het onderzoek. Deze verpleegkundigen ontvingen de informatiebrief (zie Bijlage 2) en een uitnodiging voor de focusgroep. De focusgroep vond plaats na afloop van de dagdienst. De uren die besteed werden aan de focusgroep, konden door de medewerkers worden gedeclareerd als werktijd. Participanten die deelgenomen hadden aan de interviews, werden niet meegenomen in de focusgroep.

2.3 Dataverzameling

In dit onderzoek werd gestart met het afnemen van zes interviews bij (student)verpleegkundigen, om inzicht te verkrijgen in de wijze van voorlichting geven. Naar aanleiding van de interviews vond een focusgroep plaats. Het doel van de focusgroep was om de uitkomsten van de interviews te evalueren en te bespreken welke verbeteringen mogelijk zijn en op welke wijze. Hierbij was de mogelijkheid aanwezig dat de (student)verpleegkundigen onderling met elkaar in discussie gingen over de topics. Voor de focusgroep werden negen (student)verpleegkundigen benaderd, die niet deelgenomen hadden aan de interviews. Op de dag van de focusgroep vond één afmelding van een verpleegkundige plaats naar aanleiding van persoonlijke omstandigheden. De focusgroep heeft plaatsgevonden met acht (student)verpleegkundigen.

2.3.1 Interviews

Tijdens het interview vond een persoonlijk gesprek plaats tussen de interviewer en de participant. Het interview startte met een korte inleiding over het onderzoek, het tijdsbestek, anonimiteit en de mogelijkheid om vragen te stellen bij onduidelijkheden. Hierna volgde de openingsvraag met aansluitend de opgestelde topiclijst. Het gesprek werd afgesloten met de vraag of de participant nog overige opmerkingen had (Baarda et al., 2018).

Het was van belang om tijdens het interview open vragen te stellen en suggestieve vragen te vermijden. Dit om te voorkomen dat de participant een bepaalde richting in werd gestuurd, wat kon leiden tot sociaal wenselijke antwoorden (Baarda et al., 2018).

In Bijlage 4 worden de openingsvraag en topics van het interview weergeven. De topics waren gebaseerd op de onderzoeksvraag en het bijbehorende literatuuronderzoek. Tijdens de interviews kon afgeweken worden van de volgorde van de topiclijst. In dit geval kon de topiclijst als checklist gebruikt worden, om te kijken of alle onderwerpen aan bod waren geweest. Daarnaast kwamen tijdens de interviews drie nieuwe topics aan bod, namelijk het tijdsbestek voor voorlichting, eigen regie van de patiënt en samenwerking met de hartbewaking. Deze topics zijn meegenomen in de daarop volgende interviews (Baarda et al., 2018).

Tijdens het interview was ook doorvragen van belang. Als hulpmiddel en naslag zijn bij de topics enkele voorbeeldvragen weergegeven (Baarda et al., 2018).

2.3.2 Focusgroep

De focusgroep vond plaats nadat de interviews waren afgenomen op de afdeling Cardiologie en deze waren geanalyseerd. Deze focusgroep werd gebaseerd op de inbreng van resultaten van de interviews. Voor de focusgroep werd een gesprekshandleiding opgesteld met een topiclijst die gebaseerd was op de topiclijst en de resultaten van de interviews (zie Bijlage 5).

De participanten van de focusgroep ontvingen voorafgaand aan de focusgroep een uitnodiging (zie Bijlage 6) en informatiebrief (zie Bijlage 2). Tijdens de focusgroep fungeerde de onderzoeker als voorzitter. De voorzitter bracht de topics in en vroeg om aanvullende informatie. Daarnaast was een gespreksleider aanwezig. Deze leidde de discussie en zorgde ervoor dat iedereen aan bod kwam. De gespreksleider gaf geen inhoudelijk commentaar tijdens het gesprek, maar kon wel om verduidelijking vragen. Ook was het van belang dat de gespreksleider een gevoel van vertrouwen creëerde, waardoor iedere participant open durfde te spreken in de groep. Voor de rol van gespreksleider werd een coördinerend verpleegkundige gekozen van de afdeling, die niet direct betrokken was bij de uitvoering van het onderzoek. Zij werd op de hoogte gesteld van het onderzoek (Baarda et al., 2018).

Verdere toelichting over de rolverdeling van de voorzitter en gespreksleider wordt beschreven in de gesprekshandleiding (zie Bijlage 5).

2.4 Data-analyse

2.4.1 Interviews

Het proces van gegevensanalyse werd gestart tijdens de dataverzameling. Dit wordt ook wel het iteratief proces genoemd, een afwisseling van het verzamelen en analyseren van gegevens. Er werden eerst twee interviews afgenomen die geanalyseerd werden en daarna werden opnieuw interviews afgenomen (Baarda et al., 2018).

De interviews werden opgenomen met audioapparatuur. Het is niet mogelijk om de interviews direct vanaf de audio-opnames te analyseren. Daarom werden de audio-opnames volledig uitgetypt (Baarda et al., 2018). Tijdens het transcriberen werden aarzelingen en stopwoordjes weggelaten. Non-verbale informatie die relevant voor het onderzoek was, werd tijdens het interview genoteerd. Deze informatie werd toegevoegd aan het transcript.

Het analyseren van de gegevens startte met het lezen van de transcripten om een beeld de krijgen van wat er speelde. Tijdens het lezen werd onderscheid gemaakt tussen relevante stukken voor de beantwoording van de onderzoeksvraag en minder bruikbare informatie. Hierna werd het onderzoeksmateriaal opgedeeld in segmenten. Het segment kon gezien worden als de context waaruit een interpretatie ontleend kon worden. Hierna werd gestart met open coderen. Dit hield in dat aan een bepaald tekstgedeelte een code werd toebedeeld. Na het coderen werd gekeken of eventueel synoniemen waren gebruikt die samengevoegd konden worden (Baarda et al., 2018).

Hierna volgde het axiaal coderen. De opgestelde codes werden met elkaar vergeleken en gegroepeerd. Hierbij werd gekeken naar verschillen en overeenkomsten tussen de verschillende tekstsegmenten met dezelfde codes. Er ontstonden hoofd- en subgroepen (Verhoeven, 2018).

Als laatste volgde het selectief coderen. Hierbij werd een verband gelegd tussen de gegroepeerde begrippen. Op deze manier ontstond een theorie over het onderwerp van het onderzoek (Verhoeven, 2018). Na het analyseren van de gegevens werden de audio-opnames vernietigd.

2.4.2 Focusgroep

De dataverzameling van de focusgroep vond eveneens plaats via audioapparatuur. De data werd geanalyseerd op deductieve wijze. Hierbij werden de gegevens geanalyseerd op basis van theorieën en modellen (Verhoeven, 2018). De verkregen gegevens vanuit de focusgroep werden geordend aan de hand van topics uit de topiclijst. Er werd gekozen om de audio-opnames niet volledig te transcriberen. Tijdens het beluisteren van de audio-opnames werden de tekstfragmenten bij de passende topics geplaatst. Alle tekstfragmenten die duidden op dezelfde topic, werden bij elkaar geplaatst. Hierna werd een samenvatting gegeven van de tekstfragmenten die behoorden bij de topic (Doorewaard, Kil, & Van de Ven, 2015). Na het analyseren van de gegevens werd de audio-opname vernietigd.

2.5 Kwaliteitseisen

De kwaliteit van het onderzoek en de uiteindelijke resultaten en conclusies zijn afhankelijk van de kwaliteit van de gegevens die verzameld zijn. Hierbij was het van belang dat het onderzoek voldeed aan twee verschillende kwaliteitscriteria, namelijk betrouwbaarheid en geldigheid. De kwaliteitscriteria worden hieronder verder uitgelegd (Baarda et al., 2018).

2.5.1 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van het onderzoek wordt bepaald door de mate waarin de onderzoeksgegevens gebaseerd zijn op toeval. Des te minder de gegevens zijn gebaseerd op toeval, des te groter de betrouwbaarheid van het onderzoek. Toevalligheden kunnen plaatsvinden op basis van de onderzoeker, de dataverzamelingsmethode en de onderzoekssituatie (Baarda et al., 2018).

Toevalligheden kunnen gereduceerd worden wanneer duidelijk beschreven wordt hoe het onderzoek heeft plaatsgevonden. Een duidelijke beschrijving van de context van het onderzoek, de methoden en de toepassing ervan. De onderzoeksprocedure met bijbehorende conclusies dienen transparant te zijn. Wanneer de mogelijkheid aanwezig is om het onderzoek na te volgen en de stappen die gezet zijn te controleren, wordt de mate van betrouwbaarheid vergroot. Om de transparantie van het onderzoek te vergroten, kan er gebruik gemaakt worden van memo’s. In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van methodememo’s. Deze boden een beschrijving van keuzes die gemaakt zijn in het analyseproces. Daarnaast werd gebruik gemaakt van begrippenmemo’s. Deze gaven een beschrijving van codes die gebruikt werden in het analyseproces. Een ander hulpmiddel om de transparantie te vergroten, is het gebruik van dataregistratieapparatuur in plaats van het achteraf registeren van data. Achteraf registeren van data vergroot het risico op het vergeten van gegevens, wat de betrouwbaarheid verkleint. In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van audioapparatuur om de gegevens te registreren (Baarda et al., 2018).

2.5.2 Geldigheid

De geldigheid van het onderzoek richt zich op de mate waarin de gegevens een kloppende weergave vormen van het fenomeen in de praktijk. Er zijn verschillende manieren om de geldigheid van het onderzoek te waarborgen, die hieronder verder worden toegelicht (Baarda et al., 2018).

Voorafgaand aan het onderzoek heeft een literatuurstudie plaatsgevonden. Het literatuuronderzoek kan bruikbaar zijn bij het formuleren van interpretaties en conclusies, die ook onderbouwd en getoetst kunnen worden aan de hand van de literatuur (Baarda et al., 2018).

Triangulatie richt zich op het gebruikmaken van verschillende databronnen en manieren van dataverzameling. In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van verschillende manieren van dataverzameling, namelijk individuele interviews en een focusgroep. Hierdoor werd de geldigheid van het onderzoek vergroot. Ook was uitgebreide documentatie van het onderzoek van belang. Op basis hiervan werd een logboek bijgehouden met de handelingen die plaatsvonden (Baarda et al., 2018).

Om de geldigheid te vergroten, kan een membercheck plaatsvinden. Dit houdt in dat de bevindingen van het onderzoek worden voorgelegd aan de participanten. In dit onderzoek werd gekozen om een samenvatting na afloop van het interview en de focusgroep te versturen naar de participanten. De participant werd gevraagd om binnen een week reactie te geven om te verifiëren of de gegevens kloppend waren. Ook werd gekozen voor peer debriefing om de geldigheid te vergroten. Dit houdt in dat peergroep leden werden gevraagd om mee te kijken naar de uitvoering en analyse van het desbetreffende onderzoek. Op deze manier konden eigen interpretaties of vooroordelen aan het licht komen (Baarda et al., 2018).

2.6 Ethische paragraaf

2.6.1 Wetenschapsbureau

Voordat een onderzoek uitgevoerd wordt in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, dient deze ingediend te worden bij het Wetenschapsbureau. Het wetenschapsbureau controleert of het onderzoek in aanmerking komt voor de Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) en of deze gekeurd dient te worden door een Medisch-ethische toetsingscommissie. Dit onderzoek is ter controle voorgelegd aan het wetenschapsbureau (Jeroen Bosch Ziekenhuis, z.d.-c).

2.6.2 Vrijwillige deelname en informed consent

De keuze van de participant tot deelname aan het onderzoek diende geheel vrijwillig te zijn. Het was daarom van belang om een goede afspiegeling van het onderzoek te geven aan de participanten. De participanten diende voorafgaand aan het onderzoek geïnformeerd te worden (De Jong et al., 2015; Baarda et al., 2018).

Voorafgaand aan het onderzoek werd een bericht in de nieuwsbrief van de afdeling Cardiologie geplaatst (zie Bijlage 1). Hierdoor werden alle (student)verpleegkundigen op de hoogte gesteld dat een onderzoek plaatsvond op de afdeling. Via een link naar een enquête, konden de (student)verpleegkundigen aangeven of ze openstonden voor benadering tot deelname aan het onderzoek. Daarnaast werd een informatiebrief opgesteld. In deze informatiebrief werden de inhoud van het onderzoek en deelname, anonimiteit en verwerking van de gegevens beschreven (zie Bijlage 2). De informatiebrief werd overhandigd aan de (student)verpleegkundigen die gekozen waren voor deelname aan het onderzoek.

Aan het begin van het interview of de focusgroep werd aan de participanten gevraagd om het toestemmingsformulier te ondertekenen (zie Bijlage 3).

2.6.3 Anonimiteit

Anonimiteit en vertrouwelijkheid zijn voor participanten vaak essentieel voor deelname aan het onderzoek. Door duidelijk te maken wat de consequenties van het onderzoek waren en de anonimiteit te waarborgen, werd een veilige omgeving gecreëerd voor de participanten (Baarda et al, 2018).

Tijdens de verwerking van de gegevens kreeg elke participant een code, waardoor de persoonsgegevens werden weggelaten. De gegevens bleven vertrouwelijk. Dit houdt in dat alleen de onderzoeker op de hoogte was van de code die gerelateerd was aan de persoonsgegevens. Wanneer de membercheck was uitgevoerd, werd de sleutel naar de code verwijderd.

2.6.4 Verwerking en bewaren van gegevens

De verzamelde gegevens werden opgeslagen en verwerkt in een veilige server binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Hierbij werd gebruik gemaakt van Word. Wanneer de membercheck was uitgevoerd, werden de gegevens volledig geanonimiseerd.

De toestemmingsformulieren, die ingevuld waren door de participanten, werden tijdens het onderzoek bewaard in een afgesloten kluis op de afdeling Cardiologie. Na afloop van het onderzoek worden de toestemmingsformulieren door het Wetenschapsbureau van het Jeroen Bosch Ziekenhuis vijftien jaar bewaard. De gegevens van het onderzoek worden door de Avans Hogeschool zeven jaar bewaard. De participanten werden hiervan op de hoogte gesteld. Er was in dit onderzoek geen sprake van vertrouwelijke informatie.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat de resultaten zijn van de interviews en de focusgroep die zijn afgenomen bij (student)verpleegkundigen van de afdeling Cardiologie. Allereerst worden de demografische gegevens vermeld van de (student)verpleegkundigen die deel hebben genomen aan de individuele interviews en de focusgroep. De resultaten zijn verdeeld in vier thema’s namelijk: De rol van de verpleegkundige, de inhoud van de voorlichting, het proces van voorlichting geven en de patiënt en naasten. De vier thema’s zijn opgedeeld in verschillende deelthema’s.

Wanneer in dit hoofdstuk gesproken wordt over verpleegkundigen betekent dit inclusief de studentverpleegkundigen. Wanneer alleen de studentverpleegkundigen worden bedoeld, wordt gesproken van de studentverpleegkundigen.

In Bijlage 7 worden de transcripten weergeven van de individuele interviews met het bijbehorende codeboek in Bijlage 8. Daarnaast worden in Bijlage 9 de memberchecks weergeven van de individuele interviews. In Bijlage 10 is de deductieve analyse van de focusgroep beschreven met de bijbehorende membercheck in Bijlage 11.

3.1 Demografische gegevens

3.1.1 Individuele interviews

Voor het praktijkgericht onderzoek zijn zes individuele interviews afgenomen. De demografische gegevens van deze verpleegkundigen zijn beschreven in Tabel 3.

**Tabel 3**

*Demografische gegevens individuele interviews*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Opleidingsniveau* | *Werkervaring op de afdeling Cardiologie* |
| *Participant 1 (P1)* | MBO Verpleegkundige student | Minder dan vijf jaar |
| *Participant 2 (P2)* | MBO Verpleegkundige | Minder dan vijf jaar |
| *Participant 3 (P3)* | HBO Verpleegkundige student | Minder dan vijf jaar |
| *Participant 4 (P4)* | HBO Verpleegkundige | Minder dan vijf jaar |
| *Participant 5 (P5)* | HBO Verpleegkundige | Meer dan vijf jaar |
| *Participant 6 (P6)* | MBO Verpleegkundige | Meer dan vijf jaar |

3.1.2 Focusgroep

Voor het praktijkgericht onderzoek heeft een focusgroep plaatsgevonden met acht participanten. De demografische gegevens van deze verpleegkundigen zijn beschreven in Tabel 4.

**Tabel 4**

*Demografische gegevens focusgroep*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Opleidingsniveau* | *Werkervaring op de afdeling Cardiologie* |
| *Participant 1 (F1)* | HBO Verpleegkundige student | Minder dan vijf jaar |
| *Participant 2 (F2)* | HBO Verpleegkundige | Minder dan vijf jaar |
| *Participant 3 (F3)* | MBO Verpleegkundige | Meer dan vijf jaar |
| *Participant 4 (F4)* | HBO Verpleegkundige | Minder dan vijf jaar |
| *Participant 5 (F5)* | MBO Verpleegkundige | Meer dan vijf jaar |
| *Participant 6 (F6)* | HBO Verpleegkundige | Minder dan vijf jaar |
| *Participant 7 (F7)* | HBO Verpleegkundige | Meer dan vijf jaar |
| *Participant 8 (F8)* | MBO Verpleegkundige | Minder dan vijf jaar |

3.2 Thema 1: De rol van de verpleegkundige

3.2.1 Kennis van de verpleegkundigen

Door enkele verpleegkundigen werd aangegeven dat nieuwe verpleegkundigen op de afdeling vaak onvoldoende kennis over het ACS protocol hebben. Daarnaast zijn ze onvoldoende op de hoogte van het nazorg traject en onder andere de hartrevalidatie. Het zou voor nieuwe verpleegkundigen leerzaam zijn om een dag mee te lopen op de hartrevalidatie, zodat ze hiervan een beeld kunnen vormen en hun kennis kunnen vergroten.

Eén van de studentverpleegkundigen gaf aan dat het meekijken met onderzoeken ook bijdraagt aan het vergroten van kennis van de verpleegkundigen voor het geven van voorlichting.

Vanuit de focusgroep kwam naar voren dat verpleegkundigen over dezelfde basiskennis beschikken, maar dat dit wel wordt gezien als een aanname. Er werd aangegeven dat de kennis aanwezig is, maar dat deze niet altijd met de patiënt wordt gedeeld. Tijdens het inwerken van nieuwe studenten en medewerkers wordt aandacht besteed aan kennisvergaring, maar het wordt ook deels als eigen verantwoordelijkheid van de verpleegkundige gezien.

*“P5: Collega’s die bijvoorbeeld kennistekort hebben en die een hulpvraag doen. Dat wordt dan heel veel gedaan. Als ik dan bij een patiënt zit krijg ik weer een vraag, of als er op- of overnames komen om collega’s je kunt het beter zo en zo doen. Dat merk ik wel dat dat minder is, dat je dat veel moet doen.”*

3.2.2 Overdracht van informatie

Verschillende verpleegkundigen gaven aan dat er niet altijd wordt gecontroleerd of de patiënt de ontvangen informatie heeft begrepen. Dit kwam ook naar voren tijdens de focusgroep, de vraag naar informatie wordt vaak bij de patiënt gelegd, terwijl het soms noodzakelijk is dat het initiatief vanuit de verpleegkundige komt. Wanneer een folder wordt uitgereikt aan de patiënt, is het achteraf ook vaak onduidelijk of de patiënt deze heeft begrepen. Een aantal verpleegkundigen gaf aan de patiënt vragen te stellen, om te controleren of deze de informatie heeft begrepen. Daarnaast wordt op sommige momenten de informatie niet volledig of kloppend overgebracht, waardoor de patiënt geen realistisch beeld heeft. Eén van de verpleegkundigen geeft ook aan dat er vaak automatisch vanuit wordt gegaan dat de patiënt de informatie heeft begrepen en dit zelf overdraagt aan de familie.

Een aantal verpleegkundigen geeft aan dat een nieuwe werkwijze nodig is waarbij er meer aandacht is voor het controleren van de informatie die is ontvangen door de patiënt. Daarnaast is het van belang dat de informatie duidelijk en concreet is.

*“P5: Ik zie vaak dat mensen, ja tot de hartrevalidatie begint moet je wel even rustig aan doen. Maar wat is rustig aan een heel breed begrip. Ik zeg dan ook rustig doen is niet gelijk intens gaan sporten, maar wel rond blijven lopen. Rustig aan is niet de hele dag op de bank of in bed. Dan weten ze ook wat rustig aan is.”*

3.2.3 Tijd voor het geven van voorlichting

Een aantal verpleegkundigen gaf aan dat het belangrijk is om tijd te nemen voor het geven van voorlichting, zodat de patiënt voldoende op de hoogte wordt gesteld. Eén van de verpleegkundigen gaf aan weinig inzicht te hebben in de tijdsbesteding van medecollega’s.

Verschillende verpleegkundigen gaven vanuit de interviews en de focusgroep aan dat zij vaak worden gestoord tijdens het geven van voorlichting. Er is over het algemeen wel tijd aanwezig voor het geven van voorlichting, maar externe factoren belemmeren dit. Hierbij kan gedacht worden aan telefoontjes en bellen van andere patiënten. Eén van de verpleegkundigen gaf aan dat het bevorderlijk is om aan je collega door te geven wanneer je voorlichting geeft aan de patiënt, om op deze manier minder gestoord te worden.

Wanneer sprake is van tijdsgebrek wordt vaak een folder gegeven aan de patiënt zonder verdere toelichting, terwijl volgens de verpleegkundigen mondelinge toelichting wel van belang is. Dit werd ook bevestigd tijdens de focusgroep.

Eén van de verpleegkundigen gaf aan dat er een verschil in zorgzwaarte van de patiënten is, wat samenhangt met de aanwezige tijd voor voorlichting. Het is van belang dat de zorgzwaarte goed wordt verdeeld onder de verpleegkundigen. Daarnaast dient de zorgzwaarte voor een laag-complexe patiënt niet onderschat te worden.

Vanuit de focusgroep werd ook benoemd dat patiënten steeds korter op de afdeling liggen, waardoor het belangrijk is om alert te zijn dat relatief weinig tijd beschikbaar is voor het geven van voorlichting.

*“P3: Maar ik denk ook dat er wel een stukje bij de verpleegkundigen zelf ligt. Want er zijn ook wel momenten dat het rustig is. Ik denk dat verpleegkundigen dan ook voor zichzelf wel moet leren om prioriteiten te stellen. Om dan op dat rustige moment ook even de tijd te nemen om wel die voorlichting te geven. Dan ook niet per se alleen maar even genieten van het rustige moment, zeg maar. Maar ook wel even nuttig besteden bij de patiënt.”*

3.3 Thema 2: Het proces van voorlichting geven

3.3.1 Werkwijze van voorlichting geven

Verschillende verpleegkundigen gaven aan dat er geen eenduidige werkwijze of richtlijnen aanwezig zijn op de afdeling over het geven van voorlichting. Daarnaast wordt aangegeven dat weinig inzicht is in de werkwijze van voorlichting geven door medecollega’s. Beide punten werden ook bevestigd tijdens de focusgroep. Vroeger was sprake van een ACS-protocol op papier, waardoor iedereen dezelfde werkwijze aanhield.

Eén van de verpleegkundigen gaf aan dat het belangrijk is om als verpleegkundige meer op de patiëntenkamers aanwezig te zijn. Hierdoor is ook meer tijd beschikbaar om voorlichting te geven.

Tijdens de focusgroep kwam als innovatie voorlichting in groepsverband naar voren, waardoor interactie kan plaatsvinden tussen de patiënten en ze elkaar kunnen ondersteunen. Daarnaast zou meer gebruik gemaakt kunnen worden van MijnJBZ. Verschillende verpleegkundigen geven aan hier op dit moment nog te weinig kennis over te hebben.

Ook wordt als advies voor vervolgonderzoek aangegeven dat het nuttig is om in kaart te brengen hoe patiënten de tijd tussen opname en de hartrevalidatie ervaren.

*“F7: We hebben er zo veel waarom niet zoals zo’n spreekuur, maar dat je zegt van nou patiënten komen bij elkaar en je hebt gewoon één verpleegkundige die weet wat die moet vertellen en je bespreekt het gewoon heel uitgebreid. Als de patiënten daar geen behoefte aan hebben kunnen ze zeggen van nou ik heb hier geen behoefte aan ik sluit niet aan . Ik denk dat je dan eenduidige informatie hebt. Je hebt interactie met patiënten die het ook met elkaar kunnen bespreken. Als mensen ergens bang voor zijn, de een heeft al katheterisatie gehad en de ander niet dan wordt het toch gerustgesteld door elkaar.”*

3.3.2 Het moment van voorlichting geven

Verpleegkundigen gaven aan dat geen vast moment aanwezig is voor het geven van voorlichting aan de patiënt. Voorlichting speelt over de gehele dag, maar het moment wisselt. Daarnaast werd door één van de verpleegkundigen aangegeven dat weinig inzicht is in het moment van voorlichting door collega’s. Daarnaast zijn geen vaste afspraken over het moment van voorlichting aanwezig.

Sommige verpleegkundigen gaven aan dat het prettig zou zijn als er een vast moment is voor het geven van voorlichting. Eén van de verpleegkundigen gaf aan dat in een ander ziekenhuis gebruik gemaakt wordt van een infarctgesprek met een verpleegkundige. Hierdoor is een vast moment van voorlichting aanwezig waarbij ook familie wordt betrokken. Daarnaast zou het volgens deze verpleegkundige van meerwaarde zijn als een gecombineerd medisch en verpleegkundig ontslaggesprek plaatsvindt.

*“P5: Dan gingen ze naar volgens mij was dat de tweede dag na opname. Dan hadden de mensen infarctgesprek. Zo noemde ze dat. Dan werd familie uitgelegd, vaak de eerste contactpersoon. Dan gingen ze gewoon met de verpleegkundige, patiënt en eerste contactpersoon met z’n drieën zitten. Dan gingen ze vertellen nou dit is aan de hand, dit zijn is uit de bloedwaardes gekomen. Dan houd je het aan de ene kant nog heel erg op verpleegkundig gebied. Maar er is gewoon een moment waarbij stil wordt gestaan en dat het dan duidelijk is dit is het.”*

3.3.3 Registratie van voorlichting

Verschillende verpleegkundigen gaven aan dat voorlichting geregistreerd dient te worden in het dossier van de patiënt, maar dat dit regelmatig niet gebeurt. Hierdoor is het dan lastig terug te halen welke informatie de patiënt heeft ontvangen. Ook tijdens de focusgroep werd dit benoemd. Factoren die meespelen in het niet registreren zijn tijdgebrek, het niet op de hoogte zijn van de werkwijze en een grote registratielast. Een deel van de verpleegkundigen ervaart het als een dubbele handeling. Tijdens de focusgroep werd ook benoemd dat sommige verpleegkundigen de gegeven voorlichting noteren in de rapportage. Hierdoor is de gegeven voorlichting niet meer goed terug te vinden na een aantal dagen, omdat er niet zoveel rapportages worden teruggelezen.

Een aantal verpleegkundigen geeft aan dat het prettig zou zijn als een extra reminder aanwezig is voor het registreren van de voorlichting.

*“P6: Ja of je iets af zou kunnen tekenen, ja ja ja. Aan de ene kant is het fijn, maar aan de andere kant we moeten ons leven ook niet verdoen met allemaal kruisjes hè. Dat zeggen wij al we zijn allemaal al vinkjes aan het zetten om ons in te dekken. Om maar ja dat vind ik ook niet altijd. Het is ook voor de patiënt zeg maar.”*

3.3.4 Samenwerking met de Hartbewaking

Verschillende verpleegkundigen gaven aan geen inzicht te hebben in de voorlichting die wordt gegeven door de verpleegkundigen op de hartbewaking (CCU). Daarnaast werd aangegeven dat het persoonlijk informatie dossier (PID) niet altijd wordt uitgereikt door de hartbewaking. Er werd aangegeven dat de samenwerking op dit moment tegenvalt en de communicatie onderling verbeterd kan worden.

*“P4: Ja ik kan niet zo goed oordelen over hoe ze dat precies op de CCU doen, aangezien ik er nooit bij ben als die informatie gegeven wordt.”*

3.4 Thema 3: De inhoud van de voorlichting

3.4.1 Inhoud van voorlichting

De verpleegkundigen gaven verschillende onderwerpen aan die zij bespreken tijdens de voorlichting aan de patiënt. Er wordt uitleg gegeven over het infarct met de bijbehorende oorzaken, onderzoeken, behandelingen en medicatie. Daarnaast wordt voorlichting gegeven over de thuissituatie en wat gedaan dient te worden bij herhaling van klachten.

Eén van de verpleegkundigen benoemde ook het onderwerp seksualiteit. Ze gaf aan dat hier zelden aandacht aan besteed wordt door verpleegkundigen. Het onderwerp wordt als taboe gezien, terwijl het wel van belang is om hierover voorlichting te geven. Hierbij kan ook de fysiotherapeut betrokken worden en kan het onderwerp toegevoegd worden in het persoonlijk informatie dossier.

Tijdens de focusgroep werd benoemd dat het niet nodig is dat alle verpleegkundigen dezelfde informatie geven aan de patiënt, maar dat ze elkaar juist kunnen aanvullen. Daarnaast zou het wel prettig zijn wanneer een format aanwezig is met onderwerpen die terug dienen te komen in de voorlichting, maar dat iedereen die op zijn eigen manier kan invullen.

*“P4: Ja dat is natuurlijk net zo met gemeenschap. Dat is ook een vorm van inspanning. Maar dat blijkt dan toch een soort taboe te zijn voor patiënten, dat ze dat niet durven te vragen. Uit schaamte of ik heb het natuurlijk nooit gevraagd waarom patiënten het niet vragen. Maar ik heb het weleens zelf aangegeven. Ik denk dat toch een vorm van schaamte is. Dat mensen dat niet durven te vragen. Maar wel met de vragen rond lopen denk ik.”*

3.4.2 Voorlichtingsmateriaal

Een aantal verpleegkundigen gaven aan dat voldoende voorlichtingsmateriaal aanwezig is op de afdeling. De verpleegkundigen verschillen van mening over het gebruik van het voorlichtingsmateriaal. Sommige verpleegkundigen gaven aan dat iedereen gebruik maakt van voorlichtingsmateriaal. Andere verpleegkundigen gaven aan dat meer gebruik gemaakt kan worden van voorlichtingsmateriaal. Daarnaast werd tijdens de focusgroep benoemd dat het niet altijd duidelijk is of de patiënt de folder daadwerkelijk heeft gelezen.

Als aandachtspunt werd benoemd dat het geven van mondelinge uitleg bij het uitreiken van voorlichtingsmateriaal verbeterd kan worden. Daarnaast gaf één van de verpleegkundige aan dat het voorlichtingsmateriaal meer op de patiënt kan worden afgestemd.

*“P1: De ene kant vind ik het wel goed want dan kan de patiënt het ook nog zelf doorlezen. Maar ik denk dat het ook goed is om het ook nog zo uit te leggen. Want vaak, want soms heb ik het weleens dat ik wel het boekje geef. Dan leg ik uit waar het boekje over gaat en dan zeg ik lees het maar vast door en dan kom ik straks nog even kijken of u het allemaal hebt begrepen. Dan denk ik ja je geeft wel zo’n boekje maar die patiënt weet eigenlijk niet wat hij ermee aan moet.”*

3.4.3 Persoonlijk informatie dossier

Het persoonlijk informatie dossier (PID) bestaat uit informatie over het acuut coronair syndroom. Dit boekje ontvangen alle patiënten die opgenomen worden met een acuut coronair syndroom. Het PID dient uitgereikt te worden op de hartbewaking. Daarnaast dient in het boekje de persoonlijke situatie van de patiënt door de arts te worden ingevuld. Het invullen van het boekje wordt regelmatig vergeten. Het gebeurt soms dat het boekje bij ontslag pas volledig wordt ingevuld. Eén van de verpleegkundigen gaf aan dat veel stappen genomen dienen te worden voordat het boekje bij de arts is en weer terug. Het boekje zou bijvoorbeeld door de arts op de kamer van de patiënt ingevuld kunnen worden. In het activiteitenplan is een herinnering voor het invullen van het boekje. Maar het gebeurt regelmatig dat deze is afgevinkt en het boekje niet is ingevuld.

Verpleegkundigen gaven aan dat niet altijd mondelinge toelichting wordt gegeven bij het uitreiken van het PID. Daarnaast vindt niet altijd verificatie plaats of de informatie vanuit het PID is begrepen.

Eén van de verpleegkundigen gaf als advies om het PID toe te voegen aan MijnJBZ.

*“P2: Nou dat wordt volgens mij regelmatig vergeten. In ieder geval regelmatig krijg ik patiënten over van de CCU dat het niet is ingevuld. Dat dan eigenlijk de arts zegt dat hadden ze daar moeten doen. En ik denk dat het hier ook met regelmatig wordt vergeten. Dat mensen het boekje dan wegstoppen en dat het dan ja uit het actieplan wordt gehaald of staat het er maar op een dag in en wordt het niet meer doorgezet. En volgens mij wordt het dan soms maar voor de helft gedaan.”*

3.4.4 Visuele voorlichting

Verschillende verpleegkundigen gaven aan dat op dit moment te weinig gebruik wordt gemaakt van visuele voorlichting. Sommige verpleegkundigen zoeken plaatjes op Google op en een enkeling laat een filmpje aan de patiënt zien. Er is geen filmpje van het JBZ aanwezig. In de focusgroep werd benoemd dat op de CCU mogelijk wel gebruik wordt gemaakt van visuele voorlichting. Verschillende verpleegkundigen kijken positief tegen visuele voorlichting aan en denken dat de patiënt de informatie hierdoor beter onthoudt. Hierbij is het wel van belang om de behoefte van de patiënt in kaart te brengen.

Voor het gebruik van visuele voorlichting zijn volgens verpleegkundigen tablets nodig en dienen de verpleegkundigen te beschikken over de juiste kennis. Dit werd ook benoemd tijdens de focusgroep.

*“F2: Ik weet dat ze dat op de CCU dat wel hebben en op de CCU gebruiken ze dat wel. Ik weet eigenlijk niet meer precies waar het over ging maar ook over volgens mij over ACS, die kreeg de patiënt dan te zien maar ik weet eigenlijk niet meer zo goed.”*

*“F8: Ik was ook niet echt op de hoogte van dat ze op CCU dat wel gebruiken.”*

3.5 Thema 4: De voorlichting aan de patiënt en naasten

3.5.1 Informatiebehoefte van de patiënt

Verpleegkundigen gaven aan dat het belangrijk is om de voorlichting af te stemmen op de individuele patiënt en de informatiebehoefte van de patiënt in kaart te brengen. Op deze manier kan zorg op maat worden geleverd. Verschillende verpleegkundigen geven aan dat dit meer kan worden toegepast op de afdeling, ook tijdens de focusgroep werd dit benoemd. Eén van de verpleegkundigen gaf aan dat nu vaak teveel voor de patiënt wordt ingevuld door de verpleegkundigen. Daarnaast geeft één van de verpleegkundigen aan dat stress bij de patiënt kan ontstaan door de afwezigheid van voorlichting.

*“F3: Dat doe ik ook maar de vraag die gesteld wordt, welke behoefte echt de patiënt heeft. Ik denk dat die niet echt gecheckt wordt. Ik denk dat het meer de standaard is van je krijgt dit onderzoek dus je krijgt die informatie. Dat foldertje. Heb je een STEMI of een non-STEMI dan krijg jij het PID.”*

3.5.2 Eigen regie

Verschillende verpleegkundigen gaven aan dat te weinig aandacht wordt besteed aan eigen regie van de patiënt. Eén van de verpleegkundigen gaf aan dat dit komt door te weinig kennis van de verpleegkundigen over het inzetten van eigen regie. Ook werd aangegeven dat handvatten op de afdeling ontbreken om het gesprek aan te gaan met de patiënt.

De jonge generatie verpleegkundigen groeit op met eigen regie van de patiënt. De oudere verpleegkundigen gaven aan hier meer moeite mee te hebben. Eén van de oudere verpleegkundigen gaf aan van de jongere verpleegkundigen te kunnen leren op dat gebied.

Naast eigen regie wordt ook gezamenlijke besluitvorming te weinig ingezet volgens één van de verpleegkundigen. Door bijvoorbeeld geen visite te lopen aan bed, is geen ruimte voor eigen regie van de patiënt.

*“P6: Ja misschien ook wel een beetje, soms weleens tips denk ik. En dan van iemand die nu opgeleid is. Ik bedoel voor mij is het (aantal werkjaren) geleden, al vind ik dat ook nog niet heel gek. Maar ik bedoel ik denk wel dat wij wel van de nieuw opgeleiden kunnen leren. Dat soort dingen vooral.”*

3.5.3 Gedragsverandering

Er werden door de verpleegkundigen verschillende redenen benoemd waardoor te weinig ingespeeld wordt op gedragsverandering van de patiënt. Hierbij kan gedacht worden aan de afwezigheid van een methode, korte opnameperiode, prioritiet meer gericht op de behandeling dan leefregels en het wachten tot de hartrevalidatie.

Positieve gezondheid werd door één van de verpleegkundigen benoemd als bijdrage voor gedragsverandering. Daarnaast de patiënt zelf laten ontdekken waarom de leefstijl verkeerd is en dit niet invullen voor de patiënt. Ook starten in de eerste lijn met voorlichting gericht op gedragsverandering en familie betrekken in dit proces. Tijdens de focusgroep werd benoemd dat het ook van belang is om voldoende achtergrondinformatie van de patiënt te hebben om gerichte voorlichting te kunnen geven.

*P5: Ik ben heel erg voorstander van de positieve gezondheid. Ik probeer de patiënt ook echt wel waar bent u heel erg trots op, wat vind u belangrijk. Vanuit daar kun je meer gedragsverandering krijgen, dan dat je gaat zeggen je moet stoppen met roken. Oké de patiënt vind het.*

3.5.4 Psychosociale begeleiding

Een aantal verpleegkundigen gaf aan dat het van belang is om aandacht te besteden aan de emoties en psychosociale begeleiding van de patiënt. Op dit moment wordt te weinig aandacht besteed aan psychosociale begeleiding van de patiënt, waardoor patiënten soms angstig naar huis gaan. Angst wordt gezien als een verpleegkundig probleem. Korte opnameduur kan ook angst veroorzaken bij de patiënt.

Eén van de verpleegkundigen geeft aan dat het prettig zou zijn als de patiënten een telefoonnummer hebben dat ze kunnen bellen bij vragen na ontslag om angst te reduceren.

3.5.5 Voorlichting aan naasten

Door verschillende verpleegkundigen werd aangegeven dat te weinig aandacht wordt besteed aan het betrekken van familie en naasten bij het geven van voorlichting. Ook partners worden vaak vergeten, aldus één van de verpleegkundigen, terwijl pijn op de borst klachten bij de patiënt voor hun vaak een heftige ervaring zijn.

Het te weinig betrekken van familie komt door verschillende factoren. Zo is familie niet altijd beschikbaar of aanwezig wanneer de verpleegkundige voorlichting wil geven, wat ook werd benoemd tijdens de focusgroep. Daarnaast speelt de privacy van de patiënt een rol rondom het betrekken van familie. Het plannen van een gesprek met familie is soms lastig. Ook vanuit de focusgroep kwam naar voren dat er geen eenduidigheid in het team is in het betrekken van familie. Door sommige verpleegkundigen werd aangegeven dat een vast moment voor het betrekken van familie prettig zou zijn.

Door familie te betrekken geef je hen vertrouwen in de zorg. Daarnaast is het belangrijk om ook angst en emoties rondom het acuut coronair syndroom mee te nemen in het voorlichten van familie. Wanneer familie wordt meegenomen in de voorlichting, wordt tijd bespaard. Zo komen ze later niet met vragen en kunnen ze onduidelijkheden bij de patiënt wegnemen.

*“P1: Ik weet niet goed hoe ik het moet zeggen. Eigenlijk ook dat de patiënt er niet alleen voor staat. De familie ook weet wat het inhoudt. En als de patiënt ongerust is of bang dat de familie ook gerust kunnen stellen.”*

4. Discussie

In de discussie wordt gereflecteerd op de sterke en zwakke punten van dit praktijkgericht onderzoek. Er wordt aandacht besteed aan de evaluatie van de gebruikte methoden van gegevensverzameling en -verwerking. Daarnaast worden de resultaten van het onderzoek vergeleken met de literatuur.

4.1 Gebruikte methoden van gegevensverzameling en -verwerking

4.1.1 Steekproef en onderzoekspopulatie

Voor het afnemen van de interviews en het plaatsvinden van de focusgroep waren voldoende participanten nodig. De onderzoekspopulatie bestond uit (student)verpleegkundigen van de afdeling Cardiologie. De deelname van participanten aan het onderzoek diende op vrijwillige basis te gebeuren (De Jong et al., 2015; Baarda et al., 2018). Via een link naar een enquête werd aan de student(verpleegkundigen) van de afdeling Cardiologie gevraagd of zij open stonden, om benaderd te worden, voor deelname aan het onderzoek. Volgens het Wetenschapsbureau van het Jeroen Bosch Ziekenhuis diende alleen (student)verpleegkundigen de link in te vullen die wel open stonden voor benadering van het onderzoek. Door middel van deze methode is alleen geïnventariseerd welke participanten deel zouden willen nemen aan het onderzoek. Op deze manier kon niet gecontroleerd worden wat de keuze van elke (student)verpleegkundigen was en of elke (student)verpleegkundigen het bericht in de nieuwsbrief heeft gelezen. Hierdoor is mogelijk een bepaalde groep (student)verpleegkundigen benaderd die gemotiveerd was tot deelname van het onderzoek. Dit kan invloed hebben op de betrouwbaarheid van de resultaten van het onderzoek.

Voor de interviews heeft een gerichte steekproef plaatsgevonden die zich richtte op onderzoekseenheden die het beste aansloten bij de informatie die werd verzameld. Hierbij is gekozen voor typerende gevallen, participanten die typerend zijn voor de onderzoekspopulatie. Op deze manier werd een goede afspiegeling verkregen van de onderzoekspopulatie. Onderscheid is gemaakt tussen het opleidingsniveau van de (student)verpleegkundigen en het aantal jaren werkervaring (Baarda et al., 2018; Verhoeven, 2018). Bij de focusgroep heeft een gelegenheidssteekproef plaatsgevonden. Dit hield in dat een datum is geprikt waarop de focusgroep plaatsvond en dat (student)verpleegkundigen, die voldeden aan de inclusiecriteria van het onderzoek, uitgekozen werden. Dit hield in dat de verhouding tussen de verpleegkundigen qua werkervaring en opleidingsniveau niet gelijk was. In de focusgroep namen drie MBO-verpleegkundigen, vier HBO-verpleegkundigen en één HBO-studentverpleegkundige deel. Doordat er geen evenredige verdeling was, zouden de resultaten beïnvloed kunnen zijn. Door het verschil in opleidingsniveau kunnen HBO-verpleegkundigen een andere kijk hebben op het geven van voorlichting dan de MBO-verpleegkundigen. Daarnaast waren vijf (student)verpleegkundigen aanwezig met minder dan vijf jaar ervaring en drie verpleegkundigen met meer dan vijf jaar werkervaring. De (student)verpleegkundigen met minder dan vijf jaar ervaring hebben minder werkervaring in het geven van voorlichting aan patiënten dan verpleegkundigen die langer aanwezig zijn op de afdeling.

4.1.2 Gegevensverzameling

Voor het afnemen van de individuele interviews en de focusgroep was een tijdsbestek van ongeveer twee maanden beschikbaar. In deze periode hebben zes individuele interviews en één focusgroep plaatsgevonden. Na het afnemen van zes interviews kwam nog steeds nieuwe informatie naar voren. Ook tijdens de focusgroep werden nieuwe inzichten verkregen. Dit maakt duidelijk dat tijdens dit onderzoek geen datasaturatie is bereikt. Datasaturatie richt zich op het niet meer naar voren komen van nieuwe informatie uit de onderzoeksmethoden. Naar aanleiding van het bereiken van datasaturatie, kan ook bepaald worden of de steekproef groot genoeg was. Doordat geen datasaturatie is bereikt, is evident dat te weinig onderzoekseenheden zijn betrokken in het onderzoek. Wanneer het tijdsbestek van het praktijkgericht onderzoek groter was geweest, hadden meer interviews afgenomen kunnen worden om zo datasaturatie te bereiken (Baarda et al., 2018).

Voorafgaand aan de focusgroep was een gesprekshandleiding opgesteld met bijbehorende topiclijst. Deze topiclijst was gebaseerd op de topiclijst van de interviews en de uitkomsten van de individuele interviews. Tijdens de focusgroep is de opgestelde topiclijst gevolgd. De topiclijst bestond uit hoofdthema’s met deelthema’s. Helaas is het vanwege tijdgebrek niet gelukt om alle deelthema’s te bespreken. De kwaliteit van de resultaten zou verbeterd kunnen worden, wanneer nog een focusgroep plaatsvindt waarin de overige deelthema’s worden besproken.

Volgens Baarda et al. (2018) wordt een focusgroep vaak door twee personen geleid. De voorzitter richt zich op het inhoudelijke gedeelte van de focusgroep en de gespreksleider op de procedure. Ook in dit onderzoek was gekozen voor de rol van voorzitter en gespreksleider. Hierdoor konden de taken verdeeld worden en kon de voorzitter zich richten op het stellen van de juiste vragen. De rol van gespreksleider werd uitgevoerd door een coördinerend verpleegkundige. Dit kan mogelijk effect hebben gehad op de inbreng van de participanten, doordat zij niet voluit durfden te spreken omdat de coördinerend verpleegkundige niet gelijk aan hen stond. Hierdoor kan het zijn dat de (student)verpleegkundigen bepaalde onderwerpen niet hebben benoemd die een rol spelen in het geven van voorlichting. Hierbij kan gedacht worden aan onderwerpen die niet op de juiste wijze worden toegepast, maar die de (student)verpleegkundigen niet durfden te benoemen door de aanwezigheid van de coördinerend verpleegkundige. Hierdoor kunnen de resultaten vertekend zijn doordat deze onderwerpen niet zijn meegenomen in de resultaten.

Na afloop van de focusgroep is gevraagd om tips en tops te noteren over hoe de participanten de bijeenkomst hadden ervaren. Verschillende participanten gaven aan dat de bijeenkomst goed was voorbereid en dat een goede structuur aanwezig was. Daarnaast was de ruimte aanwezig om met elkaar in gesprek te gaan. De rustige uitstraling van de voorzitter werkte uitnodigend om deel te nemen aan het gesprek. Als tip werd aangegeven dat de vragen vanuit de voorzitter mogelijk wat korter en eenvoudiger gesteld konden worden.

4.1.3 Gegevensverwerking

De gegevensverwerking van interviews heeft plaatsgevonden aan de hand van een iteratief proces. Dit houdt in dat de het verzamelen en analyseren van de gegevens zich afwisselde (Baarda et al., 2018). Tijdens de gegevensverwerking zijn drie extra topics naar voren gekomen. Omdat de gegevensverzameling op dat moment nog plaatsvond, konden deze topics meegenomen worden in de nog af te nemen interviews.

Bij kwalitatief onderzoek vindt onderzoek plaats naar meningen, gevoelens, en gedragingen. Op deze manier bestaat een groter risico op subjectiviteit en eigen interpretatie van de onderzoeker (Baarda et al, 2018). Om het risico op subjectiviteit te verkleinen heeft peerdebriefing plaats gevonden. Dit betekent dat leden van de peergroep de transcripten hebben doorgenomen om mogelijk subjectieve benadering in kaart te brengen. Daarnaast hebben zij het codeboek van de interviews en focusgroep doorgenomen om te kijken of eigen interpretaties aanwezig waren. Om het risico op subjectiviteit nog kleiner te maken, had gekozen kunnen worden voor het coderen van transcripten door de peergroep leden (De Jong et al., 2015). Door een beperkt tijdsbestek van dit onderzoek en tijdgebrek van de peergroep leden was dit niet mogelijk

4.2 De resultaten van het praktijkgericht onderzoek

In het onderstaande gedeelte worden enkele opvallende resultaten vanuit het praktijkgericht onderzoek vergeleken met de literatuur.

4.2.1 Voorlichting in groepsverband

Tijdens de focusgroep kwam als innovatie voor de afdeling voorlichting in groepsverband naar voren. Verpleegkundigen gaven aan dat tijdens groepsvoorlichting interactie kan plaats vinden tussen de patiënten en zij elkaar kunnen (onder)steunen. Vanuit de literatuur wordt dit ook benadrukt. Groepsvoorlichting wordt vaak gekozen bij onderwerpen die relevant zijn voor meerdere mensen. De uitwisseling van meningen, ervaringen en tips kan bijdragen aan het lotgenotencontact. Door het delen van ervaringen, inzichten, hulp en emotionele steun kunnen patiënten wederzijdse herkenning en erkenning ervaren. Daarnaast kunnen tijdens de groepsvoorlichting door de patiënten vragen gesteld worden die voor andere patiënten ook relevant zijn, maar die ze zelf niet gesteld zouden hebben (Brunklaus, 2015; Van der Burgt et al., 2015).

Het nadeel van groepsvoorlichting is dat patiënten niet altijd antwoord krijgen op specifieke of persoonlijke vragen (Van der Burgt et al., 2015). Dit werd tijdens de focusgroep niet direct benoemd, toen gesproken werd over het inzetten van groepsvoorlichting. Dit kan komen doordat de voorzitter van de focusgroep niet expliciet heeft gevraagd naar de voor- en nadelen van het geven van voorlichting in groepsverband. Later werd door de (student)verpleegkundigen wel benoemd dat het belangrijk is om de informatiebehoefte van de individuele patiënt in kaart te brengen en hier meer aandacht aan te besteden.

4.2.2 Voorlichting gericht op de individuele patiënt

Vanuit de resultaten van het onderzoek blijkt dat te weinig aandacht wordt besteed aan eigen regie van de patiënt. Volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2013) worden gezamenlijke besluitvorming en zelfmanagement nog niet volledig ingevoerd in de Nederlandse zorgverlening, terwijl dit voor veel patiënten een voorwaarde is voor goede zorg. Alpay, Verhoef, Smeets en Van Wely (2015) benoemen dat steeds meer patiënten worden aangespoord om zelf regie te hebben over hun leven. In de gezondheidszorg vindt een verplaatsing plaats van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Eigen regie van de patiënt kan versterkt worden door de aanwezigheid van zelfmanagement. Zelfmanagement richt zich op het vermogen als individu voor het omgaan met symptomen. Dit vraagt om een actieve houding van de patiënt waarin zelf de regie over het leven genomen wordt en meebeslist wordt in het behandelproces (Alpay et al., 2015). De verplaatsing van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag werd ook zichtbaar in de resultaten van het praktijkgericht onderzoek. De oudere generatie verpleegkundigen gaf aan dat zij op het gebied van eigen regie van de patiënt minder ervaring hebben in vergelijking met de jonge generatie verpleegkundigen. Hieruit blijkt duidelijk een verschil in de opleiding van de oudere generatie verpleegkundigen en de nieuwe generatie verpleegkundigen.

4.2.3 Voorlichting aan naasten

Tijdens de interviews die zijn afgenomen en de focusgroep, werd aangegeven dat partners en naasten van patiënten vaak niet betrokken worden in het voorlichtingsproces. Terwijl het van belang is om ook aandacht aan hun angst en emoties te besteden. Dit wordt ook bevestigd in eerder onderzoek van Greco et al. (2016) waarin wordt aangegeven dat partners vaak geen deel nemen aan voorlichtingsprogramma’s. Hierdoor voelen zij zich onvoldoende in staat om hun zieke partners optimaal te ondersteunen. Op deze manier kunnen zij de angst van de patiënt mogelijk vergroten door hun eigen angst. De hoge informatiebehoefte van patiënten kan een weerspiegeling zijn van de informatiebehoefte van partners over onderwerpen waar zij primair een rol in hebben (Greco et al., 2016).

4.2.4 Vormen van informatieoverdracht

Volgens Jones et al. (2016) is het van cruciaal belang dat patiënten zich na het doormaken van een acuut coronair syndroom richten op secundaire preventie, om de lange termijn prognose te verbeteren. Ondanks dat hier tijdens de herstelperiode aandacht aan wordt besteed, slagen veel patiënten er niet in om het juiste gedrag toe te passen. Door de inzet van visuele voorlichting kan het ziektebegrip van de patiënt verbeterd worden en kan dit ook positief effect hebben op het gezondheidsgedrag van de patiënt. Uit het praktijkgericht onderzoek blijkt dat momenteel weinig gebruik wordt gemaakt van visuele voorlichting. De relatie tussen het verbeteren van gezondheidsgedrag en visuele voorlichting werd door de (student)verpleegkundigen niet benoemd. Dit kan veroorzaakt zijn doordat tijdens de focusgroep deze twee onderwerpen als twee aparte topics zijn besproken en niet naar de relatie tussen deze twee begrippen is gevraagd.

Verpleegkundigen keken positief tegen visuele voorlichting aan doordat de patiënt de informatie dan beter zou onthouden. Dit wordt ook bevestigd door NVVC Connect (2015). Door patiënten wordt 10% van de informatie onthouden die gelezen wordt, 20% van wat gehoord wordt en 30% van wat gezien wordt. Door het combineren van zien en horen, zoals visuele voorlichting, wordt 55% van de informatie onthouden. De (student)verpleegkundigen gaven ook aan dat bij het geven van informatiefolders ook van belang is om mondelinge toelichting te geven, waardoor de informatie beter onthouden wordt. Daarnaast werd aangegeven dat momenteel vaak niet gecontroleerd wordt of de patiënt de informatie heeft begrepen. Volgens NVVC Connect (2015) draagt dit ook bij aan het onthouden van de informatie. Wanneer de patiënt de informatie herhaalt in eigen woorden, wordt 80% van de informatie begrepen.

5. Conclusie

Tijdens de uitvoering van dit praktijkgericht onderzoek stond de volgende onderzoeksvraag centraal: “Op welke wijze geven (student)verpleegkundigen, van de afdeling Cardiologie binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis, voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom en op welke wijze kan deze voorlichting geoptimaliseerd worden?”

Er is inzicht verkregen in de rol van de (student)verpleegkundigen in het geven van deze voorlichting. De verpleegkundigen gaven aan dat zij beschikken over de juiste kennis gericht op het geven van voorlichting. Deze kennis wordt alleen niet altijd gedeeld met de patiënt. Wanneer de kennis wel overgedragen wordt aan de patiënt, wordt niet altijd gecontroleerd of de patiënt deze daadwerkelijk heeft begrepen. De (student)verpleegkundigen geven aan dat een nieuwe werkwijze nodig is waarbij er aandacht is voor het controleren of de informatie is ontvangen door de patiënt. Daarnaast gaven de (student)verpleegkundigen aan dat het belangrijk is om de tijd te nemen voor het geven van voorlichting, maar dat zij hierin vaak gestoord worden. Doordat de patiënten steeds korter op de afdeling verblijven, is ook minder tijd beschikbaar voor het geven van voorlichting. Door de zorgzwaarte goed te verdelen en de hulp van collega’s in te schakelen, is meer tijd beschikbaar voor het geven van voorlichting.

Op de afdeling Cardiologie is volgens de (student)verpleegkundigen geen eenduidig beleid aanwezig over het geven van voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom. Ook is weinig inzicht aanwezig in de werkwijze rondom het geven van voorlichting door medecollega’s. Hierin is verbetering mogelijk. Ook werd aangegeven dat het proces van voorlichting verbeterd kan worden door meer op de patiëntenkamers aanwezig te zijn en mogelijk door het geven van voorlichting in groepsverband. Daarnaast wordt door de (student)verpleegkundigen een vast moment voor het geven van voorlichting gemist. Een infarctgesprek zou hierbij een verbetering zijn, waardoor ook familie van de patiënt wordt betrokken. Het registreren van voorlichting gebeurt niet altijd, waardoor het lastig in kaart is te brengen welke voorlichting de patiënt heeft ontvangen. Dit kan verbeterd worden door een extra herinnering voor het registreren van voorlichting. De samenwerking met de hartbewaking kan verbeterd worden door inzicht te verkrijgen in de voorlichting die daar gegeven wordt.

De (student)verpleegkundigen geven aan verschillende onderwerpen te bespreken met de patiënt tijdens het geven van voorlichting. Hierbij wordt te weinig aandacht besteed aan het onderwerp seksualiteit. Het zou prettig zijn wanneer een vast format met onderwerpen aanwezig is op de afdeling die dienen besproken te worden met de patiënt. De (student)verpleegkundige kan dan een eigen invulling geven aan de wijze waarop de onderwerpen bespreekbaar worden gemaakt met de patiënt. Rondom het gebruik van voorlichtingsmateriaal heersen verschillende meningen. Het gebruik van voorlichtingsmateriaal kan verbeterd worden door het gebruik af te stemmen op de patiënt en het geven van een mondelinge toelichting, wat ook geldt voor het persoonlijk informatie dossier (PID). Daarnaast gebeurt het invullen van het PID niet volgens de afspraken en wordt niet altijd geverifieerd of de informatie uit het PID is begrepen door de patiënt. Er wordt momenteel te weinig gebruik gemaakt van visuele voorlichting, terwijl de verpleegkundigen positief aankijken tegen het gebruik hiervan. Voor de inzet hiervan zijn tablets nodig en dienen de verpleegkundigen te beschikken over de juiste kennis.

De voorlichting die gegeven wordt kan meer afgestemd worden op de behoefte van de individuele patiënt. Daarnaast wordt te weinig aandacht besteed aan eigen regie van de patiënt. De (student)verpleegkundigen geven aan te beschikken over onvoldoende kennis en de handvatten voor het toepassen van eigen regie ontbreken. Naast eigen regie wordt te weinig aandacht besteed aan gedragsverandering van de patiënt. Positieve gezondheid kan hier een bijdrage aan leveren en het inzetten van voorlichting gericht op verandering van gedrag in de eerste lijn. Ook kan door de (student)verpleegkundigen meer aandacht worden besteed aan psychosociale begeleiding van de patiënt. Daarnaast worden naasten van de patiënt momenteel te weinig betrokken, volgens de (student)verpleegkundigen. Er is geen eenduidig beleid in het betrekken van familie. Volgens de (student)verpleegkundigen zou het prettig zijn wanneer een vast moment aanwezig is voor het betrekken van familie.

6. Aanbevelingen

Hieronder worden de aanbevelingen, voor de afdeling Cardiologie van het Jeroen Bosch Ziekenhuis, beschreven gericht op het optimaliseren van de voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen educatieve en organisatorische interventies die ingezet dienen te worden (Grol & Wensing, 2015).

6.1 Educatieve interventies

Scholing wordt door Grol en Wensing (2015) beschreven als de meest gebruikte methode voor stimulatie van verbetering in de gezondheidszorg. Hieronder wordt beschreven op welke wijze de kennis van verpleegkundigen vergroot kan worden gericht op verschillende vlakken.

6.1.1 Kennis over onderzoeken, behandeling en nazorg

Om de kennis van (student)verpleegkundigen te vergroten, wordt geadviseerd dat in het inwerkprogramma van studenten en nieuwe verpleegkundigen het meekijken met onderzoeken en behandelingen wordt opgenomen. Hierbij gaat het om onderzoeken en behandelingen gericht op patiënten die een acuut coronair syndroom hebben doorgemaakt. Daarnaast wordt aanbevolen dat ze een dag mee te lopen met de hartrevalidatie. Op deze manier wordt de kennis van de nieuwe (student)verpleegkundigen vergroot en kunnen zij deze kennis overdragen aan de patiënt.

6.1.2 Kennis over MijnJBZ

Via MijnJBZ kunnen patiënten medische en persoonlijke gegevens inzien die bekend zijn in het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Op deze manier kan de patiënt meekijken en beslissen over de eigen zorg. MijnJBZ is verbonden aan het elektronisch patiëntendossier van de patiënt (Jeroen Bosch Ziekenhuis, z.d.-e). Via MijnJBZ is het ook mogelijk om patiënten folders in te zien. Nog niet alle afdelingen van het Jeroen Bosch Ziekenhuis maken hier gebruik van, maar dit wordt in de toekomst uitgebreid (Jeroen Bosch ziekenhuis, z.d.-a). Er wordt geadviseerd worden om de kennis van verpleegkundigen over het gebruik van voorlichtingsmateriaal via MijnJBZ te vergroten. Dit kan gebeuren aan de hand van een E-learning over MijnJBZ die door de verpleegkundigen gemaakt dient te worden.

6.1.3 Kennis over eigen regie

Op de afdeling Cardiologie dient de kennis van verpleegkundigen over het inzetten van eigen regie van de patiënt vergroot te worden. Voor het vergroten van eigen regie van de patiënt is het van belang dat de zorgverlener zich richt op voorlichting geven, ondersteunen en coachen en het inzetten van zelfmanagementinterventies (Alpay et al., 2015).

Om als verpleegkundige op de juiste manier aandacht te besteden aan zelfmanagement van de patiënt, kan gebruik gemaakt worden van het 5A model. De eerste A staat voor ‘achterhalen’ van de actuele situatie, overtuigingen, gedrag en kennis. Hierbij richt de verpleegkundige zich op de individuele situatie van de patiënt en welke rol de patiënt graag wil innemen in het ziekteproces. Hierna volgt de stap ‘adviseren’ waarin de verpleegkundige informatie geeft aan de patiënt over gezondheidsrisico’s en de voordelen van verandering aangepast aan de individuele patiënt. Hierna volgt het onderdeel ‘afspreken’ waarbij de verpleegkundige de patiënt ondersteunt in het formuleren van haalbare doelen en activiteiten, die aansluiten bij de persoonlijke situatie van de patiënt. Deze afspraken worden verwerkt in het zorgplan van de patiënt. Hierna volgt de stap ‘assisteren’ waarbij de verpleegkundige een coachende rol aanneemt om de patiënt te ondersteunen in het aanleren van vaardigheden en deze op te nemen in het dagelijks leven. Als laatste volgt de stap ‘arrangeren’ waarbij een afspraak wordt gemaakt voor vervolgcontact met de patiënt en de verpleegkundige de patiënt stimuleert om de regie te nemen (Hooft, Dwarswaard & Van Staa, 2015).

Er wordt geadviseerd om de kennis van de verpleegkundigen te vergroten over eigen regie van de patiënt en de inzet hiervan in de praktijk. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van het 5A model. Dit kan gedaan worden via een kleinschalige scholingsbijeenkomst zoals een workshop of vaardigheidstraining (Grol & Wensing, 2015).

6.2 Organisatorische interventies

6.2.1 Eenduidig beleid gericht op het geven van voorlichting

Er wordt geadviseerd om een eenduidig beleid op te stellen voor de afdeling Cardiologie gericht op de werkwijze en het proces van voorlichting geven aan patiënten over het acuut coronair syndroom. Op deze wijze handhaven de (student)verpleegkundigen dezelfde werkwijze gericht op het geven van voorlichting aan de patiënt. In de eenduidige werkwijze dienen te volgende punten meegenomen te worden.

* Op de afdeling dient een format aanwezig te zijn met vaste onderwerpen die besproken dienen te worden door de (student)verpleegkundigen tijdens het geven van voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom. In dit format is ruimte voor de vrije invulling van de (student)verpleegkundigen. Onderwerpen die van belang zijn om te bespreken, zijn het ziektebeeld met behandeling en prognose. Daarnaast wat de patiënt dient te ondernemen bij klachten en de medicatie die de patiënt krijgt. De risicofactoren voor hart- en vaatziekten en de bijbehorende leefregels gericht op inspanning, seksualiteit, de thuissituatie, emoties en naasten. Daarnaast het fysiek, psychisch en sociaal functioneren, de nazorg na ontslag en uitleg over de hartrevalidatie (Harteraad & NVVC Connect, 2018).
* Op de afdeling zijn duidelijke afspraken nodig over de manier waarop gecontroleerd wordt of de patiënt de informatie heeft ontvangen en begrepen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van het “Ask-Tell-Ask” principe. Hierbij stelt de (student)verpleegkundige vragen aan de patiënt over bijvoorbeeld het ziektebeeld. Op deze manier controleert de (student)verpleegkundige of de patiënt de informatie heeft begrepen, door de patiënt de informatie in eigen woorden te laten herhalen (NVVC Connect, 2015).
* Op de afdeling behoren duidelijke afspraken aanwezig te zijn over de wijze waarop de voorlichting afgestemd kan worden op de individuele patiënt en de informatiebehoefte van de patiënt. Volgens NVVC Connect (2015) kan hierbij gebruik gemaakt worden van een individueel zorgplan. Het individuele zorgplan richt zich op een reeks afspraken tussen de zorgverlener en patiënt over de zorg en zelfmanagement. In deze afspraken worden individuele doelen, behoeften en de situatie van de patiënt meegenomen. Er wordt geadviseerd om op de afdeling verder onderzoek uit te voeren naar het afstemmen van de voorlichting op de individuele patiënt en de behoeftes van de patiënt.
* Op de afdeling zijn duidelijke afspraken nodig voor het betrekken van familie en naasten in de voorlichting over het acuut coronair syndroom. Hierbij wordt geadviseerd om een vast moment vast te stellen waarop de naasten worden betrokken. Door middel van vervolgonderzoek kan in kaart gebracht worden welke behoeftes de naasten van de patiënt hebben gericht op informatievoorziening.
* Op de afdeling dienen duidelijke afspraken aanwezig te zijn over het gebruik van voorlichtingsmateriaal. Hierbij wordt ook geadviseerd om voorlichtingsmateriaal voor de patiënt beschikbaar te stellen via MijnJBZ. Door middel van vervolgonderzoek kan bepaald worden op welke wijze het gebruik van voorlichtingsmateriaal afgestemd kan worden op de individuele patiënt.
* Op de afdeling behoren duidelijke afspraken aanwezig te zijn voor het gebruik van visuele voorlichting aan de patiënt. Hiervoor dient visueel voorlichtingsmateriaal ontwikkeld te worden, dat afgestemd kan worden op de individuele patiënt. Daarnaast zijn tablets op de afdeling nodig voor het gebruik van visuele voorlichting. Verpleegkundigen dienen op de hoogte gesteld te worden over de werkwijze rondom het gebruik van visuele voorlichting.
* De afdeling Cardiologie is op de hoogte van de werkwijze rondom het geven van voorlichting over het acuut coronair syndroom die toegepast wordt op de hartbewaking. Door middel van vervolgonderzoek kan in kaart gebracht worden op welke wijze het voorlichtingsproces plaatsvindt op de hartbewaking en op welke wijze de voorlichting op de afdeling Cardiologie hierbij kan aansluiten.

6.2.2 Methodiek van voorlichting geven

Hieronder worden de overige aanbevelingen voor de afdeling Cardiologie beschreven die gerelateerd zijn aan de methodiek van het geven van voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom.

* In het elektronisch patiënten dossier dient een reminder ingevoerd te worden voor het registeren van voorlichting door verpleegkundigen. Een reminder bestaat volgens Grol en Wensing (2015) uit een herinnering aan het uitvoeren of vermijden van een bepaalde klinische actie. De reminder dient ingevoerd te worden zodat de verpleegkundige niet vergeet te registeren op welk moment en wanneer voorlichting is gegeven aan de patiënt.
* Aan de hand van vervolgonderzoek kan in kaart gebracht worden hoe het invullen van het persoonlijk informatiedossier vergemakkelijkt kan worden, zodat dit ook daadwerkelijk tijdig gebeurt. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan het invullen van het persoonlijk informatie dossier door de arts op de kamer van de patiënt.
* Aan de hand van vervolgonderzoek kan het effect van groepsvoorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom op de afdeling Cardiologie in kaart worden gebracht. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van een pilotstudie. Een pilotstudie is een klein vooronderzoek van het onderzoeksgebied met als doel om een bepaald onderwerp te verkennen en te testen in het onderzoeksgebied (Scribbr, z.d.). Op deze manier kan getest worden of groepsvoorlichting passend en haalbaar is bij patiënten die een acuut coronair syndroom hebben doorgemaakt.

6.3 Overig vervolgonderzoek

Naar aanleiding van de resultaten van het praktijkgericht onderzoek dat is uitgevoerd, worden de volgende twee vormen van vervolgonderzoek geadviseerd die nog niet eerder benoemd zijn.

* Bij ontslag uit het ziekenhuis, van patiënten die een acuut coronair syndroom hebben doorgemaakt, in kaart brengen hoe patiënten de ontvangen voorlichting over het acuut coronair syndroom hebben ervaren.
* In kaart brengen hoe patiënten de periode hebben ervaren tussen ontslag uit het ziekenhuis en de eerste afspraak van de hartrevalidatie.

Literatuurlijst

Alpay, L., Verhoef, J., Smeets, L., & Van Wely, L. (2015). Eigen regie van de cliënt versterken. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice, 13*(1), 4-6.

Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., & Van der Velden, T. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (4e druk)*.* Groningen/Utrecht: Noordhoff Uitgevers.

Broadbent, E., Ellis, C. J., Thomas, J., Gamble, G., & Petrie, K. J. (2009). Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: a randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research, 67*(1), 17-23. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.12.001

Brunklaus, O. (2015). *Interactieve vaardigheden in de zorg: Boek 1: Communicatie in het perspectief van herstel.* Amsterdam: Pearson Benelux.

De Jong, A., De Maesschalck, L., Legius, M., Vandenbroele, H., Glorieux, M., & Visser, M. (2015). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs* (5e druk)*.* Amsterdam: Reed Business Education.

Doorewaard, H., Kil, A., & Van de Ven, A. (2015). *Praktijkgericht kwalitatief onderzoek: Een praktische handleiding.* Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.

Greco, A., Cappelletti, E. R., Monzani, D., Pancani, L., D’Addario, M., Magrin, M. E., . . . Steca, P. (2016). A longitudinal study on the information needs and preferences of patients after an acute coronary syndrome. *BMC Family Practice, 17*(136). doi:10.1186/s12875-016-0534-8

Grol, R., & Wensing, M. (2015). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Harteraad & NVVC Connect. (2018). *Toolkit ACS: Time Task Matrix model zorgpad post-Acuut Coronair Syndroom (ACS).* Geraadpleegd op 14 mei 2019, van http://nvvcconnect.nl/acs/toolkit-acs/31-toolkit-acuut-coronair-syndroom/239-time-task- matrix-landelijk-zorgpad-post-acuut-coronair-syndroom-acs#a1

Hartstichting. (2018). *Hart- en vaatziekten in Nederland 2018.* Geraadpleegd op 16 januari 2019, van https://www.hartstichting.nl/getmedia/a6e15c10-2710-41b9-bcf8-8185feaf54b2/cijferboek- hartstichting-hart-vaatziekten-nederland-2018.pdf

Hooft, S., Dwarswaard, J., & Van Staa, A. (2015). Ondersteunen van zelfmanagement: Wat vraagt dit van verpleegkundigen? *Bijzijn XL 8*(3), 8-11.

Hwang, S. Y., & Kim, J. S. (2015). Risk Factor-tailored Small Group Education for Patients with First- time Acute Coronary Syndrome. *Asian Nursing Research, 9*(4), 291-297. doi: 10.1016/j.anr.2015.07.005

Jaarsma, T., Deaton, C., Fitzsimmons, D., Fridlund, B., Hardig, B. M., Mahrer-Imhof, R., . . . Kjellström, B. (2014). Research in cardiovascular care: a position statement of the Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professionals of the European Society of Cardiology. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 13*(1), 9-21. doi: 10.1177/1474515113509761

Jeroen Bosch Ziekenhuis. (z.d.-a). *Digitale patiëntenfolders in MijnJBZ.* Geraadpleegd op 16 mei 2019, van https://www.jeroenboschziekenhuis.nl/digitale-patientenfolders-mijnjbz

Jeroen Bosch Ziekenhuis. (z.d.-b). *Hartinfarct.* Geraadpleegd op 16 januari 2019, van  https://www.jeroenboschziekenhuis.nl/hartinfarct

Jeroen Bosch Ziekenhuis. (z.d.-c). *Onderzoek indienen.* Geraadpleegd op 23 februari 2019, van https://www.jeroenboschziekenhuis.nl/onderzoek-indienen

Jeroen Bosch Ziekenhuis. (z.d.-d). *SMR’s per diagnosegroep en patiëntengroep 2015-2017.* Geraadpleegd op 4 februari 2019, van https://www.jeroenboschziekenhuis.nl/sites/default/files/documents/2019-01/smrs-per- diagnosegroep-en-patientengroep-2015-2017.pdf

Jeroen Bosch Ziekenhuis. (z.d.-e) *Wat is MijnJBZ?* Geraadpleegd op 16 mei 2019, van https://www.jeroenboschziekenhuis.nl/wat-mijnjbz

Jones, A. S., Ellis, C. J., Nash, M., Stanfield, B., & Broadbent, E. (2016). Using Animation to Improve Recovery from Acute Coronary Syndrome: A Randomized Trial. *Annals of Behavioral Medicine, 50*(1), 108-118. doi: 10.1007/s12160-015-9736-x

La Sala, R., Foà, C., Paoli, G., Mattioli, M., Solinas, E., Artioli, G., & Ardissino, D. (2015). Multi- dimensional nursing form: a novel means of approaching nurse-led secondary cardiology prevention. *Acta* *Biomed for Health Professions, 86*(3), 174-182.

Mares, M., & Roelofs, P. (2015). *Zorgbasics: Preventie* (2e druk). Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.

NVVC Connect. (2015). *Empowerment en ondersteunen zelfmanagement.* Geraadpleegd op 21 mei 2019, van http://www.nvvcconnect.nl/images/PDF/150616\_def\_versie\_uitgebreide\_bijlage- 4\_blauwdruk\_NVVC\_Postinfarct\_polikliniek-traject.pdf

O’Brien, F., McKee, G., Mooney, M., O’Donnell, S., & Moser, D. (2014). Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: A randomized controlled trial. *Patient education and counseling, 92*(2), 179- 187. doi: 10.1016/j.pec.2014.05.022

Park, M., Song, R., & Jeong, J. O. (2017). Effect of goal attainment theory based education program on cardiovascular risks, behavioral modification, and quality of life among patients with first episode of acute myocardial infarction: Randomized study. *International Journal of Nursing Studies, 71*, 8-16. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.02.019

Pixabay. (z.d.). [Omslagfoto]. Geraadpleegd op 4 maart 2019, van https://pixabay.com/photos/heartache-chest-pain-hurt-pain-1846050/

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2013). *De participerende patiënt.* Geraadpleegd op 21 mei 2019, van https://participatiekompas.nl/wp-content/uploads/2014/08/De-participerende- patient\_Rvz\_2013.pdf

Scribbr. (z.d.). *Overzicht van onderzoeksmethoden en dataverzamelingsmethoden.* Geraadpleegd op 21 mei 2019, van https://www.scribbr.nl/category/onderzoeksmethoden/

Sol, B. G., Van der Graaf, Y., Van Petersen, R., & Visseren, F. L. (2011). The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 10*(3), 180-186. doi:10.1016/j.ejcnurse.2010.06.005

V&VN. (2012). *V&V 2020 Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige.* Geraadpleegd op 24 januari 2019, van https://www.venvn.nl/portals/1/nieuws/ouder%20dan%202010/3\_profiel%20verpleegkundi ge\_def.pdf

Van der Burgt, M., Terra, B., & Van Mechelen-Gevers, E. (2015). *Patiëntenvoorlichting door verpleegkundigen: De stappen naar zelfmanagement* (5e herziene druk).Amsterdam: Reed Business Education.

Van Straaten-Huygen, A., & Van Meyel, J. J. (2010). *Inwendige geneeskunde* (3e druk)*.* Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-van Doorn, C., Rosendal, H. (2016). *Zorgbasics: Praktijkgericht onderzoek.* Amsterdam: Boom uitgevers.

Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken* (6e druk)*.* Amsterdam: Boom uitgevers.

VMSzorg. (2010). *Optimale zorg bij acute coronaire syndromen.* Geraadpleegd op 29 januari 2019, van https://www.vmszorg.nl/wpcontent/uploads/2017/11/web\_2010.0113\_praktijkgids\_acs.pdf

Weibel, L., Massarotto, P., Hediger, H., & Mahrer-Imhof, R. (2014). Early education and counselling of patients with acute coronary syndrome. A pilot study for a randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 15*(4), 213-222. doi:10.1177/1474515114556713

Williams, B., Anderson, A. S., Barton, K., & McGhee, J. (2012). Can theory be embedded in visual interventions to promote self-management? A proposed model and worked example. *International Journal of Nursing Studies,49*(12), 1598-1609. doi: 010.1016/j.ijnurstu.2012.07.005

Bijlage 1 – Aankondiging nieuwsbrief via Kenniscafé

Beste (student)verpleegkundigen van de afdeling Cardiologie,

Momenteel ben ik bezig met een onderzoek op de afdeling Cardiologie binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Dit onderzoek is gericht op het geven van voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom. Het doel van het onderzoek is: “inzicht verkrijgen in de wijze waarop (student)verpleegkundigen op de afdeling Cardiologie, binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis, voorlichting vormgeven aan patiënten over het acuut coronair syndroom en op basis hiervan aanbevelingen vaststellen voor de praktijk.”

Om het doel van dit onderzoek te bereiken, wordt de komende twee maanden kwalitatief onderzoek uitgevoerd op de afdeling Cardiologie. Dit onderzoek zal bestaan uit het afnemen van interviews bij (student)verpleegkundigen en een focusgroep (groepsinterview).

Alle verpleegkundigen en studentverpleegkundigen in het vierde leerjaar, werkzaam op de afdeling Cardiologie, komen in aanmerking om deel te nemen aan het onderzoek. Meedoen aan het onderzoek is op vrijwillige basis. Daarom wil ik vragen of alle verpleegkundigen en studentverpleegkundigen in het vierde leerjaar, die openstaan voor deelname aan het onderzoek, dat via de onderstaande link aan willen geven. De eerste vraag richt zich op deelname aan het onderzoek, bij de tweede vraag kunt u uw naam invullen zodat we weten welke (student)verpleegkundigen we kunnen benaderen. Verder is voor het onderzoek relevant om het opleidingsniveau en aantal jaren werkervaring vermelden.

Niet alle (student)verpleegkundigen worden uitgenodigd tot deelname aan het onderzoek. Op basis van een steekproef worden hiervoor (student)verpleegkundigen uitgekozen die hebben aangegeven deel te willen nemen aan het onderzoek. Deze (student)verpleegkundigen ontvangen nog een informatiebrief met verdere informatie over het onderzoek. Op basis hiervan kunnen zij alsnog beslissen om niet deel te nemen aan het onderzoek.

De tijd die besteed wordt aan deelname aan het onderzoek mag gedeclareerd worden als werktijd.

Bij vragen of opmerkingen mag met mij contact opgenomen worden via de onderstaande contactgegevens. Alvast bedankt voor de medewerking.

Met de onderstaande link komt u bij de vragenlijst terecht voor de keuze tot deelname aan het onderzoek: <https://www.survio.com/survey/d/Q1G9R1B7Q0O2A8U1L>

Alvast bedankt,

Sanne Blankers

4e jaar HBO-V student

[s.blankers@jbz.nl](mailto:s.blankers@jbz.nl)

Bijlage 2 – Informatiebrief deelname praktijkgericht onderzoek

Informatie voor deelname aan praktijkgericht onderzoek

Voorlichting door verpleegkundigen aan patiënten over het acuut coronair syndroom

Geachte heer/mevrouw,

Wij vragen u vriendelijk om deel te nemen aan het praktijkgericht onderzoek. Meedoen aan het onderzoek is op vrijwillige basis. Voor deelname aan het onderzoek is schriftelijke toestemming nodig. Voordat u beslist om deel te nemen aan het onderzoek, volgt hier allereerst uitleg over de inhoud van het onderzoek. Bij vragen kunt u contact opnemen met de onderzoeker.

Het onderzoek is opgezet door M. De Roba Cortada en D. Bekkers en wordt uitgevoerd door S. Blankers. Het onderzoek vindt plaats op de afdeling Cardiologie binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis. De onderzoeker bevindt zich in het laatste jaar van de opleiding HBO-verpleegkunde op de Avans Hogeschool en voert dit onderzoek uit als afstudeeropdracht.

**Doel van het onderzoek**

Het doel van het onderzoek dat plaatsvindt, op de afdeling Cardiologie, is inzicht verkrijgen in de wijze van voorlichting door verpleegkundige aan patiënten over het acuut coronair syndroom.

**Deelname aan het onderzoek en vroegtijdig stoppen**

Om deel te kunnen nemen aan het onderzoek, dient u aan de inclusiecriteria te voldoen. De onderstaande inclusiecriteria worden gesteld voor het onderzoek.

* HBO-verpleegkundige alleen werkzaam op de afdeling Cardiologie.
* MBO-verpleegkundige alleen werkzaam op de afdeling Cardiologie.
* Verpleegkundigen die minimaal drie maanden werkzaam zijn op de afdeling Cardiologie.
* Studentverpleegkundigen in vierde leerjaar die minimaal tien weken stagelopen op de afdeling Cardiologie.

Op basis van een steekproef wordt bepaald welke (student)verpleegkundigen deel mogen nemen aan het onderzoek.

Het onderzoek bestaat uit twee delen. Allereerst worden er zes interviews afgenomen bij (student)verpleegkundigen van de afdeling Cardiologie binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Deze interviews richten zich op voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom. De interviews vinden individueel plaats in een afgesloten ruimte. Het interview neemt ongeveer 30 tot 45 minuten in beslag.

Daarnaast vindt er een focusgroep plaats met zes tot tien (student)verpleegkundigen. Tijdens de focusgroep wordt eveneens aandacht besteedt aan voorlichting over het acuut coronair syndroom en worden de bevindingen vanuit de interviews besproken. De focusgroep neemt ongeveer zestig minuten in beslag.

U ontvangt deze brief omdat u heeft aangegeven open te staan voor deelname aan dit onderzoek. De deelname aan het onderzoek is op vrijwillige basis, dit mag u aangeven bij de onderzoeker. Daarnaast is het mogelijk om vroegtijdig te stoppen met deelname aan het onderzoek. Hierbij is geen verklaring nodig van de achterliggende reden.

Voor deelname aan het onderzoek dient u een toestemmingsformulier te ondertekenen. De originele toestemmingsformulieren worden in een afgesloten kluis bewaard op de afdeling Cardiologie.

De tijd die besteedt wordt aan deelname aan het onderzoek mag gedeclareerd worden als werktijd.

**Gegevensverzameling en -verwerking**

De gegevens van de interviews en focusgroep worden verzameld aan de hand van audio-opnames. Tijdens de verwerking van de gegevens krijgt elke participant een code, waardoor de persoonsgegevens worden weggelaten. De gegevens blijven vertrouwelijk. Dit houdt in dat alleen de onderzoeker op de hoogte is van de code die gerelateerd is aan uw persoonsgegevens. Na het analyseren van de gegevens, worden de audio-opnames vernietigd.

U ontvangt een samenvatting met de gegevens van het interview of de focusgroep waaraan u hebt deelgenomen. Indien in deze samenvatting gegevens onjuist zijn of missen, heeft u één week de tijd om dit te melden bij de onderzoeker. De contactgegevens zijn vindbaar onderaan deze brief. Wanneer er binnen één week geen reactie volgt, worden de gegevens meegenomen in het onderzoek zoals beschreven in de samenvatting. De onderzoeksgegevens worden door de Avans Hogeschool zeven jaar bewaard en door het Wetenschapsbureau van het Jeroen Bosch Ziekenhuis vijftien jaar.

**Vragen**

Bij vragen kunt u opnemen met de onderzoeker S. Blankers. Dit kan door een e-mail te sturen naar [s.blankers@jbz.nl](mailto:s.blankers@jbz.nl) of telefonisch contact op te nemen met het volgende nummer 06-51985209.

**Klachten**

Bij klachten rondom het onderzoek kunt u contact opnemen met de Klachtenfunctionarissen van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. De contactgegevens zijn hieronder weergeven.

*Contactgegevens:*

Klachtenfunctionarissen Jeroen Bosch Ziekenhuis

Telefoonnummer: (073) 553 26 39

E-mail: [klachtenfunctionarissen@jbz.nl](mailto:klachtenfunctionarissen@jbz.nl)

Voor algemene informatie over uw rechten bij verwerking van uw persoonsgegevens kunt u de website van de Autoriteit Persoonsgegevens raadplegen. Bij vragen of klachten over de verwerking van uw persoonsgegevens raden we u aan eerst contact op te nemen met de onderzoek locatie. U kunt ook contact opnemen met de Functionaris voor de Gegevensbescherming van de instelling of de Autoriteit Persoonsgegevens. De Functionaris voor de Gegevensbescherming van het Jeroen Bosch Ziekenhuis is bereikbaar per email via: privacy@jbz.nl

Bijlage 3 – Toestemmingsformulier praktijkgericht onderzoek

Toestemmingsformulier praktijkgericht onderzoek

Voorlichting door verpleegkundigen aan patiënten over het acuut coronair syndroom

Voor deelname aan het onderzoek dient u allereerst de volgende informatie door te lezen.

* U heeft de informatiebrief “Informatie voor deelname aan praktijkgericht onderzoek” gelezen. Daarnaast is de mogelijkheid aanwezig geweest om vragen te stellen die beantwoord zijn. Ook was er voldoende tijd om een keuze te maken met betrekking tot deelname aan het onderzoek.
* U bent op de hoogte dat deelname vrijwillig is en dat elk moment beslist kan worden om niet mee te doen of het onderzoek te onderbreken zonder reden.
* U geeft toestemming voor het gebruiken van de gegevens, die zijn verzameld tijdens het interview/de focusgroep, om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Daarnaast bent u op de hoogte van de bewaartermijn van de gegevens.

Wanneer u op basis van de bovenstaande gegevens deelneemt aan het onderzoek, mag u hieronder het formulier ondertekenen.

Naam participant:

Handtekening: Datum : \_\_ / \_\_ / \_\_

Ik verklaar dat de bovenstaande participant volledig geïnformeerd is over het genoemde onderzoek.

De participant wordt tijdig op de hoogte gebracht, wanneer er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die invloed kan hebben op de toestemming van de participant.

Naam onderzoeker:

Handtekening: Datum: \_\_ / \_\_ / \_\_

Bijlage 4 – Topiclijst individuele interviews

In de Tabel 5 wordt de topiclijst weergeven die is gebruikt bij de individuele interviews.

**Tabel 5**

*Topiclijst individuele interviews*

|  |  |
| --- | --- |
| *Openingsvraag: Wat is jouw taak in het vormgeven van voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom?* | |
| **Topics** | **Voorbeeldvragen** |
| Werkwijze voorlichting | * Wat is de werkwijze van het vormgeven van voorlichting aan een patiënt over het acuut coronair syndroom? * Welke afspraken zijn volgens het ziekenhuis aanwezig gericht op het geven van voorlichting? * Welke afspraken zijn volgens de afdeling Cardiologie aanwezig gericht op het geven van voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom? * Hoe ervaar je eenduidigheid in het geven van voorlichting door verpleegkundigen over het acuut coronair syndroom? * Wat zijn belemmerende factoren rondom de werkwijze van het vormgeven van voorlichting en welke verbeteringen zijn mogelijk? |
| Inhoud van de voorlichting | * Welke voorlichting geef je aan de patiënt na het doormaken van een acuut coronair syndroom? * Op welke momenten geef je voorlichting aan de patiënt na het doormaken van een acuut coronair syndroom? * Wat zijn belemmerende factoren rondom de inhoud van de voorlichting en welke verbeteringen zijn mogelijk? |
| Gedragsverandering | * Op welke manier heeft gedragsverandering een rol in voorlichting aan de patiënt? * Welke methoden ken je en/of maak je gebruik van om in te spelen op gedragsverandering van de patiënt? * Welke handvaten gebruik je vanuit de afdeling om in te spelen op gedragsverandering bij de patiënten? * Welke belemmerende factoren ervaar je rondom het inspelen op gedragsverandering van de patiënt en welke verbeteringen zijn mogelijk? |
| Individuele en doelgerichte voorlichting | * Op welke manier stem je voorlichting af op de patiënt? * Op welke manier speel je in op psychologische factoren tijdens voorlichting aan de patiënt? |
| Ziekte-inzicht | * Op welke manier vergroot je het ziekte-inzicht van de patiënt? |
| Naasten betrekken | * Op welke manieren betrek je naasten bij voorlichting aan de patiënt en welke afspraken zijn hierover op de afdeling? * Welke belemmerende factoren ervaar je rondom het betrekken van naasten en welke verbeteringen zijn mogelijk? |
| Visuele voorlichting | * Hoe kijk je aan tegen het gebruik van visuele voorlichting aan de patiënt? * Op welke manier maak je gebruik van visuele voorlichting? * Wat vind je van de huidige manier rondom het gebruik van visuele voorlichting op de afdeling? |

Bijlage 5 – Handleiding Focusgroep

**Voorbereiding focusgroep**

*Benadering deelnemers*

De onderzoeker plant in overleg met de procesbegeleider van het onderzoek een geschikte datum voor het plaatsvinden van de focusgroep. De onderzoeker benadert de (student)verpleegkundigen die deze dag werkzaam zijn en openstaan voor deelname aan het onderzoek. Daarnaast worden andere (student)verpleegkundigen benaderd die hebben aangegeven deel te willen nemen aan het onderzoek. Deze (student)verpleegkundigen worden persoonlijk of via de mail benaderd. Minimaal een week voor het plaatsvinden van de focusgroep ontvangen zij een uitnodiging voor de focusgroep, de informatiebrief en een toestemmingsverklaring.

*Organisatorische voorbereiding*

De onderzoeker zorgt ervoor dat een rustige ruimte binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis wordt gereserveerd, waar de focusgroep plaats kan vinden. Daarnaast reserveert de onderzoeker een voicerecorder bij de Avans Hogeschool voor de audio-opnames van de focusgroep.

De onderzoeker zorgt ervoor dat koffie en thee met wat lekkers aanwezig zijn tijdens de focusgroep. Daarnaast regelt de onderzoeker een bedankje voor de participanten die hebben deelgenomen aan de focusgroep.

*Inhoudelijke voorbereiding*

De onderzoeker stelt in overleg met de procesbegeleider de topiclijst samen aan de hand van de uitkomsten van de individuele interviews en het literatuuronderzoek dat is uitgevoerd. De topiclijst wordt beoordeeld door leden van de peergroep.

Daarnaast stelt zij gesprekregels op en zorgt zij dat de gespreksleider op de hoogte wordt gesteld.

**Rolverdeling tijdens de focusgroep**

*Rol Voorzitter*

De rol van voorzitter van de focusgroep wordt vervuld door de onderzoeker van dit onderzoek. De voorzitter neemt inhoudelijk geen deel aan de bijeenkomst. Daarnaast laat zij haar mening neutraal en respecteert zij de inbreng van de participanten.

De taak van de voorzitter is om de bijeenkomst in te leiden en hierbij de participanten welkom te heten en het doel van het onderzoek te bespreken. Daarnaast meldt de voorzitter welke afspraken en gespreksregels gelden tijdens de focusgroep.

De voorzitter brengt na de opening van de bijeenkomst de verschillende topics in. Hierbij wordt doorgevraagd op de verschillende onderwerpen die worden besproken. De voorzitter geeft tussendoor samenvattingen van wat besproken is en controleert of deze kloppen.

*Rol gespreksleider*

De rol van gespreksleider wordt uitgevoerd door een coördinerend verpleegkundige van de afdeling Cardiologie. De coördinerend verpleegkundige is niet betrokken bij de uitvoering van het onderzoek. De gespreksleider wordt van tevoren op de hoogte gesteld over het onderzoek. Hierbij wordt het doel en de inhoud van het onderzoek besproken en de taken van de gespreksleider.

De gespreksleider neemt inhoudelijk geen deel aan de bijeenkomst. Daarnaast laat zij haar mening neutraal en wordt de inbreng van de participanten gerespecteerd.

De gespreksleider zorgt ervoor dat het gesprek in goede banen wordt geleid. Dit wordt gedaan door tijdens de bijeenkomst de deelnemers gefocust te houden. Hierbij wordt de groep terug geleid naar het onderwerp, wanneer de groep afwijkt. Daarnaast doorbreekt de gespreksleider indien nodig discussies die plaats kunnen vinden. Hierbij wordt ervoor gezorgd dat iedere participant aan bod komt tijdens de bijeenkomst en dat de participanten met respect met elkaar omgaan.

**Programma focusgroep**

In Tabel 6 staat het programma beschreven dat tijdens de focusgroep wordt gevolgd.

**Tabel 6**

*Programma focusgroep*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Onderdeel* | *Toelichting* | *Tijd* |
| Welkom heten en doel benoemen | Het doel van het onderzoek is: “inzicht verkrijgen in de wijze waarop (student)verpleegkundigen op de afdeling Cardiologie, binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis, voorlichting vormgeven aan patiënten over het acuut coronair syndroom en op basis hiervan aanbevelingen vaststellen voor de praktijk.”  Het doel van de focusgroep is om de uitkomsten van de interviews te evalueren en te bespreken welke verbeteringen mogelijk zijn en op welke wijze. | 5 minuten |
| Algemene mededelingen | * Gegevens worden opgenomen aan de hand van audioapparatuur. * Gegevens worden vertrouwelijk verwerkt. * Onafhankelijkheid van de voorzitter en gespreksleider. * Tijd mag gedeclareerd worden (onderzoeker regelt dit). * De bijeenkomst duurt ongeveer een uur. * Toestemmingsformulieren ondertekenen. | 2 minuten |
| Gespreksregels | * Mening van de participanten respecteren. * Er zijn geen goede of foute uitspraken, alles mag gezegd worden. * Elkaar uit laten praten ook vanwege de geluidsopnames. * Tijdens de bijeenkomst mag niet gestoord worden, dus graag de telefoons uitzetten. | 3 minuten |
| Transitievraag | Wat is een acuut coronair syndroom? | 5 minuten |
| Topic 1:  Verpleegkundige | * Kennis (student)verpleegkundigen * Aanwezige tijd * Duidelijke en begrijpelijke informatie | 10 minuten |
| Topic 2: Werkwijze | * Werkwijze voorlichting geven (eenduidigheid) * Voorlichtingsmoment * Registratie voorlichting * Samenwerking met de hartbewaking | 10 minuten |
| Topic 3:  Inhoud | * Inhoud voorlichting * Het PID boekje * Voorlichtingsmateriaal * Visuele voorlichting | 10 minuten |
| Topic 4:  Patiënt en naasten | * Voorlichting gericht op de individuele patiënt (informatiebehoefte van de patiënt) * Gedragsverandering van de patiënt * Eigen regie van de patiënt * Psychosociale problemen (aandacht voor angst) * Betrekken en informeren van naasten | 10 minuten |
| Afsluiting | Samenvatting geven van de bijeenkomst en de deelnemers bedanken voor hun komst. | 5 minuten |

Bijlage 6 – Uitnodiging focusgroep

**Uitnodiging Focusgroep**

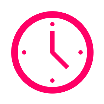
Voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom



Momenteel ben ik bezig met mijn afstudeeronderzoek op de afdeling Cardiologie van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Het doel van het onderzoek is: “Inzicht verkrijgen in de wijze waarop (student)verpleegkundigen op de afdeling Cardiologie, binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis, voorlichting vormgeven aan patiënten over het acuut coronair syndroom en op basis hiervan aanbevelingen vaststellen voor de praktijk.” Om het doel van dit onderzoek te bereiken, wordt kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Hiervoor zijn de afgelopen weken individuele interviews afgenomen bij (student)verpleegkundigen van de afdeling Cardiologie. Vanuit deze interviews zijn een aantal onderwerpen naar voren gekomen waar (student)verpleegkundigen tegen aan lopen die ik graag wil bespreken tijdens de focusgroep op 24 april. Er wordt voor koffie, thee en iets lekkers gezorgd tijdens de focusgroep.



**24-04-2019**

****

**15:30 uur**

****

**C4.02.062**

Bijlage 7 – Transcripten individuele interviews

In deze bijlage worden de transcripten van de zes individuele interviews weergegeven. Voor de onderzoeker die het interview heeft afgenomen wordt de afkorting “O” gebruikt. Voor de geïnterviewde wordt de afkorting “G” gebruikt.

Interview 1

O: Ik vind het leuk dat ik jou mag interviewen voor mijn onderzoek. Het doel van mijn onderzoek is dat ik inzicht kan verkrijgen in welke manier verpleegkundigen voorlichting geven aan patiënten over het acuut coronair syndroom. Het interview duurt ongeveer 30 tot 45 minuten. De gegevens nemen we op via audioapparatuur, die zullen dan verwerkt worden anoniem. Uiteindelijk kan alleen de onderzoeker achterhalen wie er geïnterviewd is en welke gegevens daarbij horen. Voor de rest kan niemand dat achterhalen.

G: Ja.

O: Na afloop als ik alle gegevens heb uitgetypt, maak ik een samenvatting en die stuur ik dan naar jou op en dan krijg je een week de tijd om te kijken of de gegevens kloppen. Mochten daar dingen instaan waarvan je denkt nou dat heb ik niet gezegd of daar ben ik het niet mee eens. Dan mag je die naar mij terugsturen en dan verwerk ik dat.

G: Ja is goed.

O: Heb je voor de rest naar aanleiding van de informatiebrief die ik heb gestuurd nog vragen of dingen die onduidelijk zijn?

G: Nee.

O: Mag ik jou dan vragen om het toestemmingsformulier te ondertekenen?

G: Ja.

O: Dan zal ik het toestemmingsformulier ook ondertekenen. De toestemmingsformulieren worden in een kluis hier op de afdeling bewaard. Dus daar kan niemand bij. Uiteindelijk als het onderzoek klaar is, gaan de formulieren naar het wetenschapsbureau en worden ze daar in een kast bewaard.

G: Oké.

O: Ik wil eigenlijk beginnen mijn eerste vraag en dat is: Wat is jouw taak in het vormgeven van voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom?

G: Als ze hier op de afdeling komen bedoel je? Ze hebben het al doorgemaakt?

O: Ja.

G: Nou ik denk dat ze meestal op de hoogte zijn van wat het precies is. Dan is het vooral de vragen beantwoorden die de patiënt daarnaast nog hebben.

O: Dus dan doe je dan actief vragen aan de patiënt vragen heeft u vragen of komt hij zelf al met vragen?

G: Meestal als er iemand overkomt van de CCU bijvoorbeeld en ze hebben een STEMI of een non-STEMI doorgemaakt. Leg ik ze gewoon dingen uit over de afdeling en vraag ik of alles duidelijk is. Of ze nog vragen hebben ook over het ACS zelf. Meestal vragen we of ze nog vragen hebben. Soms zie je ook wel dat ze het niet vragen of dat ze denken ik vraag het later wel.

O: Ja. Want op welke momenten geef je dan de voorlichting aan de patiënt? Je gaf net al aan dat ze overkomen van de CCU.

G: Ja, in zorggesprekken bijvoorbeeld. In de ochtend tijdens de controleronde vraag ik niet gelijk of ze nog vragen hebben. Meer van hoe voel je je en zo.

O: Ja. Want heb je voor jezelf of heb je het gevoel dat hier op de afdeling vaste momenten aanwezig zijn waarop je de voorlichting aan de patiënten geeft?

G: Nee dat denk ik niet.

O: En is, hoe zie je dat dan qua eenduidigheid? Doet elke verpleegkundige dat dan zelf?

G: Hoe bedoel je dat, dat ze zelf een tijd? Ik denk gewoon dat ze het doen wanneer het uitkomt. Of wanneer ze wel zien dat de patiënt vragen heeft.

O: En wat vind jij zelf van die invulling daarvan? Dus dat elke verpleegkundige zelf inschat wanneer die de voorlichting geeft?

G: Ja ik denk dat dat wel beter zou zijn als er gewoon bepaalde momenten zouden zijn. Dat je even tijd hebt om echt voorlichting te geven. Want als iemand bijvoorbeeld nog een katheterisatie moet krijgen, wil je diegene daar ook voorlichting over hebben. De een doet dat in de ochtend en de ander in de middag. Ja dat is anders.

O: Dus er verschil in het moment waarop elke verpleegkundige voorlichting geeft aan de patiënt?

G: Ja ik denk het wel ja.

O: En wat jij eigenlijk aangeeft is dat het handiger zou zijn als er een moment is om die voorlichting te geven. En je zie ook dat er de tijd voor is?

G: De tijd omdat te gaan doen?

O: Ja.

G: Tijd maken bedoel je?

O: Ja.

G: Ik denk wel dat het belangrijk is dat de patiënt gewoon goed op de hoogte is en dat er bijvoorbeeld snel gezegd wordt omdat je bezig bent, ja. Dat je dan tijd moet nemen om even bij de patiënt te gaan zitten en ja gewoon goed uit te kunnen leggen.

O: En die tijd is die aanwezig hier op de afdeling?

G: Ja de ene dag wel en de andere dag eigenlijk niet en dan is het weer heel druk. Ik denk ook niet, als je er tijd voor zou maken zou het wel kunnen.

O: Maar je zei tijd maken. Hoe zie je dat zelf of hoe vul je dat zelf in tijd maken?

G: Nou bijvoorbeeld voor studenten is het ook een leerdoel om voorlichting te geven dus die hebben daar meer tijd voor. Ook om het bijvoorbeeld voor te bespreken en tijd te nemen voor de patiënt. Maar ik denk dat de verpleegkundigen het eerder tussendoor even doen zeg maar.

O: Dus als ik het goed begrijp zie je verschil in de manier waarop studenten tijd maken om voorlichting te geven en de manier waarop verpleegkundigen tijd maken om voorlichting te geven?

G: Ja.

O: En zijn daarin dingen dat je zegt dat zou anders kunnen dan? Voorlichting geven en tijd maken daarvoor?

G: Ja als je echt als verpleegkundige hoef je natuurlijk niet voor te bespreken, maar dan moet je wel een moment zoeken dat je even niet gestoord wil worden en dat je even bij de patiënt bent. En dat zou misschien wel even aangegeven kunnen worden aan een andere collega van joh ik zit even bij die patiënt ik ben over tien minuutjes kwartiertje weer terug.

O: En hoe ervaar je dat zelf als student. Heb je dan wel altijd voldoende tijd en ruimte om die voorlichting te geven? Zonder dat je, want je zegt net ook dat je niet gestoord wil worden het liefst.

G: Je hebt er niet altijd als student tijd voor omdat je natuurlijk ook zelf je patiënten hebt en dan zou je weer een andere taak bijvoorbeeld moeten overdragen aan een collega. Ik denk dat dat voor een student soms wel moeilijk is. Om daar keuzes in te maken.

O: En dan op welk gebied keuzes maken?

G: Bijvoorbeeld ik doe het zelf allebei en dan allebei iets sneller of “wil jij dat ECG voor mij maken dan kan ik even bij die patiënt voorlichting geven?”

O: Ja dat je meer afstemming maakt tussen de verschillende werkzaamheden?

G: Ja.

O: En als we dan kijken naar het echt voorlichting in het algemeen. Zijn daar volgens het Jeroen Bosch Ziekenhuis afspraken van waar je rekening mee dient te houden bij het geven van voorlichting?

G: Uhm, ja weet ik eigenlijk niet. Ja je moet het noteren in HIX als je voorlichting hebt gegeven. Informatiefolders geven. Ik kom meestal er later op terug als ze het hebben doorgelezen of het allemaal duidelijk is, ja.

O: Dus dan controleer je achteraf van of de patiënt de informatie begrepen heeft die die heeft ontvangen?

G: Ja

O: En je geeft aan dat de voorlichting dat je die registreert in de computer. En dat wordt dan bijgehouden wanneer de patiënt voorlichting heeft ontvangen?

G: Als het goed is wel.

O: Als het goed is wel?

G: Het gebeurt niet altijd volgens mij.

O: Nee? Merk je daar veel verschil in het team rondom het registreren van voorlichting?

G: Ja ik moet zeggen want voor mij werd het halverwege nieuw zeg maar dat het in een keer moest gedaan worden en opschrijven. Dus ik moest er zelf ook echt aan wennen van dat moet ik ook nog invullen. Maar volgens mij doet niet iedereen het echt standaard zeg maar. En ik denk wel dat dat goed is. Dan zie je die patiënt heeft echt die voorlichting gehad en heeft het begrepen zeg maar.

O: En waardoor denk jij dat dat komt dat het nu niet door iedereen gebeurt?

G: Omdat het denk ik ook wat ik al zei nieuw is ingekomen en dat het voor iedereen even wennen is dat doen en dat ze dan niet gelijk er aan denken, denk ik. Het heeft ook wel een tijdje hier op het bord gestaan, dat we het moeten gaan doen. Ja dat zou misschien ook wel een keer gecontroleerd kunnen worden of iedereen het ook echt doet zeg maar.

O: En wat zou jou als studentverpleegkundige erin helpen, nu is het dan het registreren van voorlichting, om dat niet te vergeten of dat uit te voeren?

G: Ik weet het niet. Ik denk dat het gewoon in je systeem moet komen. Want veel dingen aan gewoon wel automatisch omdat je weet dat je die moet doen. Maar omdat dit er nu bijkomt is het even wennen. Als je het vaker doet of het voor jezelf opschrijft, dat je het dan wel automatisch mee gaat nemen. Ja je zou het nog op het bord laten staan een tijdje, dan zou iedereen eraan kunnen denken. Maar ja we moeten het invullen en het staat er natuurlijk niet heel lang op. Als het er nou weer af is vergeten ze het ook weer denk ik.

O: Ja.

G: Als het nog niet in je systeem zit.

O: Dus dan een soort extra reminder?

G: Ja.

O: Want zijn er naast het registreren van voorlichting nog andere afspraken specifiek hier op de afdeling rondom het geven van voorlichting?

G: Geen idee.

O: Want jij haalde toen straks al eerder aan het geven van voorlichtingsfolders en voorlichtingsmateriaal.

G: Ja.

O: Wat geef je aan de patiënt die hier wordt opgenomen met een acuut coronair syndroom?

G: Ja dan geef je meestal het PID boekje met de klachten, medicijnen, hoe groot het infarct is dat ze hebben doorgemaakt. En dat ligt er aan dat aan de verdere behandeling aan wat je aan verdere informatie gaat geven. Bijvoorbeeld informatie over een katheterisatie of een ander onderzoek. Of CABG informatie ja dat ligt er een beetje aan wat er uit de katheterisatie is gekomen zeg maar.

O: En wat vindt jij zelf van het gebruik van voorlichtingsmateriaal bij het geven van voorlichting?

G: De ene kant vind ik het wel goed want dan kan de patiënt het ook nog zelf doorlezen. Maar ik denk dat het ook goed is om het ook nog zo uit te leggen. Want vaak, want soms heb ik het weleens dat ik wel het boekje geef. Dan leg ik uit waar het boekje over gaat en dan zeg ik lees het maar vast door en dan kom ik straks nog even kijken of u het allemaal hebt begrepen. Dan denk ik ja je geeft wel zo’n boekje maar die patiënt weet eigenlijk niet wat hij ermee aan moet.

O: Nee dus als ik het goed begrijp heb je zoiets van eigenlijk moet de patiënt en de voorlichtingsfolder krijgen en het boekje en daarnaast ook de uitleg van de verpleegkundige?

G: Ja.

O: En dat is dan iets wat volgens jou beter zou kunnen hier op de afdeling?

G: Ja.

O: En als je kijkt naar de voorlichtingsfolders die aanwezig zijn want het PID boekje geef je dan aan. Vind jij dat er voldoende voorlichtingsmateriaal is of zou je het ander zien?

G: Ik denk wel dat er voldoende is. Want in het PID boekje staat heel veel informatie en daar staat ook al in beschreven van die katheterisatie en CABG en dan hebben we ook nog losse folders van. Ik denk qua informatie dat we wel veel hebben.

O: Ja, en wat vind je van de manier waarop hier in het algemeen door de verpleegkundigen gebruik van wordt gemaakt? Van de folders die beschikbaar zijn?

G: Daar heb ik eigenlijk niet zo op gelet. Maar soms zie je weleens dat iemand al helemaal geen PID boekje heeft gehad of dat die al een aantal dagen niet is ingevuld. En ik denk wel dat je daar rekening mee moet houden.

O: Zijn dat dingen die je vaak signaleert?

G: Ja niet heel vaak, maar wel af en toe.

O: Ja en hoe pak je dat dan aan als je jij dat dan signaleert dat dat niet is gebeurt?

G: Ja dan ga ik hem alsnog geven en dan vraag ik aan de arts dat ze hem alsnog willen invullen en dan geef ik uitleg die er in staat en wat ze er in kunnen vinden.

O: En als we dan kijken naar voorlichting in het algemeen. Wat vertel je dan aan de patiënt?

G: Bij het PID boekje?

O: Ja.

G: Ja wat vertel ik dan? Dat ze eigenlijk een infarct hebben doorgemaakt en wat dan de oorzaak daarvan kan zijn met de kransslagaders en dat ze dan willen kijken wat de oorzaak precies is. Door de katheterisatie en dan de behandelingen die ze daarbij zouden kunnen krijgen. Of onderzoeken. En welke medicijnen er dan gestart worden, de golden five. Want soms weten ze ook niet welke medicijnen ze ineens allemaal krijgen. En dan kun je weer uitleggen dat dat iets standaards is bij ACS. En dat staat ook allemaal in dat boekje.

O: En wat is de reactie van de patiënt daarop? Of hoe merk je wat merk je van wat de patiënt ervaart van dat jij informatie aan de patiënt geeft?

G: Ja goed denk ik. Ze vinden het altijd wel fijn om iets meer uitleg erover te hebben.

O: en heb je voor je gevoel ook voldoende handvaten om die voorlichting ook op de juiste manier te geven aan de patiënt.

G: Qua informatie. Ja ik denk het wel. Ik denk ook voor nieuwe mensen en studenten het fijn is dat ze een keer mee kunnen kijken bij een onderzoek. Zodat je ook beter voorlichting kunt geven omdat je dan ook echt ziet hoe het echt gaat. Want je kunt wel zeggen ze gaan er met een ballonnetje in maar als je dat nog nooit gezien hebt is het ook wel een beetje anders als ze dan vragen stellen, kun je er misschien ook niet goed antwoord op geven als je het zelf nog nooit hebt gezien. Of niet weet hoe het gaat. Ik denk ook dat het voor nieuwe mensen wel fijn is om ook zelf eerst te verdiepen in wat ga ik eigenlijk vertellen. Wat dadelijk zit je voorlichting te geven en dat vragen ze iets en dan weet je het antwoord op de vraag niet.

O: Nee dus dat je echt zelf ook voldoende diepgang en kennis kan vergaren voordat je voorlichting aan de patiënt gaat geven?

G: Ja.

O: En hoe heb jij dat proces zelf ervaren toen je hier op de afdeling kwam?

G: Nou ik heb ook meegekeken bij een dotter en een katheterisatie omdat ook voor het voorlichting geven was. Zodat ik door mijzelf erin te verdiepen meer kon vertellen en ik heb het ook met collega’s als ik dan het leerdoel aangaf met collega’s voor besproken van. Zo ga ik het uitleggen en dit ga ik vertellen en ja dan zeggen hun het goed of ik zou dit erbij vertellen of ik zou dit weglaten. En dan heb je wel de juiste informatie bij elkaar die je moet gaan vertellen.

O: En op welke manier stem jij je voorlichting af de patiënt of op de individuele patiënt?

G: Nou er zijn soms mensen en die willen echt alles tot in de puntjes weten zeg maar dus dan kun je wel iets beter voorbereiden op vragen, die ze eventueel zouden kunnen stellen. En een andere patiënt die bijvoorbeeld al vaker meegemaakt hebben, hebben iets minder informatie nodig. Als je dat van tevoren weet dan kun je ook alleen maar vragen wilt u nog meer informatie of heeft u behoefte aan informatiefolders of. Dus ik denk dat daar ook wel een verschil in zit.

O: En is dat dan ook iets dat je standaard in de praktijk meeneemt, dat je naar de patiënt individueel kijkt?

G: Nee ik denk dat dat nee ik denk het niet eigenlijk. Wat bedoel je eigenlijk?

O: Ja maak je bij het geven van voorlichting echt een soort gebruik van je standaard ja wat je bij elke patiënt doet. Welke informatie je geeft, wanneer en hoeveel. Of breng je bij elke patiënt in kaart ik vind dit van belang bij die patiënt.

G: Ja ik kijk dan wel meestal of ze het al vaker hebben gehad. Want als ze het nog niet hebben gedaan hebben gedaan. Dan moet je wel meer informatie geven. Maar als ze het al wel hebben gehad en dat zie je dan. Dan kun je vragen of ze behoefte hebben aan meer. Want dan ga ik niet gelijk alles opnieuw vertellen en dan denken hun dat weet ik eigenlijk al dat heb ik niet nodig.

O: En met vaker bedoel je dan als ze al vaker een acuut coronair syndroom hebben gehad?

G: Ja en als ze al vaker een katheterisatie hebben gehad of.

O: Dus eigenlijk als ik het goed begrijp toets je aan het begin als je voorlichting gaat geven bij de patiënt of ze al vaker voorlichting hebben ontvangen?

G: Ja en ik doe meestal. Want als je dat sjabloon toevoegt van CAG, dan staat er ook informatie over nazorg. Dat doe ik dan meestal niet voor de behandeling. Want dan denk ik dat is wel veel in een keer. Misschien zijn ze ook wel gespannen en denken ze er nog niet aan wat ze daarna moeten doen. Dan doe ik dat meestal als ze terugkomen. Van je krijgt nu een mitella om, het bandje wordt langzaam leeggelopen. Een beetje kijken wanneer is het beste om die informatie te geven.

O: Ja dus als ik het goed begrijp. Verdeel je je informatie, zodat je niet alle informatie in een keer aan de patiënt geeft? Maar dat je dat verdeelt over verschillende momenten?

G: Ja.

O: Wat merk je daarin van de patiënt? Hoe reageert de patiënt daarop dat je je informatie verdeelt?

G: Ja, ik heb nooit gezegd ik doe het in twee delen. Voor hun is het dan weer nieuwe informatie. Ik denk dat het voor hun goed is dat het in delen wordt verteld of later. Want hun hebben toch niet door dat er de eerste keer iets niet wordt gezegd, wat pas later van toepassing is.

O: Ja. En als we kijken naar het stukje voorlichting geven aan de patiënt. Heeft gedragsverandering dan ook een rol in jouw voorlichting?

G: Als ze emotioneel worden bijvoorbeeld?

O: Ja dat kan.

G: Als ze emotioneel wordt door de voorlichting die je geeft dat ze in een keer bang worden?

O: Ja bijvoorbeeld.

G: Sommige mensen geven misschien aan dat ze het over zich heen laten gaan of het op zich af laten komen en dat ze voldoende informatie hebben gehad. Dan denk ik dat je het dan zo maar moet laten. Maar bij sommige mensen moet je het ook laten bezinken en ze even met rust laten en op een later moment terugkomen. Of dat je ze ergens anders bij kunt helpen.

O: Ja. Want op welke manier maak je in je voorlichting gebruik van psychologische factoren? Als je merkt, wat je net al aangeeft, als je patiënt emotioneel wordt. Speel je daar op een bepaalde manier op in? Of met ander emoties van de patiënt?

G: Ja ik zou dan doorvragen van wat maakt je zo angstig of waar ben je bang voor. Dan komen ze misschien met dingen die niet realistisch zijn. Dat ze bang zijn voor niks eigenlijk, dan kun je daar weer verder informatie op geven, van hoe het wel in zijn werk gaat. Dat dat niet van toepassing is of dat ze daar niet bang voor hoeven te zijn.

O: Ja en merk je dat je daar op de afdeling voldoende handvatten voor hebt? Voldoende ervaring?

G: Van mezelf of van andere verpleegkundigen?

O: Van jezelf

G: Ja ik had bijvoorbeeld laatst een patiënt die was heel erg bang voor naaldjes prikken voor die pijn. Toen kreeg ze in de avond een naald en dan zou ze de volgende dag een katheterisatie krijgen dan krijg je weer een naald. Dus toen was ze daar erg bang voor. Toen zeiden de andere collega’s ook het wordt verdoofd. Dus dan is het toch niet helemaal goed uitgelegd dat ze verdoofd wordt. Dus ik denk wel dat het goed is dat wel alles verteld wordt. Wat ook de hele procedure is. Want ja je gaat best wel een groot iets in. Dat ze vertellen dat ze het eerst verdoven.

O: Ja, je bedoelt eigenlijk dat die patiënt nog niet op de hoogte was dat die verdoofd zou worden van tevoren en dat je dit signaleerde omdat de patiënt aangaf daar zo bang voor te zijn? Doordat de patiënt de informatie eigenlijk niet had gehad?

G: Ja want ik weet niet of dat in het PID boekje staat. Volgens mij niet want daar staat vooral in hoe het werkt. Gewoon meer wat bij ons in het protocol staat dan wel hoe alles stap voor stap gaat. Maar eigenlijk zou dat voor de patiënt ook fijn zijn om dat stap voor stap te weten. Wat ze doen.

O: Ja. Dus daarin zou nog wel verbetering mogelijk zijn in dat de patiënt toch alle informatie ontvangt, stap voor stap?

G: Ja.

O: Op welke manier vergroot jij het ziekte-inzicht van de patiënt?

G: “kijkt verward”

O: Snap je wat ik daarmee bedoel?

G: Nee

O: Met ziekte-inzicht bedoel ik eigenlijk dat de patiënt. Ja inzicht krijgt in wat hem is overkomen in zijn ziekte en wat zijn ziekte inhoudt. En dan met ziekte bedoel ik dan het acuut coronair syndroom.

G: Dus dat ze een infarct hebben gehad. Ja ik heb dat nooit eigenlijk hoeven te vertellen. Meestal komen ze over van de CCU en zijn ze daar al op de hoogte gebracht. Nee ik heb eigenlijk nog niet over het ziektebeeld voorlichting gegeven aan de patiënt.

O: Want je zegt dan komen ze over van de CCU. Hoe merk je die afstemming met voorlichting? Wat merk je als een patiënt is overgekomen van de CCU over de informatie die die al heeft ontvangen of wat die daar al aan voorlichting heeft ontvangen?

G: Ja er wordt daar wel uitgelegd wat het infarct inhoudt. Maar vaak is daar al dan zeggen ze aan de overkant dat ze morgen een CAG gaan krijgen. Terwijl dat hier niet helemaal morgen gepland staat. Dus dat is dan soms weer een tegenvaller is van de patiënt. Ik denk dat de communicatie met elkaar wel beter afgestemd kan worden.

O: Ja en dan vooral de communicatie tussen de verpleegkundigen van de afdeling Cardiologie en de verpleegkundigen op de afdeling CCU?

G: Ja.

O: Want dan merk je nu geef je bijvoorbeeld aan dat patiënt daar wordt geïnformeerd dat die het onderzoek morgen zou krijgen maar dat dat eigenlijk helemaal niet klopt. Zijn daarnaast nog meer dingen die je merkt dat daar anders worden verteld dan hier?

G: Nog niet iets wat me echt is opgevallen.

O: Nee, dus vooral die onderzoeken die dan niet overeenkomen met de geplande datums?

G: Nee

O: Oké en ik vroeg me af op welke manier jij naasten betrekt bij het geven van voorlichting aan de patiënt?

G: Even denken. Ook over dat ACS dan?

O: Ja

G: Ja als de familie aanwezig is op de kamer als ik net voorlichting ga geven. Dan ga ik niet alleen bij de patiënt zitten, maar dan richt ik mij ook op hun en vraag ik aan hun of ze vragen hebben en of ze het hebben begrepen. Maar soms is er niemand aanwezig. Maar ik bel ze dan niet om ze voorlichting te geven. Maar soms melden ze zich aan de balie of bellen ze met wat is nu het verdere plan en dan leg je het ook aan hun uit. Van we gaan een katheterisatie doen en dat gaat zo en zo en dan weten aan de hand daarvan meer. Maar niet echt automatisch ik ga ook de familie bellen.

O: Want zijn er dingen die jou factoren die jou belemmeren in het geven van voorlichting aan de naasten van de patiënt?

G: Als ze er niet zijn?

O: Ja dat kan bijvoorbeeld?

G: Ja als ze er niet zijn dan weet ik het eigenlijk niet.

O: Ja ik bedoel vooral zijn er dingen waar jij tegen aanloopt? Stel jij voor je wil graag voorlichting geven aan de naasten van de patiënt, zijn er dan dingen waar je tegen aanloopt?

G: Ja als je echt als doel je hebt je wil de familie informeren omdat ze erg betrokken zijn of graag willen weten wat het beleid is. Dan bel je ze wel gewoon op en vertel je het verdere plan. Dan heb ik niet echt iets achter te houden.

O: En wat zou voor jou een meerwaarde zijn om familie meer te betrekken?

G: Ik weet niet goed hoe ik het moet zeggen. Eigenlijk ook dat de patiënt er niet alleen voor staat. De familie ook weet wat het inhoudt. En als de patiënt ongerust is of bang dat de familie ook gerust kunnen stellen.

O: Dus dat ze eigenlijk een extra steun hebben aan de familie?

G: Ja.

O: En merk je dat ook, hoe reageert familie als jij hun betrekt bij het geven van voorlichting?

G: Ja wel goed denk ik. Ze vinden het meestal wel fijn. Dankjewel zeggen ze dan.

O: Dan heb ik nog een vraag over het acuut coronair syndroom wordt best wel veel veroorzaakt door leefstijl van de patiënt, wat vraagt om een verandering in de leefstijl van de patiënt. Op welke manier besteed jij daar aandacht aan in de voorlichting die je aan de patiënt geeft?

G: Ja de risicofactoren bespreken. Bijvoorbeeld ongezond eten, roken. Dat dat wel meespeelt in het infarct. Sommige mensen kun je daar niet van afhalen. Dan is het ook de eigen keuze.

O: En zijn daarin dingen zijn er bepaalde methodes of richtlijnen hiervoor aanwezig die je kunt gebruiken?

G: Nee eigenlijk niet.

O: Of heb je zelf dingen die waarvan je zegt zo doe ik het altijd op die manier?

G: Met de risicofactoren?

O: Ja vooral om het gedrag van de patiënt te kunnen veranderen?

G: Weet ik eigenlijk niet hoe ik dat. Ik heb daar nog niet heel veel voorlichting over gegeven. Meestal wel over de onderzoeken maar dan komt dat niet echt ter sprake.

O: Dus dat je eigenlijk aangeeft het is niet dat ik daar echt bewust mee bezig ben?

G: Nee klopt

O: Oké. Dan zal ik het even kort samenvatten en dan mag jij daarna aanvullen of je nog dingen mist of dat ik nog dingen vergeten ben. Nou we hebben het gehad over de voorlichting over het acuut coronair syndroom. Daar hebben we verschillende dingen over besproken. Over de momenten waarop je voorlichting geeft aan de patiënt en daarbij ook de eenduidigheid in het geven van voorlichting door de verpleegkundigen hier op de afdeling. Daarnaast hebben we gekeken welke voorlichting geef je aan de patiënt. En maak je daarbij gebruik van verschillende hulpmiddelen zoals informatiefolders. We hebben kort besproken hoe je je voorlichting kunt afstemmen op de patiënt individueel. En we hebben ook gekeken op welke manier je de naaste van de patiënt kunt betrekken en we hebben het net even gehad over het veranderen van het gedrag van de patiënt. Heb je zelf nog aanvullingen of dingen die ik gemist heb of die je graag kwijt wilt.

G: Nee.

O: Nou dan wil ik je heel erg bedanken dat ik je mocht interviewen voor mijn onderzoek.

G: Graag gedaan.

O: Dan ontvang je via de mail nog een samenvatting hiervan.

G: Ja is goed.

Interview 2

O: Ik ben blij dat ik jou mag interviewen voor mijn onderzoek. Het doel van mijn onderzoek is dat ik inzicht wil verkrijgen in de voorlichting die verpleegkundigen geven aan patiënten over het acuut coronair syndroom en ook dat we kunnen kijken hoe we dat kunnen optimaliseren hier op de afdeling.

G: Oké.

O: En het interview zal ongeveer een half uur tot drie kwartier duren. De gegevens neem ik op aan de hand van audioapparatuur en die zou ik daarna uittypen. Maar de gegevens blijven wel vertrouwelijk dus alleen ik ben op de hoogte welke gegevens passen bij welke persoon die ik geïnterviewd heb. Dus dat zou je straks niet terug zien.

G: Oké.

O: Daarnaast zal ik aan het einde van het interview, een aantal dagen erna, een samenvatting sturen van wat we hebben besproken. Dan mag jij die doorlezen. Mochten daar dan dingen in staan waarvan je denkt nou die heb ik helemaal niet gezegd of er missen dingen of dit klopt niet. Dan heb je een week de tijd om dat te laten weten aan mij. Daarnaast heb je ten alle tijd het recht om te zeggen ik stop met het onderzoek, ik wil niet meer deelnemen ook al heb je daarvoor geen reden, die hoef je niet te benoemen.

G: Oké.

O: De toestemmingsformulieren hebben we ondertekend. Heb je zelf nog vragen naar aanleiding van wat ik verteld heb of de brief die ik je had toegestuurd?

G: Nee alles is duidelijk.

O: Fijn. Dan is mijn eerste vraag wat is jouw taak in het vormgeven van voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom?

G: Meestal eerst wat voor informatie ze allemaal hebben gehad überhaupt. Hebben ze het PID boekje gehad van de CCU is dan de vraag. Of ze nog een hartkatheterisatie gaan krijgen dan kan ik dat vaak wat koppelen met het infarct wat ze hebben doorgemaakt en de katheterisatie om een duidelijker beeld te schetsen. Daar geef ik informatiefolders van. Ik vraag ook vaak of ze het er met de fysio even over hebben over wat ze wel en niet mogen doen qua mobiliseren. Die vraag ik er dan extra bij. Ik neem alles door ligt er aan of ze met een STEMI of non-STEMI zijn opgenomen dus dan zijn behandelingen net iets anders.

O: Ja.

G: Sommige hebben wel een dotter gehad en sommige niet. Dus dan ligt het er net aan of het acuut was of niet.

O: Dus dan kijk je naar het traject passend bij de patiënt?

G: Ja ja net wat de patiënt heeft doorgemaakt en daar pas ik dan mijn informatie op aan. Vooral ook aan de hand van het PID boekje om daar meer uitleg over te geven en door de arts goed uit te laten leggen, dat het duidelijk is wat is er gebeurd? Hoe groot is het infarct en wat ga ik hierna doen? Wat was het nou precies zeg maar?

O: Ja, want je geeft aan het PID boekje wat houdt dat precies in?

G: Het PID boekje staat eigenlijk alles over het acuut coronair syndroom. Over de driekransslagaders welke er eventueel de vernauwing zat. Wat verholpen is, hoe groot het infarct was. Ook richtlijnen voor thuis zo uit mijn hoofd als ik het goed zeg. Waar ze op moeten letten en welke klachten. Vaak kunnen ze het ook meenemen naar de huisarts om te laten zien dit is er gebeurt, hier heb ik een infarct gehad en deze kransslagader. Ze vullen ook hoe groot de vernauwing was. Ook thuis een geheugensteuntje om te laten zien en terug te lezen. Er staat precies in over het infarct, ik weet het niet helemaal uit mijn hoofd. Volgens mij vooral dat.

O: Ja, nou ja je noemt al aardig wat. Wat is de werkwijze rondom dat PID boekje?

G: Ja iedere patiënt die met een acuut coronair syndroom wordt opgenomen, krijgt er eentje. En dat moet eigenlijk binnen 24 uur zijn ingevuld worden door de arts. Tenzij iemand een non-STEMI heeft gehad en dan is het na de hartkatheterisatie dat het wordt ingevuld. En mochten ze verder onderzoeken krijgen. Mocht iemand een dotter hebben gehad moeten ze weer invullen hoeveel stents er zijn geplaatst en welke. Dus eigenlijk moet het de eerste dag worden ingevuld. Officieel de CCU volgens mij.

O: En hoe verloopt dat hier op de afdeling met het invullen van het boekje?

G: Nou dat wordt volgens mij regelmatig vergeten. In ieder geval regelmatig krijg ik patiënten over van de CCU dat het niet is ingevuld. Dat dan eigenlijk de arts zegt dat hadden ze daar moeten doen. En ik denk dat het hier ook met regelmatig wordt vergeten. Dat mensen het boekje dan wegstoppen en dat het dan ja uit het actieplan wordt gehaald of staat het er maar op een dag in en wordt het niet meer doorgezet. En volgens mij wordt het dan soms maar voor de helft gegaan.

O: Ja maar het is dus als ik zo naar jouw luister is het iets wat mis gaat bij de CCU dat patiënten het niet ontvangen en wat misgaat hier op de afdeling?

G: Ja het wordt vaak niet ingevuld. Ik denk dat het best vaak dat ze het boekje wel krijgen maar dat het gewoon niet wordt ingevuld. Dat iedere arts of het voor zich uitschuift van dat doen we morgen wel. Dan komt de patiënt hier en dan wordt het een beetje vergeten en dan gaat iemand met ontslag en is de helft maar ingevuld. En sommige mensen zijn daar heel alert op en de wat ouderen patiënten die zijn daar wat minder mee bezig. En dan wordt het niet ingevuld.

O: Weet jij welke factoren jij noemde er net al een paar, maar die er voor kunnen zorgen dat dat PID boekje niet wordt ingevuld?

G: Ik denk door werkdrukte al gewoon, dat iemand snel met spoed binnenkomt. En dan eigenlijk wel goed opknapt en dan bijvoorbeeld ’s avonds binnenkomt en ’s ochtends overkomt naar ons. En dat dan in de visite is besproken en ik denk dat dan niet helemaal nog het boekje wordt meegenomen. En ik denk vanuit hier dat hun dat wel doen maar dat ook niet altijd is. Dus dat wij dat toch regelmatig afvinken en het dan uiteindelijk niet is gedaan. Dus ik denk dat we daar alert op moeten zijn om dat telkens bij iedere overname te vragen heeft u het PID boekje gehad en is het ingevuld. Want ik zei al de oudere patiënten onder ons zijn daar helemaal niet mee bezig dus dan wordt het niet ingevuld. Dat is zo zonde. Want er staat wel veel informatie in voor hun.

O: Dus eigenlijk met hun bedoel je dan de CCU dat niet heeft gedaan en dan als verbetering zou je dan zeggen dat we bij de opname. ja overname hier naar toe, dat er dan wordt gecontroleerd of de patiënt het heeft ontvangen en ingevuld?

G: Ja ik denk dat het heel vaak niet wordt gedaan als ik naar mezelf kijk, vergeet ik het ook weleens. Iemand komt laat binnen ja je verwelkomt hem. Maar op zich dan denk je niet zo heel snel meer aan dat boekje. Dat dat weer een andere taak is. Dus ik denk dat we onszelf daar meer bewust van moeten zijn van vraag even of het PID boekje is ingevuld. Anders voor de volgende dag opschrijven als vragen voor de arts.

O: Ja dus dat dat er echt ook genoteerd wordt in het dossier?

G: Ja dat het niet zomaar in het sjabloon maar op het voorblad zeggen van hé denk even aan dat PID boekje. Dat je dan meer kans hebt dat het wordt ingevuld.

O: En zijn er nog andere dingen die er daar rondom verbeterd kunnen worden volgens jou? Of is het vooral wat je net benoemt het controleren dat het boekje wordt ingevuld?

G: Ja ik denk vooral dat het controleren. Ja dat de regie bij de patiënt leggen. Ja tegen sommige patiënten kun je zeggen houd even in de gaten dat ze het morgen invullen en die zitten dan de volgende dag helemaal klaar met het boekje en die geven dat aan ons mee. Maar sommige patiënten doen dat natuurlijk niet en dan eigen regie is dan soms wel lastig soms. Als dat zou kunnen zou dat eigenlijk wel meer willen invoeren, dat ze het zelf ook in de gaten houden. Want het is natuurlijk ook hun informatie en zij hebben het boekje gehad. Maar ik denk dat we dat niet bij iedereen kunnen doen. Dus vooral bij opname of overname zou ik het gewoon extra aankaarten.

O: Dus als ik jou zo hoor dan ben je wel een voorstander van het eigen regie dan het bij de patiënt laten?

G: Ja ja.

O: En hoe zou je dat dan voor je zien als we het dan hebben over het PID boekje invullen?

G: Ja dan moet het denk ik toch ook meer in ons standaard opname verhaal komen denk ik. Met iemand met een ACS dat je standaard zegt: “Nou u hebt een boekje gehad zal ik het dan even doorlopen met de sjablonen. Zult u dan morgen aangeven dat ze dat moeten invullen?” Dan zou ik het toch stiekem ter extra handeling toch opschrijven om te checken of de patiënt het wel heeft gedaan. Ja maar ik zou wel meer eigen regie willen geven. Dat ze meer daarin zelfstandig zijn en niet alles door ons laten doen. Maar dan moet het wel in ons systeem zitten.

O: Dus dat is eigenlijk waar het moet beginnen en dan kan het verder uitgebreid worden?

G: Ja dat denk ik wel.

O: Ja en je noemde net als een soort van afspraak van de afdeling dat patiënten hier dan een PID boekje krijgen. Zijn er daarnaast nog andere afspraken hier op de afdeling rondom het geven van voorlichting?

G: Echt de folders die ze krijgen of waar we het moeten noteren?

O: Je mag het allemaal benoemen.

G: Het moet sowieso opgeschreven worden en bij voorlichting wat je geeft. Dat het altijd terug te zoeken is of de patiënt daar überhaupt voorlichting over heeft gehad. Voorlichtingsfolder die je geeft of ieder boekje, moet daarin vermeld worden. Ja en verder qua voorlichting rondom ACS het PID boekje en de hartkatheterisatie slash dotter waar we voorlichting over geven en de hartrevalidatie. Daar worden ze bijna allemaal standaard voor aangemeld. Dus dan geef ik die folder of mee of ik laat weten van op JBZ.nl kun je opzoeken voor de jongere generatie. Dus dat geef ik vooral aan voorlichting. En wat te doen bij klachten als de klachten opnieuw terugkomen. Ook voor in de thuissituatie wie ze kunnen bereiken om te bellen en wat ze krijgen aan medicatie

O: Verschillende dingen.

G: Ja.

O: En als we dan even kijken ik haal ze nu even los van elkaar. We beginnen bij het noteren van voorlichting. Want wat is daar dan precies de werkwijze in hier op de afdeling?

G: Je hebt tijdens iedere opname of overname moeten we sowieso de voorlichting noteren valt onder EPD dashboard. Elke voorlichting die je geeft moet je daarin noteren en ook of de patiënt de informatie heeft begrepen. Dat het op zich duidelijk is wat ze allemaal hebben gehad. Maar daar wordt het PID boekje ook heel vaak niet ingezet.

O: Ja dus dat is iets wat misgaat?

G: Ja dus in die voorlichting zou dat er eigenlijk bij moeten komen dat dat er standaard in zit.

O: Want hoe vind je dan over het algemeen dat die werkwijze, het noteren van de voorlichting, hier op de afdeling gaat?

G: Nog niet zo goed.

O: En waaraan zou dat kunnen liggen?

G: Ik merk veel mensen, het is een soort van dubbele handeling. Want je geeft een welkomstenvelop met de folder vallen erin maar je moet opschrijven ik heb de welkomstenvelop gegeven met de folder vallen erin met telemetrie bijvoorbeeld. Ik denk dat veel mensen het een dubbele handeling vinden. Eigenlijk kun je ervan uit gaan dat iedereen het gewoon geeft en heeft gehad. Maar het wordt gewoon niet opgeschreven. Dus ik ga er bij iedere opname wel vanuit dat ze allemaal die folders hebben gehad. Maar ik probeer mezelf er alert op te maken dat ik zelf nu wel in de voorlichting schrijf. Dat ik denk het hoort erbij het is JCI. Maar ik merkt toch ja dat heel veel nog niet doen. Omdat het gewoon niet in je routine zit.

O: Ja want wat zou voor jou een meerwaarde zijn om het wel te noteren?

G: Ja het zou een meerwaarde hebben als het echt om een folder van een hartkatheterisatie of een dotter gaat. Ik vind een folder vallen ik weet dat die in de welkomstenvelop zit. Ik vind dat niet echt een meerwaarde om op te schrijven welkomstenvelop en vallen. Maar ik vind het wel fijn om terug te lezen hij heeft wel informatie gehad over de procedure, wat ze gaan doen zeg maar.

O: Ja.

G: Maar ik vind dat we dat wel meer mogen opschrijven. En maar niet per se, wat minder de welkomstenveloppen hoeft voor mij niet.

O: Dus voor jou ligt de prioriteit vooral dan bij folders over de onderzoeken en behandelingen die afgestemd zijn op de patiënt, dan bij de welkomstenvelop die iedereen bij opname ontvangt?

G: Ja klinkt wel heel. Ja ik vind het belangrijk dat het PID boekje en katheterisatie en dotter in staat dat ik weet daar hebben ze duidelijk informatie over gehad. En ik ga ervanuit dat iedereen die welkomstenvelop wel gewoon uitlegt en dat iedereen dat gewoon doet. Dus dat vind ik dan iets minder belangrijk.

O: Ja duidelijk. En je gaf net even tussendoor aan dat dat voorlichting registeren een dubbele handeling is. Hoe bedoel je dat precies?

G: Een dubbele handeling net wat ik een beetje zeg ja vooral terugkomend op die welkomstenvelop. Omdat je weet iedereen geeft het gewoon en dat moet ik het nog een keer gaan opschrijven. Ik weet dat mijn collega’s het hebben gegeven en ik zie hem ook liggen maar ik moet het wel nog een keer gaan opschrijven. Ik moet het afvinken, ik moet het opschrijven en ik het moet het geven, dus dat vind ik een dubbele handeling.

O: Dus eigenlijk je geeft het aan de patiënt en daarnaast moet je het ook nog opschrijven dat je het hebt gegeven?

G: Ja en dan nog afvinken dat ik het heb gegeven. Vind ik dan best wel veel handelingen om een welkomstenvelop.

O: Ja, oké is goed. En hoe ervaar, op welke momenten geef jij voorlichting aan de patiënt?

G: Door de dag heen bedoel je?

O: Ja.

G: Vooral als ze nieuw op de afdeling zijn. Als sommige zijn helemaal nieuw met het ACS. Probeer ik daar na de zorg vaak op te komen. ’s Ochtends heeft u nog pijn gehad, nog last met mobiliseren of in rust. Dan probeer ik na de zorg ook wat meer heeft u informatie gehad heeft u nog vragen voor de arts. Ja hoe was de hartkatheterisatie gegaan. Gewoon samen even te zitten als het wat rustiger moment is zeg maar. Dan probeer ik meer uitleg te geven. Ook bij ontslag duidelijk met familie te benoemen, wat te doen. Met tweeën hoor je meer dan alleen. Extra benoemen mochten de klachten terugkomen daaraan ook de medicatie koppelen, zeg maar. Vooral een rustig moment zoeken als het er is.

O: Ja want hoe vul je dat rustige moment in?

G: Ja het ligt er heel erg aan de dag natuurlijk. Want soms heb je minder zorgzwaarte op de afdeling en heb je meer tijd om met de patiënt te gaan zitten. Maar ik vind dat je er wel tijd voor moet maken want het is voor mensen natuurlijk niet niks die een infarct hebben doorgemaakt of nog een behandeling krijgen qua dotter of hartkatheterisatie. En als we daar geen informatie over geven, krijg je juist een meer gestreste patiënt. Die daardoor pijn op de borst klachten kan krijgen. Dus ik probeer het toch altijd in de ochtend al is het na de visite of rond een uurtje of elf er tijd voor te nemen. Om extra uitleg te geven.

O: Ja en wat helpt jou dan om daarvoor tijd te maken? Hoe kun jij tijd maken voor de patiënt?

G: Ja ik maak in mijn hoofd heb ik altijd een planning en probeer ik zoveel mogelijk aan te houden. Dat vind ik als ik de eerste dag kom werken altijd moeilijk. Maar naar een paar dagen, meestal werk ik wel een paar dagen achter elkaar. Dan ken je je patiënten beter. Dus als er iemand nieuws komt ik heb zo wel tijd daar en daarvoor. Dus ik probeer het dan een beetje te bundelen. Maar soms loopt je planning in de soep en dan lukt het niet. Dus dan moet ik het in de middag proberen om ervoor te gaan zitten. Maar dat hangt echt heel erg af van de dag. Hoe hectisch is het hoeveel zorgzwaarte is er.

O: Ja.

G: Het valt niet altijd mee om echt een goed moment of er rustig bij te gaan zitten. Ik kan er niet altijd rustig bijzitten.

O: Nee.

G: En neem ik het gewoon staand door. Ik probeer wel rustig over te komen en niet te laten zien dat ik het druk heb zeg maar. Já het ligt ook aan de patiënt. De ene begrijpt het meteen van oh ik snap het en sommige hebben toch meer angst en daar moet je dan wel wat langer bij zitten. Maar daar moet gewoon tijd voor worden gemaakt.

O: En hoe zou de afdeling jou daarbij kunnen helpen om die tijd te maken?

G: Ik denk dat je elkaar daarin toch meer moet ondersteunen. Ik vind dat we elkaar toch goed helpen hoor. Maar dat je kunt doen van hé als er een bel gaat, zou jij die even kunnen lopen. Weet je dat je net even die paar minuten extra hebt. Want je zult altijd zien dat tijdens je gesprek net een bel gaat. Dus ik denk dat je daarin kan terugvallen op je collega’s, van “houd je het even mee in de gaten, ik ben tien minuutjes in gesprek met iemand.” Ja ik denk dat je ’s ochtends gewoon samen even moet kijken wie heeft de meeste zorg en wie niet. En wie kunnen elkaar daarin helpen. Dat je dan al een heel eindje moet komen.

O: Dat je in de ochtend de zorg verdeelt en de patiënten?

G: Ja dat je weet oh de zorgzwaarte is wel gewoon gelijk verdeeld. Dus op zich zou iedereen wel gewoon aan zijn punten en dingen toe moeten komen.

O: Oké. En je gaf net al wat aan over je andere collega’s. Maar hoe ervaar jij eenduidigheid in het geven van voorlichting hierop de afdeling bij de verpleegkundigen onderling?

G: Ja ik denk dat iedereen wel gewoon gebruik maakt van alle folders en voorlichtingsboekjes. Dus dat we daar op zich wel op een lijn zitten. Ja ik denk naar mijn idee zitten we bij voorlichting wel op een lijn en dat we allemaal wel hetzelfde vertellen. We leggen het aan de hand van voorbeelden uit. Ja en dat je op een gegeven moment over thuis eerst hun verhaal aan hoort en daarna daar op inspeelt van dit zou je de volgende keer zus en zo kunnen doen. Bij die situatie het anders kunnen doen. En ook om het voorlichten over roken, alcoholgebruik, ik denk dat het daar op zich wel hetzelfde in gaat. Dat we daar wel een beetje een lijn in trekken.

O: En dan heb je het alleen over de inhoud van de voorlichting. Of zijn er ook buiten de inhoud van de voorlichting ook dingen die niet op een lijn zitten?

G: Qua ACS. Ja je bedoelt over de voorlichting?

O: Ja.

G: Goede vraag. Ik denk dat we op zich wel op een lijn zitten. Het wordt dan niet altijd geregistreerd. En soms dan door de werkdruk dan mogen ze plotseling ergens naar toe voor bijvoorbeeld een onderzoek. En dan wordt het altijd al wel eens vergeten in ieder geval geen tijd voor om er informatie over te geven. Maar ik denk dat er verder qua voorlichting we wel op een lijn zitten. Denk ik.

O: Ja en je gaf net ook even tussen de regels door aan dat je bijvoorbeeld bij patiënten kijkt dat die rookt dat je daar voorlichting over geeft. Hoe stem jij je voorlichting af op de individuele patiënt?

G: Ja ik lees eerst goed ook de anamnese door. Van hoe is iemand hier gekomen, welke klachten, was het al langer, rookt iemand? Ja gebruikt iemand veel drugs of alcohol of bekend met obesitas? Dan probeer ik wel een beetje te kijken van oh ja wat voor patiënt is het wat voor casus is het. Moet ik extra voorlichting nog geven? En dan per patiënt of als iemand bijvoorbeeld veel rookt wil je wel advies geven om te stoppen en hoe die patiënt er ook in staat. Maar als je iemand hebt die altijd fietst en eigenlijk nooit klachten heeft gehad en dan binnenkomt, heb je hele andere voorlichting denk ik. Ja meer over het ziektebeeld en anders heb je het ook over de zaken erom heen, waardoor heeft u dit nou gehad.

O: En wat helpt jou om goed die voorlichting af te stemmen op de individuele patiënt?

G: Door goed met de patiënt te praten en door goed de anamnese en de naslag van de arts te lezen. Want dat ik een beetje een beeld krijg, maar het meeste haal je toch uit de patiënt. Die vertellen meteen hun levensverhaal. Dus daar haal je het meeste uit. Door per situatie te kijken, waar kan ik extra informatie geven en wat missen ze. Ja per patiënt verschillend. Dus elke keer weer een nieuwe uitdaging.

O: Dus als ik het goed begrijp breng je vooraf in kaart door met de patiënt in gesprek te gaan en naar de anamnese te kijken welke informatiebehoefte de patiënt heeft.

G: Ja ik lees vaak van tevoren wat in en dan ga ik gewoon even in mijn gesprek gewoon navragen bij de patiënt. En die vertellen uiteindelijk toch wel hoe en wat en hoe het precies thuis is. Dus dan heb ik er weer een beter beeld van. Dus dan kom ik er, meestal benoem ik van hoe staat u tegenover stoppen met roken en dat we daar dan ook bijvoorbeeld hulpmiddelen bij hebben. Dan probeer ik daar weer op in te gaan. Bijvoorbeeld ook met de patiënt en arts te bespreken waarom dat zo belangrijk is als voorbeeld.

O: En zijn er dan ook dingen die jou belemmeren in het afstemmen van de voorlichting op de individuele patiënt?

G: Ik vind het altijd best wel lastig, ja ook om die voorlichting te geven. Bijvoorbeeld het roken als voorbeeld. Best wel lastig als mensen zeggen dit doe ik gewoon en het maakt mij niet uit, ja dan gaan mijn vaten dicht zitten. Ja dat vind ik best wel lastig om daar dan door heen te breken en dan goed je voorlichting daar op af te stemmen. Want je hebt meteen een weerwoord.

O: Ja

G: Ja en als iemand er niet voor openstaat is het best wel moeilijk om daar voorlichting over te geven. Dus dat ik dat wel lastig vind. Dat je dat ook probeert te bespreken in de visite van dat de dokter misschien kunnen we daar dan iets in, als we dat samen nog eens benoemen. Wat vindt familie ervan als we die eens vragen wat de partner ervan vindt. Ik vind het op een gegeven moment wel lastig als iemand heel strijdig blijft zeggen ik blijf gewoon roken. Op een gegeven moment denk ik dan ja ik heb veel informatie gegeven. Iedereen heeft benoemd wat de risico’s zijn, hoe en wat de gevolgen en zo. Dus dan vind ik het wel lastig, ik wil eigenlijk de informatie vaker blijven herhalen. Maar dat heeft soms gewoon geen nut geen effect. Dat vind ik het wel lastig om die informatie niet meer te geven.

O: Ja, Ja.

G: Ja dus daar loop ik wel tegenaan.

O: Ja dus eigenlijk dan een stukje van dat je gedrag van de patiënt niet kan veranderen? Of dat de patiënt niet openstaat om zijn gedrag te veranderen?

G: Ja dat vind ik wel moeilijk om daar mijn voorlichting om aan te passen. Maar als ik weet een paar collega’s hebben het al over gehad, hebben het al geprobeerd. Dan vind ik het wel lastig om daar ook mijn voorlichting echt goed op aan te passen en ze zo op een andere denkwijze, een andere manier van denken te geven.

O: Want zijn er dan bepaalde methodes of richtlijnen die jij kent of die jij kan gebruiken om in te spelen op dat gedrag van de patiënt?

G: Ik vind sowieso altijd een open houding belangrijk en aanhoren waarom de patiënt bijvoorbeeld dat doen zeg maar. Ik wil niet meteen aanvallend zijn, iemand beschuldigen. Omdat u rookt, heeft u dit en dit. Natuurlijk dat hoeft helemaal niet per se te zijn. Dus ik wil wel gewoon de keuze bij de patiënt laten. Want iedereen, in ieder geval, is bekwaam om dat zelf te beslissen. Dan vind ik ook niet dat ik daarin continu door moet gaan in mijn voorlichting zeg maar.

O: Ja

G: Als iemand zegt ik wil gewoon blijven roken punt en dit is het ook. Op een gegeven moment is het dan ook goed om dat dan te accepteren. Maar ik denk dat het wel belangrijk is om het verhaal van de patiënt te horen en niet iemand alleen maar ergens toe te dwingen van nou u moet stoppen met roken. Dat werkt echt averechts. Dus daar heeft geen effect bij de patiënt in ieder geval.

O: Ja en wat bepaalt dan het moment dat je denkt nu is het genoeg?

G: Ja als iemand echt meermaals zegt van ik ga gewoon niet stoppen. Dit is gewoon mijn ding mijn leven. Sommige mensen zeggen dit is mijn alles wat ik nog heb. Of die echt al wat ouder zijn, hoogbejaarden patiënten. Die mensen zeggen dit is alles wat ik heb. En als ook gewoon zie dat er verandering in de mimiek wat zegt dit is het gewoon niet. Klaar ik ga niet stoppen met roken. Dan denk ik oké prima, dan weet ik ook gewoon dit gaat het niet worden. Dan moet ik het ook gewoon laten rusten, ik wil niet iemand echt geagiteerd maken zeg maar. Ik wil geen discussie. Nou ja discussie kan altijd wel, maar ik wil geen confrontatie uitlokken zeg maar.

O: Ja.

G: Dus dan weet ik wel gewoon oké hier moet ik het gewoon bij laten ik heb mijn ding gedaan.

O: Dit is de grens?

G: Ja.

O: Oké duidelijk. En je gaf net al eerder aan soms betrek familie erbij. Op welke manier betrek jij familie bij het geven van voorlichting en dan over het acuut coronair syndroom?

G: Vooral ook vaak bij partners, die worden vaak vergeten. Bij hun is het vaak alleen maar heftiger om te zien dat je partner dan zoveel pijn heeft gehad. En dan van de een op de ander hier naar toe wordt gebracht en gedotterd wordt. En vaak wordt veel naar de patiënt gekeken en de partner staan er dan langs en die zijn heel vaak bang van oh als die een stap zet ligt die dadelijk neer, dan heeft die meteen pijn. Dus ik denk dat het heel belangrijk is om hun dan ook mee te nemen in die voorlichting. Van hé met mobiliseren wat mag, de meeste partners denken hij mag alleen maar op de stoel zitten, mag net naar de wc lopen en weer terug. Dus ik denk dat we daar elkaar wat meer moeten meenemen. Niet alleen naar de patiënt kijken, want meestal is het voor degene die er langs staat heftiger.

O: Ja.

G: Dus dat we vooral kijken hoe thuis, weet je wel. Hoe gaat u het thuis doen, ziet u het zelf voor u? Weet u wat u moet doen als er iets is? Meestal hebben ze van tevoren goed gehandeld en is iedereen best wel op de hoogte van de symptomen van een ACS. Mensen reageren er wel adequaat op. Ik denk ook wel het emotionele stuk. Ook met de hartrevalidatie dat partners een keer een dagje mee kunnen komen. Om te kijken van hé wat kun je eigenlijk al. Sommige patiënten kunnen fietsen een kwartier, terwijl partners denken je moet gewoon zitten en je mag niet dit of dat.

O: Ja.

G: Ik denk dat we daarin hen wel meer mee moeten nemen, de familie. En ook bijvoorbeeld als ze kinderen hebben als ze wat ouder zijn.

O: Want hoe is dat dan hoe dat nu op de afdeling gaat?

G: Ja ik denk dat nu toch vaak wel de voorlichting op de patiënt is gericht ja wordt gegeven. Dat de partner er bijstaat bij het ontslaggesprek, maar niet vaak bij onze gesprekken van was het nou duidelijk. Hoe denkt u dat het thuis gaat. Dus dat we daarin de familie is vaak pas later op de dag op de afdeling. Dan ben jij met je ding bezig en dan kom je er heel vaak niet op terug. Dus ik denk dat we daar wel meer alert op moeten zijn, dat we de partner meer mee moeten nemen?

O: Ja.

G: Dus dat je dan vaak terug hoort van ik vond het zelf wel heel heftig. Dat dat een beetje vergeten wordt en ook die mogelijkheid te bieden van u kunt gewoon mee naar de hartrevalidatie, mee naar het gesprek. Om ook hun wat te laten doen. Ik denk dat dat wel het ding is op de afdeling om extra aandacht aan te geven.

O: Ja en hoe zouden we dat volgens jou dan kunnen aanpakken om die partners er meer bij te betrekken?

G: Ik denk ook gewoon tijdens de opname ze vaak wel of hun, of overname, hun partner erbij. Dus dat we eigenlijk de volgende dag ook even met de patiënt heeft u de informatie gehad en heeft de partner informatie gehad. Meestal zijn hun er iedere dag wel. Maar daar moeten we gewoon wat meer alert op zijn. Maar omdat goed in te passen is best wel lastig. Als je dan vraagt hoe kunnen we dat aanpassen op de afdeling.

O: Ja.

G: Vind ik best wel lastig om zo een twee drie meteen een idee.

O: En wat maakt dat dan lastig?

G: Nou je ziet zoveel visite. Je kunt niet helemaal controleren, of je moet weer dubbele handelingen doen van ik heb partner en meneer gesproken over het voorlichten. Dat ik dan denk ik wil er niet per se een dubbele handeling aan gaan koppelen. Dus ik moet het eigenlijk meer vanzelfsprekend worden. Misschien doen sommige collega’s het altijd standaard met de partner erbij. Dat durf ik niet te zeggen. Dat is wel een goede om over na te denken hoe we dat meer de partners er bij kunnen betrekken.

O: Ja.

G: Ja ik denk vooral sowieso tijdens het ontslaggesprek, maar dat wordt vaak al gedaan. Misschien met opname iets meer, na enkele dagen zeg maar. Als ze met de fysio gaan lopen en dan kijken van hoe gaat het nu en wat kan die. Wat kan mijn man en vrouw eigenlijk al?

O: Ja dus dan eigenlijk een soort tussenevaluatie.

G: Ja even een kort momentje van nou hij is nu drie dagen hier. Hij is met de fysio aan het lopen en mag bijvoorbeeld morgen naar huis. Dus dat we dan gewoon even kort samen gaan zitten. Sommige partners vragen er zelf om, maar sommige ook niet. Dus daar is denk ik wel nog wat winst te behalen.

O: Goed dat je dat aangeeft. Dan we hadden het net al even gehad over informatiefolders, verschillende dingen die gebruikt worden. Maak jij in het geven voorlichting gebruik in het geven van visuele voorlichting?

G: Ja dat ik dingen laat zien zeg maar?

O: Ja echt met plaatjes bijvoorbeeld of video’s?

G: Ja ligt er aan sommige patiënten ja dan pak ik het PID boekje erbij en zeg ik deze vaten, als het goed is ingevuld, welk vat dient voor de voorwand en achterwand. En verder eigenlijk vooral bij mensen die een openhartoperatie, daar is het dan weer meer dat ik echt met het boekje erbij ga zitten en zeg van zus en zo gaat het zeg maar. Bij de ACS niet altijd eigenlijk. Ligt er ook aan ook weer de leeftijd van de patiënt. Vaak de wat jongere patiënten, die zoeken bijvoorbeeld zelf al een plaatje op en hebben er al een verbeelding bij. En de wat oudere patiënten o ja prima en dan een beetje van oh goh ik weet eigenlijk helemaal niet waar ze het over heeft.

O: Ja.

G: Dus dan zoek ik er wel iets meer bij om het te laten zien, van hé dit is wat minder. Bij de jongere patiënten over het algemeen die zoeken zelf al meer op en die zijn ook meer met dat PID boekje bezig. Dus die hebben wat minder visuele dingen nodig.

O: En hoe kijk jij aan tegen het gebruik van visuele voorlichting?

G: Ja wel goed eigenlijk. Ik vind dat het eigenlijk wel meer zou moeten worden gedaan. Dan zien mensen het op beeld nu hoor je het alleen maar bijvoorbeeld. Als ik iets uitleg denken ze van o ja prima drie kransslagaders. Maar het is fijner als je het ziet. Dat mensen zien van oh zo zit dat zo ziet mijn hart er eigenlijk uit. Mensen hebben soms geen idee hoe dat eigenlijk precies zit. Dus ik denk dat dat wel extra hoe moet ik het zeggen wel mooi meegenomen is bij je voorlichting. Dat het wel extra informatie is dan dat je het alleen zo vertelt.

O: Ja dus dat het aansluit bij de mondelinge informatie die je hebt gegeven?

G: Ja.

O: Hoe zie jij voor je hoe we dat op de afdeling zouden kunnen vormgeven?

G: We zouden eigenlijk hele simpele blaadjes moeten hebben. Er hangt natuurlijk al op de afdeling wel wat en we hebben ook wel een hart op de afdeling. Maar eigenlijk zou je gewoon hele simpele Jip en Janneke taal voorlichting moeten hebben. Of dat je een bepaald mapje dat iemand dat gewoon zelf van lees dit een door, heb je nog vragen. Dat je dat gewoon heel simpel hebt opgeschreven. Want nu is het vaak best wel medisch en verpleegkundige termen. Dan zie je mensen best dwalen zeg maar.

O: Ja.

G: Ik denk dat we gewoon hele simpele basis plaatjes moeten hebben. Van hoe ziet een stent eruit. Wat er gebeurt er precies, dat we een plaatje hebben van een hartkatheterisatie of een drukmeting. Maar gewoon heel simpel. Ik denk dat we soms ook wel te moeilijk is. Of lastig omschreven is.

O: Ja dat dat echt passend is bij het niveau van de patiënt?

G: Ja voor ons is het natuurlijk begrijpelijk. Maar stel ik zou niet in de zorg werken dan zou ik ook denken van oké prima. Geen idee, dan zou ik het ook juist fijn vinden om hele simpele plaatjes te hebben. Die voor iedereen te begrijpen zijn.

O: Ja want je zei net van als je niet in de zorg werkt heb je misschien geen idee. Is dat ook iets wat je van de patiënten terug hoort?

G: Nou ja, De jongere generatie zoekt veel meer op en die weten ook vaak wel beter waar je het over hebt. Die hebben het dan vaak al eens gehoord van die en die heeft ook een infarct gehad. Maar je hoort weleens terug dat mensen zeggen jaja ik weet het niet. Het is ook wel bij iedereen wel bekend pijn op de borst, pijn in de arm dit zijn de symptomen. Maar wat er dan precies gebeurt, zeg maar dat is bij heel veel mensen niet bekend. Dus ik denk dat we het globaal allemaal wel weten. We weten dat roken, drinken, vet eten, overgewicht niet goed is. Maar wat dan daadwerkelijk voor je hart doet ik denk dat heel veel mensen dat niet weten. En dat hoor je dan ook wel terug van ja ik wist eigenlijk niet dat het zo slecht was. Dat mijn vaten er dan zo slecht uit zien, daar schrikken ze dan ook wel van.

O: Ja.

G: Dat je daarin dan dat ze die informatie wel missen en dat je daar voorlichting over moet geven. Vooral globale kennis denk ik dat mensen hebben.

O: Ja en dat is dat toets je dan ook bij de patiënt?

G: Ja ik vraag meestal wel na bij de patiënt van weet u een beetje wat er is gebeurt, wat u heeft gehad en hoe het zit? Ben u er bekend mee en dan zeggen ze meestal de buurvrouw die heeft het ook weleens gehad. Maar eigenlijk als je echt specifiek gaat vragen kunnen ze niet weten ze vaak niet helemaal wat er precies aan de hand is. Dan hoor je dat na de hand terug.

O: Hoe pak je dat dan op als de patiënt dat aangeeft?

G: Ja dat je de patiënt daar ook echt een momentje voor pakt en even de tijd ervoor vrij maakt. En eigenlijk hoeveel weet u wel en hoeveel weet u niet zeg maar. En dat ik dan ook foto’s of iets moet meenemen, iets van beeldmateriaal. Om het extra duidelijk te maken. Om meer te visualiseren. Dus dat is per patiënt verschillend. Sommige snappen het wel als je het goed uitlegt kunnen ze het later navertellen wat er aan de hand is. En sommige gewoon iets minder goed. Dat is echt verschillend.

O: Dan stem je het eigenlijk af op de individuele patiënt zoals we net hebben besproken?

G: Ja.

O: Ik heb al mijn vragen gehad en wil het nog even samenvatten. Maar ik weet niet of jij vooraf dingen hebt dat je zegt rondom voorlichting dat wil ik echt nog kwijt?

G: Nee volgens mij wel duidelijk ja.

O: Fijn, dan zal ik het even samenvatten. We hebben het over verschillende dingen gehad. We hebben het over de werkwijze rondom voorlichting gehad hier op de afdeling. Over het gebruik van het PID boekje en dat je ook aangeeft dat die werkwijze wel verbeterd kan worden rondom dat het boekje wordt ingevuld. We hebben het gehad over het registeren van voorlichting, dat dat op de afdeling soms nog niet door iedereen gebeurt. We hebben het gehad over het tijd vrij maken voor voorlichting en hoe je dat kunt invullen. En we hebben het gehad over hoe we de voorlichting kunnen afstemmen op de individuele patiënt en wat voor jou daarin bruikbaar is. En we hebben het gehad over hoe je familie kan betrekken bij het geven van voorlichting. En net als laatste hebben we het nog even gehad over visuele voorlichting en wat voor jou daarin helpend zou zijn. Bijvoorbeeld het gebruik van makkelijke of simpele plaatjes hier op de afdeling bij het geven van voorlichting. Heb je dingen gemist?

G: Nee volgens mij niet. Volgens mij hebben we alles best wel door genomen.

O: Fijn, dan wil ik je heel erg bedanken voor het interview en dan ontvang je van mij nog een samenvatting.

Interview 3

O: Heel fijn dat ik jou mag interviewen voor mijn onderzoek. Het doel van mijn onderzoek is dat ik inzicht wil verkrijgen in hoe verpleegkundigen voorlichting geven aan patiënten over het acuut coronair syndroom en ook kijken hoe we dat kunnen optimaliseren op de afdeling Cardiologie. Het interview zal ongeveer 30-45 minuten duren. De gegevens neem ik op aan de hand van audioapparatuur. Die ga ik dan uittypen en die gegevens blijven anoniem. Dus alleen ik ben op de hoogte welke gegevens bij welke persoon horen. Voor de rest krijg jij na afloop van mij, als ik alles heb uitgetypt, een samenvatting van het interview. Dan heb jij een week de tijd om te reageren of de gegevens kloppen of onjuist zijn.

G: Ja.

O: Daarnaast heb je de informatiebrief gehad en heb je het toestemmingsformulier ondertekend. Heb je zelf op dit moment vragen?

G: Nee ik denk het niet.

O: Dan wil ik beginnen met mijn eerste vraag. Dat is wat is jouw taak als verpleegkundige in het vormgeven van voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom?

G: Nou ik ben student dus bij mij staat er altijd nog wel iemand die de eindverantwoording heeft. Maar ik vind dat mijn verantwoording is om de kennis die ik heb over te dragen aan de patiënt. Zodat die ook goed voorbereid is in ieder geval goed geïnformeerd over het ziektebeeld wat die heeft zeg maar. Goede voorlichting vind ik heel belangrijk. Omdat degene dan ook hoe moet ik dat zeggen, op de hoogte is van de stand van zaken. Ik denk dat mijn taak daarin is om ook de juiste materialen aan te bieden. Dus de materialen die er zijn ook aan te bieden aan de patiënt.

O: Ja en je begon net allereerst met mijn kennis overdragen aan de patiënt, wat voor kennis draag je dan over aan de patiënt?

G: Nou ik zal het wel overdragen in een makkelijke taal zeg maar. Dus niet in al te medische termen. Wil je echt specifiek weten wat ik dan zou vertellen aan de patiënt?

O: Ja.

G: Nou het ligt er een beetje aan wat iemand heeft. Wat iemand heeft doormaakt, of het echt een STEMI, non-STEMI of instabiele angina pectoris. Maar ik zou dan vertellen als dat is onderzocht wat de oorzaak dan ook is. Als dat nog niet zeker is, zal ik vertellen welke oorzaken mogelijk kunnen zijn zeg maar. Ik geef meestal ook wel een beetje de uitleg in een schematisch beeld. Ik teken het niet echt, maar ik leg wel altijd uit waar zit de vernauwing dan. Eigenlijk wel gericht op de patiënt hoe het probleem nu dan ook echt is. Vooral gericht op hoe nu verder. Dus wat hebben ze al gedaan hieraan, voorbeeld een dotter behandeling of iets dergelijks. Of wat gaan ze nog doen, wat willen ze doen.

O: Dus eigenlijk geef je een stukje algemene uitleg over het ziektebeeld met de oorzaken, onderzoeken en behandelingen en daarnaast ook wat het vervolgtraject is als de patiënt met ontslag gaat?

G: Ja.

O: Ja heb je, op welk moment geef jij die voorlichting aan de patiënt?

G: Als een patiënt binnenkomt met deze klachten doe ik het eigenlijk al bij een opnamegesprek. Maar als ik een patiënt niet heb ontvangen maar later in het stadium zie, vraag ik meestal ook wel aan de patiënt en peil ik even hoe ver die al is voorgelicht. En als het goed is geregistreerd kan ik het ook terughalen, maar dat gebeurt niet altijd. En anders soms stellen patiënten zelf ook vragen, dus dan geef ik op dat moment meer uitleg. En ik geef sowieso nog voorlichting als die man nog voor een behandeling gaat. Als die bijvoorbeeld nog een PCI gaat krijgen, dan geef ik van tevoren ook informatie. En gedurende dag als het niet per se op dat moment niet iets verandert in het beleid. Maar ik probeer ook altijd wel als mensen medicatie krijgen, wegens ACS. Dat is nog helemaal nieuw voor diegene dat ik dan ook uitleg wat voor werking die medicatie heeft. Dus eigenlijk speelt het wel de hele dag. Alleen is het wel per situatie afhankelijk op welk moment je het dan geeft.

O: Ja, dus eigenlijk doe je de voorlichting op verschillende momenten en bepaalt de situatie van de patiënt welke voorlichting je op dat moment geeft?

G: Ja.

O: En hoe ervaar je daarin eenduidigheid in het team over die vaste momenten van voorlichting?

G: Ja dat vind ik lastig te zeggen. Je ziet natuurlijk niet altijd hoe een ander het doet. Ik denk en ik ga ervan uit dat ze wel voor een echte behandeling wel allemaal voorlichting geven op dat moment. En waarschijnlijk al wel eerder want zoon behandeling staat al gepland, dus dan verwacht ik wel dat ze eerder ook al de voorlichting geven over de behandeling. Maar hoe ze op welk moment ze echt de algemene voorlichting geven heb ik eigenlijk geen inzicht in, hoe anderen dat doen.

O: Ja. En jij zegt voor het onderzoek geven ze voorlichting eerder meestal dan het onderzoek plaatsvindt. Is daar een bepaald tijdbestek in? Op welk moment zou je de voorlichting geven?

G: Volgens mij zijn daar geen vaste afspraken voor. Ik zou het een beetje afhankelijk van de situatie ervoor kiezen. Bijvoorbeeld als er familie bij is om het dan eigenlijk te doen. Omdat er dan ook meer oren mee luisteren en voor hun is het ook belangrijk. En dan kunnen ze het er daarna nog eens met elkaar over hebben. En qua tijdsbestek zou ik het als het bekend is wanneer die het gaat krijgen, zou ik het al eens een keer bespreken met de patiënt. En dan mogelijk te zijner tijd als het bijvoorbeeld een aantal dagen, tegen die tijd, bijvoorbeeld een dag van tevoren nog een keer vragen van weet je nog wat het allemaal inhoudt. Of heb je nog vragen, want dan kun je daar nog een aanvulling op geven.

O: Ja en hoe merk je dat dat door de verpleegkundigen wordt gedaan? Hoe echt die uitvoering daarvan is?

G: Ja ik denk dat ik daar weinig inzicht op heb. Omdat ik dat natuurlijk niet altijd zie, hoe collega’s het doen. Het wordt in ieder geval niet altijd geregistreerd, dat is wel sowieso een probleem. En dan is het natuurlijk ook lastig om terug te halen is de voorlichting nou al wel gegeven of niet.

O: Ja. Want wat is de werkwijze in het registeren van de voorlichting?

G: Het registeren moet gedaan worden in HIX. In het elektronisch patiëntendossier onder het kopje voorlichting. Daarbij schrijft degene die de voorlichting geeft op welke voorlichting die die heeft gegeven. En bijvoorbeeld welke folders die heeft gebruikt, dat kun je dan toevoegen. En zo kan iedereen zien, alle verpleegkundigen heel het team. Kan dan ook terugzien welke voorlichting heeft diegene al gehad en welke moet die nog krijgen. Maar als er iets niet geregistreerd wordt, wordt het natuurlijk onduidelijk of de patiënt het al heeft gehad. Dan zou je het aan de patiënt zelf kunnen vragen. Maar het moet officieel wel geregistreerd worden.

O: Ja je gaf net aan het begin aan dat dat niet altijd gebeurt. Waar zou dat dat aan kunnen volgens jou?

G: Ik denk ook niet dat iedereen ervan op de hoogte is en dan vooral denk ik studenten die bijvoorbeeld nieuw zijn in het ziekenhuis. Want het is wel een algemene regel in het ziekenhuis, dus op andere afdeling is het al bekend. Of ook nieuwe collega’s die ook het niet weten. Maar als het eenmaal verteld is, is het natuurlijk iets makkelijks om te onthouden. Maar ik denk het ook wel, misschien een gebrek aan tijd. Want je wil die patiënt voorlichting gaan geven, je print een foldertje uit, je gaat naar de patiënt. Dan kan het ook zijn dat je door drukte vergeet om het te registreren. En verder ja wat zou er nog een reden kunnen zijn. Ja zou er nog een andere reden zijn? Ik denk dat dat wel de voornaamste redenen zijn. Ik denk vooral de tijd die iemand er voor heeft en ook ervoor wil nemen.

O: Ja. Want wat zou volgens jou helpend zijn voor de verpleegkundigen van de afdeling om het wel te registeren?

G: “lange stilte” Ja, mogelijk een herinnering eraan. Het is volgens mij ook geen puntje in het activiteitenplan in het sjabloon. Er is wel een puntje ga na of de gegeven informatie begrepen is. Misschien daarachter ook zetten van ook registreren, de gegeven informatie. Ja kijk werkdruk speelt altijd, speelt nu dan ook een rol. Maar hoever je daarin iets kunt, ja je kunt denk ik niet nu al zeggen geef mensen meer tijd want dan doen ze het wel. Ik denk dat daar meer onderzoek voor nodig is.

O: Ja. Want hoe is volgens jou de relatie van de werkdruk in combinatie met het geven van voorlichting op de afdeling?

G: Nou ik denk dat dat echt wel van invloed is. Dat merk ik zelf ook als je nou vandaag bijvoorbeeld een drukke dag hebt gehad, dan heb je minder tijd om echt veel aandacht te besteden aan de patiënt. Dan valt zoon voorlichting wel gauw in het niet. Dan ben je sneller geneigd, dat merk ik ook wel van andere collega’s, om even een folder te geven of een boekje van lees het zelf maar door en als er vragen zijn hoor ik het graag. Terwijl mensen denk ik ook heel veel hebben aan het gewoon eventjes persoonlijk doorspreken. En dat ze daarna als aanvulling op papier hebben om het nog eens na te lezen. En als ze dan nog vragen hebben, dan terecht kunnen bij iemand. Maar ik denk dat de mondelinge uitleg wel nodig is.

O: Bij die folders dan bedoel je?

G: Ja.

O: Hoe merk je dat de patiënt daarop reageert?

G: Nou ik merk als je een foldertje geeft dat mensen heel vaak ook geen vragen meer stellen daarna. En dan vraag ik me achteraf af zijn er ook geen vragen? Dan weet je eigenlijk niet of de patiënt de informatie wel begrepen heeft die in de folder staat. Als je er nog eens navraagt of er mondelinge op terugkomt, kun je dat bevestigen.

O: Dus eigenlijk zeg je die folder alleen geven, dan mis je dus de stap van het controleren of de patiënt de informatie begrepen heeft?

G: Ja dat denk ik wel.

O: Wat zou daarin kunnen helpen voor verpleegkundigen?

G: Om het wel te doen? Om het mondeling?

O: Ja en ook in combinatie met die tijd.

G: “lange stilte” Ja dat is een hele moeilijke vraag. Ja het antwoord zou makkelijk zijn als ik zeg geef ze meer tijd, want dan hebben ze ook meer tijd om eventjes te gaan zitten bij de patiënt. Maar ik denk ook dat er wel een stukje bij de verpleegkundigen zelf ligt. Want er zijn ook wel momenten dat het rustig is. Ik denk dat verpleegkundigen dan ook voor zichzelf wel moet leren om prioriteiten te stellen. Om dan op dat rustige moment ook even de tijd te nemen om wel die voorlichting te geven. Dan ook niet per se alleen maar even genieten van het rustige moment, zeg maar. Maar ook wel even nuttig besteden bij de patiënt.

O: Ja. Want merk je daarin ook behoeftes van de patiënt?

G: Dan heb ik tot nu toe niet echt ervaren. Niet dat ze aangeven ofzo dat bedoel je denk ik, dat ze te weinig voorlichting hebben gekregen.

O: Ja.

G: Nee eigenlijk niet want als ik een ontslaggesprek voer of een zorgevaluatie dan is de gegeven informatie op zich ook altijd wel duidelijk. Dat heb ik tot nu toe terug gehoord dan hè. Ik ben er natuurlijk nog niet zo lang. Dus ja hoe patiënten daarover denken, daar durf ik niet te zeggen.

O: Ja. Je begon net al even over informatiefolders. Van wat voor folders maken jullie gebruik op de afdeling bij het geven van voorlichting?

G: Alleen bij de ACS dan hè?

O: Ja.

G: We hebben een PID boekje en daar staat voor patiënten informatie dossier volgens mij. Ja volgens mij wel. En daar staat dus eigenlijk een persoonlijk boekje. Persoonlijk informatie dossier is het. In dat boekje is echt gericht op de ACS. Op het hartinfarct, angina pectoris. En daar staat dan informatie in over wat het inhoudt welke klachten erbij kunnen zijn. Maar ook wat de oorzaken kunnen zijn. En er staat ook een hoofdstuk in met leefregels. Het is eigenlijk boekje een foldertje, met eigenlijk het complete plaatje met informatie die de patiënten nodig hebben. En achterin wordt het dan ook persoonlijk gemaakt door aan te vinken wat het probleem was bij deze patiënt. En wat voor behandeling ze hebben gehad, als ze bijvoorbeeld een dotter hebben gehad en of ze daarbij stents hebben geplaatst. Dus het wordt eigenlijk een heel persoonlijk boekje echt aangepast op de patiënt. Om te kijken of om eigenlijk richtlijnen te geven. Informatie over het ziektebeeld, dus dat boekje gebruiken we echt specifiek daarbij. Dan zijn er altijd nog folders van de hartstichting, die ook altijd te gebruiken zijn op de afdeling.

O: Ja. En als we dan even eerst dat PID boekje nemen, wat is de werkwijze rondom dat PID boekje op de afdeling?

G: Iedere patiënt die het ACS protocol krijgt of krijgt die daaronder valt, krijgt een PID boekje. Maar meestal komen die patiënten eerst op de CCU of eerste harthulp. Omdat ze acuut binnenkomen met bijvoorbeeld een infarct. Dus dan krijgen ze hem in principe daar. Zodra een patiënt behandeld is of onderzocht is door bijvoorbeeld een katheterisatie, vult de arts hem in om hem persoonlijk te maken. En ik weet niet zeker of ze hem op de CCU al een keer doorspreken als ze de patiënt een boekje geven. Want dat zou mij wel wenselijk lijken, dat je eens doorspreekt wat er allemaal in staat. Maar ik bespreek hem altijd ook nog even door als de arts hem heeft ingevuld. Want dan is die echt persoonlijk gemaakt en op de patiënt gericht. Ja dat.

O: Ja en hoe vind jij dat die werkwijze rondom het invullen van dat boekje wordt uitgevoerd op de afdeling?

G: Je wordt er wel aan herinnerd want het is een activiteit in het sjabloon in het activiteitenplan. Maar ik denk dat er soms wel een aantal dagen overeen gaan, voordat de arts hem ook echt invult. Ik denk dat dat niet komt omdat de arts er niet echt zelf tijd voor heeft. Maar puur omdat het boekje bij de patiënt ligt en je de verpleegkundige moet hem meenemen naar de arts. Er zitten zoveel stappen tussen voordat die op de plek is waar die moet zijn. En ik denk dat dat te veel tijd en moeite kost.

O: Ja.

G: Ja en verder ik denk dat alle verpleegkundigen zijn mijns inziens er wel van op de hoogte van het PID boekje en ook wel de werkwijze ervan. Maar ik denk niet dat iedereen hem echt mondeling toelicht bij de patiënt.

O: En jij zegt eigenlijk is het een heel proces voordat dat boekje bij de arts belandt en weer terug is. Hoe zou dat makkelijk gemaakt kunnen worden of effectiever?

G: Ja ik neem het nu meestal mee naar de artsenkamer omdat we eerst de visite voor bespreken op de artsenkamer en dan langs de patiënten gaan. Maar misschien is het handiger als de arts op de kamer al invult, waar de patiënt bij is. Maar het gevolg daarvan kan wel zijn dat er dan weer meer vragen zijn, die tijdens een artsenvisite eigenlijk niet besproken kunnen worden. Waardoor dat dan weer langer duurt. Maar dan zou je in principe ook kunnen zeggen, ik kom er zo bij u op terug.

O: Ja.

G: Dus eigenlijk ja dat zou mogelijk een optie zijn. En misschien om nu met een beetje de nieuwe generatie mee te gaan. Op de Cardiologie liggen nog veel ouderen mensen, dus die zijn nog niet allemaal digitaal ingesteld. Maar je heb nu natuurlijk voort ook mijn JBZ, waar ze ook heel veel op kunnen zien. En daar kunnen ook patiënten folders aan toegevoegd worden dat ik weet. Maar volgens mij valt het PID boekje daar nog niet onder. Dus misschien is het een idee om het digitaal te maken.

O: Ja.

G: Dat het ook op ieder moment gezien kan worden door de patiënt.

O: Ja. En je had het net ook nog over dat jullie folders hebben van bijvoorbeeld de Hartstichting. Wordt er veel gebruik gemaakt van andere folders naast het PID boekje op de afdeling?

G: Wel denk ik voor de ziektebeelden die buiten het PID boekje omvallen. Ik maak er zelf gebruik van bij bijvoorbeeld hartritmestoornissen of CABG. En dan heb je er ook nog een voor pacemakerimplantatie, daar heb ik zelf nog niet zoveel mee van doen gehad. Maar ik denk dat die drie wel gebruikt worden. Maar er zijn er echt veel meer. En ik denk dat er vaker gebruik gemaakt kan worden van die foldertjes.

O: En wat zou nou een belemmering kunnen zijn dat verpleegkundigen niet gebruik maken van die folders?

G: Misschien het ook niet weten van het bestaan ervan bij sommige ziektebeelden. Dat is denk ik de grootste valkuil. Maar daarbij ook wel weer die tijd. Maar je kunt natuurlijk ook zelf bepalen hoe jij die voorlichting gaat geven. Want tijd, je hoeft er niet heel veel tijd in te steken. Dus het is denk ik ook een beetje hoeveel nut de verpleegkundigen ervan in ziet. Om een extra foldertje te geven naast de mondelinge voorlichting.

O: Hoe kijk je aan tegen het gebruik van visuele voorlichting op de afdeling?

G: Ja dat zou ik echt een goed idee te vinden. Ook want het is in woorden altijd best lastig om uit te leggen, wat de patiënt nu precies heeft. Plaatjes helpen daar wel bij. Maar ik zou het ook echt wel een aanrader vinden om bijvoorbeeld mensen een filmpje te laten kijken. Wel schematisch dan van bijvoorbeeld een PCI. Niet hoe het in het echt gebeurt dat is misschien een beetje schrikwekkend. Maar bijvoorbeeld een animatiefilmpje ofzo van een behandeling. Of van wat er nu precies gebeurt bij een STEMI in het hart. Ik dat dat echt wel meer duidelijkheid kan geven.

O: Ja en hoe vind je dat er nu op de afdeling gebruik wordt gemaakt van visuele voorlichting?

G: Niet. Nee heb ik nog helemaal niemand zien doen. Ik weet wel ik ben bekend op andere afdelingen en daar hebben ze ook een iPad op de afdeling. Daar maken ze ook gebruik van de iPad om voorlichting filmpjes te laten zien. Dus Ik denk dat dat ook een mooie bijdrage zou zijn.

O: En wat zou daarin voor de verpleegkundigen ja handvaten kunnen zijn om visuele voorlichting te geven aan de patiënt?

G: Wat ze nodig hebben om het wel te doen bedoel je dan?

O: Ja.

G: Nou ze moeten eerst sowieso eerst informatie moeten krijgen over hoe ze dat zouden moeten doen. En ik vind het belangrijk dat ze zelf ook de filmpjes een keer hebben gezien om te weten wat je dan ook geeft aan de patiënt. Verder denk ik gewoon een makkelijke werkwijze. Niet dat je bijvoorbeeld één iPad op de afdeling hebt waarmee je iedereen een filmpje moet laten zien. Maar dat je ook het makkelijker gemaakt kan worden. Dat het daardoor ook wel meer gebruik gemaakt van zou worden denk ik.

O: Dus dat het dan een gemakkelijke werkwijze is?

G: Ja die ook bij de hand is zeg maar. Dus dat het ook sneller toepasbaar is.

O: Ja. Hoe stem jij je voorlichting af op de individuele patiënt?

G: Ik kijk sowieso naar de leeftijd van de patiënt. In hoeverre, hoe diep ik in kan gaan op de informatie en iedereen heeft natuurlijk recht op de informatie over zichzelf. Maar ik kijk ook wel naar de cognitie van de patiënt. Als iemand bijvoorbeeld minder begaafd is of juist wel heel slim. Dan zou ik wel daar mijn manier van spreken op aanpassen. Dus bij een minder slim iemand, bijvoorbeeld ook echt in makkelijke of kindertaal spreken. Hoe het is en ja ook op het gebied van ouderen. Als het een oudere patiënt is, zorg ik er altijd wel voor dat er een familielid bij is. Want familie wil het toch altijd wel graag weten. En dan krijg je die vraag nog een keer vaak en dan kost het eigenlijk alleen maar meer tijd. Want dan ben je het toch nog een keer aan het vertellen of mijn collega zit er ’s avonds weer mee. Dus ja eigenlijk familie erbij betrekken en de manier van spreken.

O: Ja. Want wat is voor jou meerwaarde om de familie erbij te betrekken?

G: Nou ja als het een oudere patiënt is. Bijvoorbeeld als ik het idee heb dat die het toch niet helemaal goed begrijpt. Als familie er dan bij is zou die dan als die het wel begrijpen, zelf nog de uitleg kunnen geven aan de patiënt. Dan voorkom je dat je de vraag van de patiënt zelf steeds terugkrijgt. Dus ik denk ook wel dat je daar tijd mee wint. Sowieso daar zelf mee tijd wint. Want als de familie ’s avonds, ben je dubbel zoveel tijd kwijt. Ja en ik denk dat de familie ook wel dan een vertrouwen heeft of zo in de zorg. Omdat zij ook geïnformeerd zijn over hun familielid. Dan moet je er natuurlijk wel mee op letten dat je alleen de eerste contactpersoon informeert. Ja ik denk altijd maar zo, kijk dan naar mezelf als bijvoorbeeld mijn ouders ouder worden en die komen in het ziekenhuis te liggen en ze vertellen alleen iets aan diegenen. Maar je krijgt van de patiënt, van je vader of je moeder, alleen maar een beetje vage informatie. Dan wil je gewoon zelf goed geïnformeerd zijn door een deskundige.

O: Ja.

G: Dus ik denk ja dat je daar veel voordelen van kan zien.

O: En wat zijn op dit moment op de afdeling belemmerende factoren in het betrekken van familie?

G: Ik denk toch vaak het plannen. Want familie komt vaak, het is bijvoorbeeld bezoektijd van elf tot half negen ’s avonds. Dus het is altijd maar de vraag wanneer familie er is. Dus je moet altijd iets plannen met familie. Dat is wel vaak lastig. Want als familie kan komt het bij ons soms niet uit. En je wilt natuurlijk toch zo snel mogelijk de informatie geven. Dus het plannen is denk ik van het gesprek is denk ik het lastig.

O: Hoe zou dat makkelijker gemaakt kunnen worden?

G: “Lange stilte” Ja vind ik een lastige. Het zou vast kunnen, maar hoe.

O: Geen antwoord is fout.

G: Nee, daarom. Hoe zou het makkelijker gemaakt kunnen worden. Ja kijk het is natuurlijk een 24uurs bedrijf eigenlijk. Dus je kunt niet altijd zeggen we doen tussen twee en drie alle gesprekken. Want er komen soms ook onverwachte dingen tussendoor, waardoor je het gesprek niet kan voeren.

O: Ja.

G: Dus ik denk dat het niet haalbaar is om een vast moment te plannen voor alle gesprekken te doen. Maar wel om al vooruit te kijken en tijdig met familie contact te leggen. Om een gesprek te plannen, zodat het ook echt door kan gaan.

O: Ja. Op welke manier heeft gedragsverandering van de patiënt een rol in jouw voorlichting?

G: Veel want toevallig pas had ik een patiënt die was heel therapieontrouw, had ik echt niet verwacht dat die iets van gedragsverandering zou laten zien. Dan ga je toch op een andere manier voorlichting geven. Die man heb ik wel een beetje met de neus ja hoe noem je dat met de neus in de feiten gedrukt. Om echt wel duidelijk te maken, van wat er allemaal kan gebeuren als die zo therapieontrouw blijft. Maar als iemand heel erg, altijd alles voor de regels doet medicijnen, dan heeft diegene wel minder informatie nodig.

O: Ja. Welke methodes gebruik of bepaalde werkwijze om in te spelen op de gedragsverandering van de patiënt?

G: Ja daar heb je een mooi stappenplan voor. Die hebben we geleerd op school. Maar hoe die gaat, hoe heet die ook alweer. Maar dat moet ik echt eerlijk toegeven dat ik dat echt niet vaak op dat moment bij stil sta. Alleen het is wel belangrijk om te kijken of iemand er wel voor openstaat. Want dan pas ik mijn informatie daarop aan. Want dan heeft het niet zoveel zin om al een instructie te geven hoe die iets moet doen. Dan let ik er wel op dat die eerst algemene informatie geef zeg maar.

O: Ja.

G: Om er ook voor te zorgen dat die voldoende informatie te geven om het gedrag te kunnen veranderen.

O: Want op welke manier vergroot jij dan het ziekte-inzicht van de patiënt?

G: Nou ik denk door heel specifiek te vertellen, heel gericht op de patiënt en de casus hoe het nu ook echt bij de patiënt is. Ja om dan het inzicht hopelijk te krijgen bij de patiënten. En ook na te vragen of die het begrijpt en of die het dan nog eens in eigen woorden kan herhalen. Zodat ik ook het idee heb dat het begrepen is.

O: Ja. Dan heb ik nog een laatste vraag voor jou en dat is op welke manier zou voor jou eigen regie een rol kunnen spelen in het geven van voorlichting aan de patiënt? En dan eigen regie gericht op de patiënt.

G: Ja kijk het is natuurlijk wel zo dat als je iets aanreikt. Bijvoorbeeld iets van voorlichtingsmateriaal een filmpje of een folder of iets dergelijks. Dan kun je erbij sommige patiënten wel vanuit gaan als je vraagt als er vragen zijn dan hoor ik het graag, dat die het ook doet. Daar ligt wel een stukje in eigen regie. Maar ik denk dat het wel belangrijk is dat je oplet bij wie je dat dan doen.

O: Ja.

G: Want als iemand heel therapieontrouw is verwacht ik niet dat die zelf vragen zal gaan stellen. Als iemand cognitief minder is zou die dat ook niet doen. Dus in dat stukje kun je wel eigen regie geven. En je kunt al in de ochtend bespreken, een tijd afspreken wanneer je met de patiënt gaat zitten om het door te nemen. Wat komt voor jou het beste uit. Ik denk dat je op die manier wel eigen regie kunt geven en ook als er verschillende vormen zijn om aan te bieden, dat je de patiënt laat kiezen wat die fijn vindt. Om een filmpje te laten zien of foldertje of alleen mondeling.

O: Hoe vind je dat er nu op de afdeling aandacht wordt besteed aan eigen regie rondom voorlichting?

G: Ik denk weinig want het wordt al snel automatisch een foldertje gegeven en dat is eigenlijk bij iedere patiënt hetzelfde. En lees maar door als er vragen zijn, dan hoor ik het wel. En in dat opzicht geef je natuurlijk aan de ene kant wel eigen regie. Omdat je dan de patiënt laat beslissen wanneer die er naar gaat kijken. En als die vragen heeft dat die er dan op terug kan komen. Maar ik denk dat er teveel over een kant geschoren wordt. Ik denk dat er meer patiëntgericht kan.

O: En hoe zou je dat dan patiëntgericht in vullen?

G: Door ook echt per patiënt te bespreken wat die wil. Dus niet iedere patiënt dezelfde manier van voorlichting te bespreken, maar ook te bespreken wat die fijn vindt.

O: Oké. Nou dit waren mijn vragen. Heb je zelf dingen rondom de voorlichting, dat je zegt nou dat zou ik nog wel graag kwijt willen?

G: Nee eigenlijk niet.

O: Nou dan zou ik even een korte samenvatting geven. Nou we hebben verschillende onderwerpen rondom de voorlichting besproken. Welke informatie je aan de patiënt geeft en dat je dat op verschillende momenten door de dag heen inplant. Daarnaast hebben we het gehad over het gebruik van verschillende folders zoals het PID boekje maar ook de folders van de Hartstichting bijvoorbeeld. We hebben het net gehad over het betrekken van de familie bij het geven van de voorlichting en wat daarin wenselijk zou zijn. We hebben het gehad over de visuele voorlichting. Hoe dat ja dat dat nu nog niet echt speelt op de afdeling, maar dat daar wel een verbetering in mogelijk zou zijn. En we hebben het even gehad over hoe je je voorlichting kunt afstemmen op de individuele patiënt en daar ook een stukje gedragsverandering en ziekte-inzicht in meenemen en het eigen regie van de patiënt bevorderen.

G: Ja klopt.

O: Zijn er nog dingen die je kwijt wilt?

G: Nee.

O: Nou dan wil ik je heel erg bedanken voor het interview.

Interview 4

O: Heel erg fijn dat ik jou mag interviewen voor mijn onderzoek. Het doel van mijn onderzoek is dat ik inzicht wil verkrijgen op welke manier verpleegkundigen voorlichting geven aan de patiënten over het acuut coronair syndroom. Het interview zal ongeveer 30-45 minuten duren. De gegevens neem ik aan de hand van audioapparatuur. Die doe ik daarna uittypen en ze worden dan anoniem verwerkt. Dus alleen ik ben op de hoogte welke transcripten horen bij welke persoon die ik geïnterviewd heb. Daarnaast krijg je na afloop van het interview, dat zal over ongeveer een week zijn, een samenvatting van mij toegestuurd. Dan krijg je een week de tijd om te reageren of dat de gegevens in die samenvatting kloppend zijn of dat er dingen in staan die niet juist zijn zoals jij ze gezegd heb.

G: Is goed.

O: En je hebt het toestemmingsformulier ondertekent en de informatiebrief heb je van mij gehad. Heb je zelf vooraf vragen?

G: Nee eigenlijk niet het is allemaal duidelijk.

O: Dat is fijn. Dan begin ik met mijn eerste vraag. Wat is jouw taak in het vormgeven van voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom als verpleegkundige?

G: Nou ik denk dat patiënten sowieso vanuit de CCU vaak wel overkomen met een ACS. Dan hebben ze natuurlijk al wel wat informatie gekregen door middel van het PID boekje. Mijn rol daarin is zeg maar dat ik het PID boekje nog eventueel met ze doorspreek. Kijk of dat er nog vragen zijn. Eventueel behandelingen die daarbij volgen en katheterisatie of een dotter. Daar informatie voor aangeven en ook op de juiste manier registeren bij voorlichting.

O: Ja en je geeft aan de patiënten komen over van de CCU met een PID boekje. Wat houdt dat PID boekje in?

G: Dat is een persoonlijk informatie dossier, dat staat dan voor PID. Daar staat letterlijk eigenlijk in wat ACS eigenlijk is. Wat de behandelingen en onderzoeken daarin zijn maar ook de richtlijnen voor thuis. Dat PID boekje wordt ook gebruikt bij een hartrevalidatie zodat ze eigenlijk de voortuitgang en de doelen daarin kunnen zetten.

O: En wat is de werkwijze rondom dat PID boekje op de afdeling?

G: Als ze overkomen op de afdeling bedoel je? En Hoe bedoel je werkwijze?

O: Ja welke handelingen neem jij als verpleegkundigen rondom dat PID boekje?

G: Ja in eerste instantie natuurlijk sowieso als een patiënt overkomt, dan vraag ik altijd aan de CCU medewerker of ze het PID boekje hebben gehad. Dus even controleren of ze alle gegevens hebben die ze moeten hebben eigenlijk. Ik kijk ook altijd in de voorlichting of die daarin genoteerd staat. Daarnaast bespreek in eigenlijk niet bij de dag van overname maar de dag erna, als ik er dan ben, het PID boekje bespreken en kijken. Is alles duidelijk of moet er nog uitleg komen? Vaak de volgende dag krijg je nog wat vervolgonderzoeken, daar informatie over geven.

O: Ja. En hoe komt het dat jij die afweging maakt dat je die informatie geeft niet bij de dag van overname maar de dag erna?

G: Dat heb ik begrepen. Ik heb ooit ook onderzoek gedaan voor ACS. Dat als mensen overkomen van de CCU naar de afdeling, dat er heel veel informatie gegeven wordt. Ook vindt er een hele verandering plaats, dat mensen destijds toen hebben aangegeven van hé dit is te veel informatie. Dit kan beter tijdens de opname. Als ze dat PID boekje krijgen, krijgen ze al informatie. De informatie die ze op dat moment nodig denken te hebben, denk ik ook wel, die hebben ze op dat moment gekregen.

O: Ja. Want hoe ervaar je dat proces tussen de CCU en de afdeling rondom het geven van voorlichting?

G: Ja ik kan niet zo goed oordelen over hoe ze dat precies op de CCU doen aangezien ik er nooit bij ben als die informatie gegeven wordt. Maar ik ben ik denk wel dat als het heel erg druk is, zowel op de CCU als op de verpleegafdeling, dat het boekje wordt uitgedeeld en niet echt besproken wordt. Dus meer uitgedeeld en hier lees het even een keer door. Zijn er vragen dan stel maar. Maar er zit geen check meer op of de informatie wel of niet begrepen is.

O: Ja. Merk je dat ook terug vanuit de patiënt?

G: Ja ik denk dat patiënten tijdens opname misschien nog niet echt goed beseffen of ze alle informatie hebben gekregen en begrepen. Maar ik denk dat als je gaat kijken naar de hartrevalidatie de mensen misschien nog vragen hebben omtrent ACS, wat is het nou precies. Wat heb ik nou precies gehad, wat voor onderzoeken had ik? Wat kan ik er zelf nou aan doen om het in het vervolg bijvoorbeeld te voorkomen, wat had ik eraan kunnen doen? Welke begeleiding heb ik nodig?

O: Want hoe controleer je tijdens de opname of de patiënt de informatie heeft begrepen.

G: Moet ik heel eerlijk zeggen dat ik bij overname dan hè met name. Ik doe vaak de volgende dag dan vraag ik wel altijd wel of ze hebben begrepen waarom ze hier liggen. De risicofactoren bespreek ik dan wel met de patiënt. Maar ik vraag nooit na leg mij eens uit hoe wat u nou precies hebt eigenlijk. Nee dat doe ik nooit.

O: Is dat een bewuste keuze?

G: Nee, ik denk gewoon in de drukte van de dag dat je dat ja hoe zeg ik dat netjes. Ik denk vooral ja het is goed, hier heb je je PID boekje lees het door. Het staat beschreven dus je kan het nog heel vaak doorlezen als het moet.

O: Ja.

G: En dat het gewoon een beetje denk van ja het is goed. Ik heb het boekje gegeven, de informatie hebben ze gehad.

O: Want je zegt in de drukte van de dag, waar wordt je dan in belemmerd?

G: Nou met name wat ik zelf ervaar is veel telefoontjes tussendoor. Onderzoek hier onderzoek daar. Momenteel onrustige patiënten. Dat maakt het wel dat je niet even rustig kan zitten bij een patiënt om hé we slaan dat boekje open, wat staat er nou precies in en leg eens uit waarom ben je hier. En ik denk ook wel een stukje cultuur dat mensen het ook niet gewend zijn om op deze manier het gesprek aan te gaan met de patiënt.

O: Kun je dat nog wat verder toelichten dat stukje cultuur?

G: Nou ik denk kijk weet je als je een beetje kijkt naar een aantal jaar geleden. Toen was het meer van de dokter geeft informatie dan had je als patiënt en verpleegkundige maar mee te doen. Nu is het denk ik zo dat de patiënt eigen regie heeft. Dat wij als verpleegkundigen sowieso meer in mogen bemiddelen en zeggen van hé luister eens wat kunt u er zelf aan doen. In plaats van dat de dokter zegt van dit moet u doen.

O: Ja.

G: Ik denk sowieso dat bij de nieuwe generatie verpleegkundigen dat ze daar wel mee opgegroeid zijn qua opleiding. Maar echt de wat oudere verpleegkundigen zijn daar denk ik niet echt mee opgegroeid.

O: Ja. Want hoe zou je dat dan in kunnen spelen op de eigen regie van de patiënt?

G: Nou ja sowieso dat boekje vind ik echt wel een mooi voorbeeld. Omdat alles duidelijk erin geschreven staat. Ook doelen zelf kunt maken. Daar kun je natuurlijk ook met de patiënt over praten. Kijk dit zijn de risicofactoren wat is volgens u dan u risicofactor en wat zou u daaraan willen doen.

O: Ja.

G: Natuurlijk op de hartrevalidatie wordt daar meer op in gegaan. Maar ik denk wel dat mensen tijdens de opname al kunnen denken welke doelen zou ik kunnen hebben bij de hartrevalidatie en hoe kan ik daar in die tussentijd, dat ik met ontslag ga en naar de hartrevalidatie toe ga, al aan werken. En daar spelen we nog te weinig op in.

O: Want waar merk je dat nu vooral aan, dat daar te weinig aandacht aan besteed wordt?

G: Ik ben nu bezig met de cardiocursus. Daar had ik het laatst met de fysio die dan ook de hartrevalidatie onder andere mee leidt en die zij ook mensen denken eigenlijk pas na over doelen als ze de eerste keer zijn geweest bij de hartrevalidatie. Terwijl dat bijvoorbeeld ik noem bijvoorbeeld stoppen met roken. Daar kun je eigenlijk al bij de opname op in spelen. Daar kun je al informatie over geven, waarbij er bijvoorbeeld wordt aangegeven er is een bijeenkomst daar kunt u naar toe of bijvoorbeeld nicotinepleisters ik noem maar iets. Qua voorlichting maar ook qua behandeling.

O: En hoe zou het denk jij dat daar nu te weinig aandacht aan wordt besteedt aan die doelen?

G: Ja ik denk ook wel een stukje regie bij de eigen patiënt moeten neerleggen. Dat we dat met z’n alle ook niet gewend zijn. Ja misschien ook wel een stukje kennistekort bij de verpleegkundigen van hé zo kan ik het gesprek ook aan gaan. Dat denk ik. Ik denk ook wel een stukje tijd, dat mensen zeggen van ja ik heb de tijd er nu niet voor. Dus in dat opzicht er ook minder prioriteit aangeven. En ik denk dat het ziekenhuis sowieso de verpleegafdelingen meer gebrand is op de behandeling, voorkomen van complicaties en dat dan eigenlijk pas erna de leefregels komen. Dat dat eigenlijk de prioriteit krijgt.

O: Dus dat dan eigenlijk de leefregels te laat worden ingezet om dat de behandeling meer prioriteit heeft?

G: Ja dat denk ik wel.

O: En wat zou daarin de verpleegkundige kunnen helpen denk jij om dat wel te doen?

G: Nou ja, tijd is altijd moeilijk. Ik kan wel zeggen meer tijd, maar daar los je niks mee op. Maar goed ik denk dat een aantal collega’s dat wel zo ervaren, meer tijd. Ik heb eigenlijk nog wel een ding trouwens misschien dat we ook het werken niet gewend zijn. Nog even tussendoor sorry van een knelpunt. Werken meer in de zin van ter voorbeeld we moeten natuurlijk lezen bij de patiënt dat wordt niet gedaan. Dus het houden aan regels.

O: Ja.

G: Ik denk dat als we meer op de kamers zijn in plaats van dat we achter het bureau of in de teamkamer zitten. Dat we wel tijd hebben om het PID boekje te bespreken, sorry.

O: Ja.

G: Het schoot me in een keer te binnen.

O: Ja nee zeker.

G: Wat we zelf nodig hebben hè was de vraag. Ik denk sowieso een hele nieuwe werkwijze dan moet komen. En dat we daar dan met ze allen ook aan moeten houden. Dus ik denk dat een paar sterke leiders daarin die niet bang zijn om feedback te geven, maar ook het voorbeeld laten zien, wel heel essentieel is denk ik. Ik denk ook wel misschien wat qua denkwijze verandert moet worden, maar ook meer qua communicatie. Meer dat je handvaten krijgt om het gesprek op die manier aan te gaan. En dan ook meer de regie van de patiënt bij hun laten in plaats van bij ons. Wat hebben we nog meer nodig? Nee ik denk dat dit het even is, ik kan het niet meer bedenken verder.

O: Je noemde dan, want ik ga ze even uit elkaar halen. Je noemde dan als eerste een nieuwe

werkwijze.

G: Ja.

O: Wat houdt dan nu de huidige werkwijze in?

G: Nu zoals ik hem eigenlijk net schetste. Het PID boekje wordt gegeven op de CCU. Je vraagt na of het PID boekje überhaupt is gegeven. Je gaat niet meer verifiëren of die informatie vergeten is. Ik denk dat veel collega’s niet eens het boekje in handen heeft als de patiënt overkomt. En als je dan gaat kijken naar een nieuwe werkwijze is dat je overgedragen wordt aan bed. Dat je bijvoorbeeld het PID boekje gelijk ziet liggen en gelijk vragen van hé mevrouw of meneer wat is er met u aan de hand, vertel het maar eens? Op die manier wordt je natuurlijk uitgedaagd om te kijken of de patiënt de informatie heeft begrepen. En dat is natuurlijk een hele andere werkwijze dan dat we nu gewend zijn.

O: Ja zeker. Dus meer dat je je echt richt op het overdragen aan bed, dus dat je direct contact hebt met de patiënt en daardoor ook meer de patiënt laat benoemen wat er nou speelt zonder dan zelf voor de patiënt in te vullen?

G: Ja en ook sowieso meer op de kamers aanwezig zijn, rapporteren bij de patiënt. Eigenlijk alle handelingen die je moet doen, bij de patiënt.

O: Ja.

G: Niet achter de computer achter de balie.

O: En dat is iets wat jij vindt dat nu eigenlijk te weinig gebeurt?

G: Jazeker.

O: En waaraan en ligt dat dan volgens jou dat collega’s dat niet doen?

G: Ja stukje gewenning denk ik. Ja nou wijk ik helemaal af van het onderwerp. Bijvoorbeeld mag ik dat geven.

O: Ja dat mag je geven het voorbeeld.

G: Bijvoorbeeld met visite lopen, een aantal collega’s denken dat de patiënt het heel vervelend vindt als de visite gelopen wordt dan aan bed. Terwijl er dan meerdere onderzoeken zijn, ja hoe zeg ik dat. Meerdere onderzoeken zijn uit uitgevoerd waarbij eigenlijk het tegendeel bewezen wordt, dat mensen het juist heel erg prettig vinden als ze aan het bed komen. En dat is een werkwijze die ze jaren gewend zijn.

O: Ja.

G: En dat gaat hetzelfde met voorlichting geven. Ja weet je dat zijn ze gewend. En zie dat maar eens te veranderen.

O: Ja dus echt soort van iets wat erin is gesleten?

G: Ja.

O: En wat waar de verpleegkundige in blijven hangen?

G: Ja dat denk ik wel zeker.

O: En je gaf net als tweede voorbeeld gaf je meer handvaten qua communicatie aan?

G: Ja.

O: Wat is iets wat je nu mist als verpleegkundige daarin?

G: Ik denk meer met name meer de regie en de patiënten zelf bijvoorbeeld in PID boekje zelf doelen laten maken nu zeggen wij allemaal u moet stoppen met roken. Even ter voorbeeld van roken. Bij de patiënt denk ja oké ja ik moet stoppen met roken maar zal dan wel. Maar als je zelf vraag wat zijn je risico factoren en wat u daar zelf aan kunt doen. Kan dan ook de patiënt bijvoorbeeld zegt ik wil helemaal niet stoppen met roken en dan kan je er alles aan doen om voorlichting te geven en de patiënt duidelijk te maken dat bijvoorbeeld roken niet goed is in combinatie met ACS. Maar uiteindelijk moet de regie wel bij de patiënt geven. Ik denk dat we nu heel graag willen zorgen. De zorg is natuurlijk goed, maar het moet ook aansluiten bij de patiënt.

O: Ja dus wat ik nu eigenlijk van jou terug hoor is dat je eigenlijk meer wil dat er in kaart wordt gebracht, wat nou de behoefte van de patiënt is? En dat de patiënt ernaar kijkt zonder dat wij alles al invullen voor de patiënt?

G: Ja zeker.

O: Ja dat doe je dan zo aanpakken met die communicatietechnieken omdat dan te verbeteren?

G: Ja.

O: Nou gaf je net ook nog een derde punt. Ik zit even terug te denken.

G: Nee dat was eigenlijk samen. Dat was niet.

O: Eigen regie toch?

G: Ja.

O: En jij gaf net, ja die hadden we ook al behandeld. Wat er nog meer mis is gegaan als extra valkuil dat ze werken aan bed toch?

G: Ja.

O: Nee dan hebben we ze allemaal gehad. En als we het dan puur hebben over je hebt nu verschillende dingen benoemd over de voorlichting. Dat we meer de patiënt kunnen betrekken en ook meer op de kamer aanwezig kunnen zijn.

G: Ja.

O: Wat voor voorlichting vind jij nou belangrijk dat de patiënt krijgt dan met betrekking tot ACS?

G: Nou ik denk sowieso natuurlijk wat het is. En waardoor het is gekomen, dus eigenlijk de risicofactoren natuurlijk. En dan ga ik ook even langs het PID boekje.

O: Ja dat mag.

G: De onderzoeken, wat de patiënt heeft gehad en wat daaruit is gekomen. Daar staat natuurlijk ook wel weer die ACS natuurlijk. Behandeling in geval van een dotter bijvoorbeeld, bepaalde stent. Ook wat het gevolg is daarvan. Je hebt natuurlijk verschillende behandelingen en verschillende stents. Leefregels, doelen van de patiënt. Van ook meer met de hartrevalidatie in het vervolg als ze thuis zijn. Dat ze dat boekje ook hebben, dat ze het kunnen lezen en ook mee kunnen nemen om te kijken zijn mijn doelen haalbaar. En waar kan ik nog in aanpassen bijvoorbeeld.

O: Ja.

G: Wat meer. Wat nog wel een specifiek ding is wat elke keer terug komt. Dat is heel gek maar dat schiet me in een keer te binnen. Is dat mensen bijvoorbeeld vragen dat ze echt specifiek, want dat staat niet in het PID boekje, over gemeenschap met elkaar. En dat is natuurlijk voor sommige mensen best wel taboe. En dat wordt niet uitgebreid beschreven en mensen vinden het toch wel moeilijk om die vraag te stellen. Van hé wat mag ik en wat mag ik niet. Dus dat ook wel weer, maar dat is een heel specifiek onderwerp natuurlijk.

O: Ja.

G: En ik denk ook wel wat fijn is qua medicatie. Ik denk dat veel mensen vragen waarom krijg ik bepaalde medicijnen, dat ze niet eens weten waarom ze een bepaald medicijn gebruiken.

O: Ja.

G: Dus ik denk dat dat ook wel fijn is. Dat is natuurlijk wel heel moeilijk om dat concreet in het boekje te krijgen, met de aanpassingen erop en er aan. En ik denk dat dat ook wel meerwaarde biedt voor de patiënt.

O: En nou ben ik toch wel benieuwd na omdat je net een voorbeeld geeft over gemeenschap met elkaar. Waarom heeft dat een meerwaarde voor jou denk je om de patiënt daar voorlichting over te geven?

G: Nou mensen hebben komen binnen met pijn op de borst, die waren angstig. Ja ik merk wel dat veel mensen bijvoorbeeld bang waren om dood te gaan. Het is wel een hele erge ervaring natuurlijk dat ACS. Misschien bij de een wat meer dan de ander. En dat mensen bang zijn geworden om inspanning te leveren. Dat ze bang zijn om sneller te lopen. Of ze vragen kan ik wel werken, wanneer kan ik aan het werk kan dat wel? Dat zijn natuurlijk allemaal vormen van inspanning.

O: Ja.

G: Ja dat is natuurlijk net zo met gemeenschap. Dat is ook een vorm van inspanning. Maar dat blijkt dan toch een soort taboe te zijn voor patiënten dat ze dat niet durven te vragen. Uit schaamte of ik heb het natuurlijk nooit gevraagd waarom patiënten het niet vragen. Maar ik heb het weleens zelf aangegeven. Ik denk dat toch een vorm van schaamte is. Dat mensen dat niet durven te vragen. Maar wel met de vragen rond lopen denk ik.

O: Ja. En hoe denk je dat we als verpleegkundigen daarop kunnen inspelen?

G: Nou sowieso dan begint natuurlijk al bij opname. Dat heb je natuurlijk bij de anamnese al een vraag over seksualiteit. En die stellen we vaak niet omdat we het zelf ook ja wat lichtelijke taboe vinden, denk ik. Ik denk dat je daar al winst in kan behalen om het gewoon te benoemen en standaard te vragen.

O: Ja.

G: En zowel ook bij de fysiotherapie om daarop in te spelen. Van hé je hoeft het niet in details te weten. Maar u kunt gewoon inspanning leveren. Denk aan inspanning zoals traplopen, fietsen, maar ook gemeenschap. Dat het wel een keer benoemd wordt. Ik denk dat dat ook wel terug mag komen in het PID boekje. Van hé mag zonder problemen gemeenschap hebben of niet. Dat je het wat vaker beleid over is.

O: Ja. Want wat vind je van de manier waarop door verpleegkundigen daar aandacht aan wordt besteed?

G: Aan de gemeenschap bedoel je, niks. Zelden denk ik.

O: Ja.

G: Voor mezelf doe ik dat wel. Maar ik kan ze niet op een hand tellen denk ik.

O: Goed dat je dat aangeeft, daar kunnen we wel iets mee.

G: Ja ik denk dat we daar sowieso in het algemeen wel iets mee kunnen niet alleen bij ACS.

O: Ja. Want als je dan kijkt. Je hebt net best wel een lange lijst verteld waar je allemaal voorlichting over geeft. Op welk moment geef je die voorlichting aan de patiënt.

G: Ik denk al, kijk als je een acute situatie hebt ga je het natuurlijk niet doen, dat schiet niet op. Ik denk dat die informatie dan ook niet binnengekomen is. Ja is net afhankelijk van het moment dat ze binnenkomen. Maar ik denk dat je de volgende dag als alles is gezakt en alles is stabiel, dat je eigenlijk al moet beginnen tot de patiënt met ontslag gaat. Is alles begrepen, wat zijn u doelen, waar wilt u aan werken, waar kunnen we u in ondersteunen? Ik denk dat dat van opname tot ontslag en daarna ook erna nog doorgaat.

O: Ja en op welke manier ervaar je daar eenduidigheid bij de verpleegkundigen onderling?

G: Weinig. Ik denk dat we daar niet allemaal eenduidig in zijn. En er zijn natuurlijk ook een paar ja punten in bijvoorbeeld tijd, wat het verschil maakt misschien. Maar ik denk dat we daar met z’n alle niet eenduidig in zijn.

O: Ja en wat vind je daarvan?

G: Ja jammer. De patiënt heeft heel veel vragen en het is natuurlijk een hele gebeurtenis, wat er gebeurd is. Hoe vervelend is dat als een patiënt naar huis wordt gestuurd en eigenlijk niet eens weet als het herhaalt wat die er aan kan doen. Dat ze dan zeggen ik moet stoppen met rokken, maar geen idee waarom ze moeten stoppen met roken. Dat biedt bij de patiënt ook geen stimulans om te stoppen met roken of overgewicht. Ik zeg nu roken hot item hè.

O: Ja. Wat zou jij als verpleegkundigen graag willen zien of hoe zouden we dat kunnen vormgeven?

G: Ik denk sowieso dat je met de eerste harthulp en CCU in gesprek moet gaan van hé als de patiënt komt, ongeacht hoe druk dat het is. Dat het PID boekje wordt uitgereikt en ook wordt doorgenomen met de patiënt, hoe druk het ook is. Daar ook gewoon op terug te komen. Dat we daar bijvoorbeeld een standaard punt van maken in bijvoorbeeld een activiteitenplan. Dat we daar een werkgroep, we hebben natuurlijk een werkgroep ACS, maar dat die daar extra aandacht aan besteden.

O: Ja.

G: Door bijvoorbeeld bij ons of bij de eerste hart hulp te bespreken van luister is jongens hoe gaan we het aanpakken. Daar een voorbeeldrol in te zijn. Elkaar feedback geven als het niet gebeurd. Weet je ik denk ik ben heel erg van de eerste lijn zitten en dan meer elkaar aanspreken. Dan misschien nog wel in het activiteitenplan te zetten, want dat wordt vaak maar aangeklikt.

O: Ja.

G: Maar goed je moet iets tastbaars hebben om het misschien duidelijk te maken. Dus ik denk sowieso qua communicatie al een heel eind komt. Als je met elkaar afspreekt, daaraan houdt en feedback geeft. In het werkproces opneemt en eventueel in het activiteitenplan aandacht aan schenkt. Dat je echt al een heel eind daarmee komt.

O: Ja.

G: Dat je de waarde er gewoon van inziet dat de patiënt, ja dat de patiënt moet weten waarvoor die ligt. En wat de risicofactoren zijn en alles wat we net eigenlijk benoemd hebben.

O: Dus wat je eigenlijk bedoelt is dat het mee wordt genomen in werkprocessen en in activiteitenplannen welke informatie de patiënt dient te ontvangen en dat verpleegkundigen ook daar naar elkaar toe feedback over geven. Zodat de patiënt alle informatie ontvangt?

G: Ja en ook begrijpt. Dus dat je wel terugvraagt van hé kunt u mij eens vertellen waarom ligt u hier en hoe komt dat nou. En wat zou u er zelf aan willen doen. Het vraagt ook een hele andere manier van werken.

O: Ja. Je gaf aan het begin iets kort aan over het registreren van die voorlichting. Want dat komt dan ook bij de dossiers. Wat is daar precies de werkwijze in?

G: Dat als je voorlichting geeft dat je hem registreert onder het kopje voorlichting in HIX en dan beschrijft wat je benoemt en welke folder of boekje je hebt gegeven.

O: En hoe wordt dat uitgevoerd op de afdeling?

G: Ik weet voorheen werd dat niet tot nauwelijks gedaan. Het wordt steeds meer onder de aandacht gebracht. Ik heb echt wel het idee dat het verbetert en dat het meer in het systeem van de verpleegkundige komt. De artsen kan ik dan niet over oordelen. Dat het dan op die manier ook meer leeft en meer wordt gedaan. Ik denk dat we daar echt wel in verbeterd zijn.

O: Ja en je hebt net al wat dingen vertelt over de risicofactoren van de patiënt en dat elke patiënt net wel weer anders is. Hoe stem jij je voorlichting af op de individuele patiënt?

G: Je bespreekt natuurlijk wat ACS is en wat de risicofactoren zijn voor die patiënt. En dat staat natuurlijk mooi in dat PID boekje beschreven en die neem ik dan ook gewoon door. Om dan te kijken naar eigen regie vraag ik aan de patiënt wat zijn eigen doelen zijn.

O: Ja.

G: Misschien nog wel een leerpunt voor mezelf om dat te doen. Maar wel om te kijken wat is bij de patiënt van toepassing en waar zou nog eventueel iets aan gedaan moeten worden.

O: Ja en op welke manier kun jij dan het ziekte-inzicht van de patiënt vergroten?

G: Ik denk dat als de patiënt bewust weet waarom die hier is en waardoor het is gekomen zeg maar, dat dat bij de patiënt bewustwording creëert. Dat je op die manier ook wel het ziekte-inzicht vergroot. Natuurlijk is het afhankelijk per individu hè. We hebben natuurlijk ook patiënten die zwakbegaafd zijn. Bij hun is het natuurlijk lastig, daar moet je een ander vorm van begeleiding bij toepassen dan iemand die ja een normaal IQ heeft bijvoorbeeld, ja.

O: Ja. En ervaar je daar nog belemmeringen in?

G: Qua zwakbegaafde?

O: Ja of in het algemeen om goed in te kunnen inspelen op het ziekte-inzicht van de patiënt?

G: Ja ik denk ja bij ACS ja. Ik denk tijdens opname niet zo, omdat mensen zijn heel erg geschrokken. Ze krijgen dan die informatie. Ik denk over het algemeen dat ze vaak wel weten waarom ze zijn gekomen. Wat de risicofactoren zijn. Maar ik denk dat als je op de lange termijn gaat kijken, dat daar nog winst te behalen is.

O: Ja en op welk vlak zit die winst dan?

G: Ja ik denk met name zeg maar het overgewicht, het roken, het gezond bewegen en eten. Mensen zijn geschrokken en die zeggen dan o nee ik ga stoppen met roken. Kijk ze komen op de afdeling, liggen aan de telemetrie dus ze kunnen ook niet naar beneden. Dus ze roken ook niet. Maar ja tijdens opname gaat het vaak goed, maar dan komen ze thuis en dan krijgen ze stress. Alles wat er gebeurt is landt dan een beetje. Dan gebeurt er iets en het eerste wat gebeurt bij iemand die rookt is dat je gaat roken. Ja ik denk dat je daar bij die eerste lijn als je daar al voorlichting over geeft, dat je al bijeenkomsten aanreikt. Van hé deze hulp kunt u krijgen, dat het al meer een succes is dan dat je dat pas over drie weken of een maand doet.

O: Ja dat je er vroegtijdig bij bent?

G: Ja zeker.

O: En op welke manier betrek jij familie bij het geven van voorlichting?

G: Weinig, ik denk met name bespreek ik het altijd met de patiënt. Maar ik denk dat ik de familie weinig betrek, tenzij het een patiënt is die zwakbegaafd is en de patiënt het niet zelf lijkt te begrijpen. Dan bespreek ik het vaak wel met familieleden. Maar over het algemeen eigenlijk weinig, heel weinig.

O: Ja. Hoe komt het dat je familie weinig betrekt?

G: Ik denk dat je daar automatisch wel vanuit gaat dat de patiënt alle informatie wel begrijpt. Dat is een beetje die verificatie, of de patiënt de informatie wel heeft begrepen. Dat wordt dan niet toegepast. Waaronder ik zelf ook. Ja dat je dan niet meer nagaat heeft de patiënt de informatie wel begrepen.

O: Ja.

G: Dan wel de familie de patiënt kan dat wel overdragen, daar ga je vanuit. Hartstikke fout natuurlijk, ik weet het.

O: Maar jij je zegt ik betrek de familie weinig. Wat zou voor jou de goede werkwijze daarin zijn?

G: Nou ja weet je je doet eigenlijk alles bij de patiënt. Je kunt ook een moment creëren. Dat je bijvoorbeeld weetje, voorlichting hoeft helemaal niet lang te zijn. Maar dat je bijvoorbeeld een half uur of driekwartier tijd maakt om gewoon een rondje voorlichting te doen. Of dat je bij je controles, bij je EWS of NRS of je pillen. O nee dat mag natuurlijk niet, want dan mag je niet gestoord worden. Bij je EWS of NRS controle, dat je bijvoorbeeld ook even bij de patiënten gaat zitten. Van hoe gaat het nu met u heeft u alles begrepen. Het boekje er nog eens bij pakken bijvoorbeeld.

O: Ja.

G: Vaak zie je dan ook wel dat familie aanwezig is. Als je dan bijvoorbeeld beseft dat de patiënt de informatie toch niet goed begrijpt. Dat je dan bijvoorbeeld een familiegesprek plant.

O: Want wat zijn bijvoorbeeld op dit moment belemmeringen om de familie in te kunnen betrekken?

G: Ik denk sowieso ook wel de wisseling van bezoektijden. Familie komt natuurlijk binnen en gaat ook weer. Dus je kunt niet echt een vast tijdstip bedenken, van dan is familie zeker aanwezig. In sommige gevallen, maar ik ben er helemaal niet van. Een klein deel privacy. Maar goed ja weet je dat is toch een beetje tegenstrijdig met wat ik net zij dat mensen het niet belemmerend vinden. Maar in het voorbeeld van gemeenschap dat ze dat mogen hebben, dat dat ook een gevoelig onderwerp is. Privacy ik denk dat was het eigenlijk.

O: Ja.

G: Misschien ook wel dat is nog wel een voorbeeld. Mensen die met ACS binnenkomen hebben natuurlijk meerdere risicofactoren. Onze ervaring is ook wel dat je vaak uit een wat lager milieu komen in het algemeen. Als beide mensen roken, dan zegt de partner natuurlijk van ja hij rookt zo graag, ik vind het zo gezellig samen. Dat stimuleert de patiënt natuurlijk niet zelf. Dus dat zou nog wel een belemmering zijn denk ik.

O: En wat zou voor jou een meerwaarde zijn om familie wel te betrekken?

G: Dat stukje natuurlijk als je familie ook op de juiste manier voorlichting kan geven. Kan laten begrijpen dat risicofactoren dat die gewoon niet goed zijn en dat er verandering moet plaats vinden in de leefwijze. Dan wil je natuurlijk familie betrekken om de kans van slagen te vergroten. Dat de familie de patiënt kan begeleiden en andersom net zo. Familie is ook vaak geschrokken.

O: Ja dus een stukje begeleiding van de familie en daarnaast ook dat de familie weer op de juiste manier de patiënt kan begeleiden?

G: Ja dat denk ik wel.

O: Voor de rest heb je net kort erover gehad over het PID boekje en het voorlichtingsmateriaal. Nu was ik benieuwd naar op welke manier je gebruik maakt van visuele voorlichting?

G: Nou ja niet zo zeer. Ik doe weleens om uitleg te geven aan patiënten, open ik weleens de Hartstichting en laat ik wel wat afbeeldingen zien of informatie zien. En over het algemeen doe ik het vaak met de boekjes die we hebben. Soms doe ik het weleens bijvoorbeeld met google en open ik even een plaatje van het hart en met name dan de coronaire natuurlijk. Om nou te laten zien waar het precies te laten zien waar het nou is aangetast. Maar dat doe ik niet bij iedere patiënt.

O: En hoe kijk je aan tegen het gebruik van visuele voorlichting?

G: Ja weetje ik ben er mee opgegroeid, niet helemaal maar grotendeels. Ja weetje voor mij is dat geen belemmering, ik ben makkelijk met computers et cetera. Ik vind het hartstikke fijn een COW mee even Google even laten zien en het is gelijk duidelijk bij die mensen.

O: Ja.

G: Dus daarin zeker ik denk wel dat er misschien wel een knelpunt is voor de wat oudere patiënten. Dat ze het moeilijk vinden om met de computer om te gaan. Dat dat wel een belemmering kan zijn met mensen met een hogere leeftijd. Maar we gaan natuurlijk meer digitaal, dus ik denk dat de mens daar ook wel in mee groeit.

O: Want wat vind je van de huidige manier op de afdeling waarbij gebruik wordt gemaakt van visuele voorlichting?

G: Ik denk te weinig. We doen nog alles met folders, lange leven de bomen hè. Nee we doen nog alles met folders, papieren. Ja weet je daarin mogen we echt wel wat digitale worden. Ja ik denk dat je ook wel een beetje per individu moet kijken, kan die nog met de computer over weg of niet. Die zou je bijvoorbeeld via internet informatie kunnen geven. Dat ze het zelf opzoeken. Maar goed ik zeg het PID boekje vind ik wel echt heel fijn. Dat je het kunt zien dat mensen het ook nog kunnen nalezen. Dus ik vind het PID boekje wel echt een goede aanschaf geweest.

O: Ja. En zijn er naast het PID boekje nog andere folders waar jullie gebruik van maken?

G: Ja de CAG de onderzoeken hè. De onderzoeken, behandelingen en natuurlijk de kwetsbare ouderen. De vitaal bedreigde patiënt. Medebehandeling COR85, welkomstboekje, maar dat heeft natuurlijk niets met ACS te maken. Nee dan denk ik niet.

O: Oké, ik heb al mijn vragen gehad. Ik ben van tevoren benieuwd of je zelf nog dingen hebt die je kwijt wilt of dat vind ik belangrijk om te vermelden.

G: Ja ACS. Nee ik denk alleen om het ACS helemaal rond te krijgen denk ik dat het leuk is voor het onderzoek maar misschien niet voor nu. Om eens mee te kijken met de hartrevalidatie of daar nog knelpunten uit komen. Ik denk dat als je daarvoor een vervolgonderzoek als je patiënten interviewt van hé hoe heb je de opname ervaren in die tussentijd. Tijdens de hartrevalidatie en na de hartrevalidatie, dat je wel heel veel informatie kunt vangen van hoe patiënten het hebben ervaren en wat ze nog missen aan informatie.

O: Ja een goed idee. Dan wil ik nog even kort het interview samenvatten. We hebben verschillende dingen besproken. We hebben het gehad over de werkwijze rondom voorlichting op de afdeling die nu geldt. En je hebt ook aangegeven dat die werkwijze eigenlijk iets omgekeerd zou moeten worden. Dat we ons meer richten op eigen regie van de patiënt, dat we meer aanwezig zijn op de kamers en dat we de voorlichting afstemmen op de individuele patiënt. We hebben besproken wat voor voorlichting je geeft aan de patiënt, wat die inhoud van die voorlichting is. Dat je daarbij gebruik maakt van het PID boekje. Wat jij ook aangaf wat eigenlijk weinig terugkomt bij de inhoud van die voorlichting, is een stukje gemeenschap. We hebben het gehad over het moment waarop je voorlichting geeft en ook eenduidigheid in het team daarin en hoe dat aangepakt zou kunnen worden. Daarnaast hebben we het gehad over het ziekte-inzicht en gedragsverandering van de patiënt. Daarnaast ook een stukje gedragsverandering bij de patiënt. Ook hebben we het gehad over hoe je familie kunt betrekken bij het geven van voorlichting. En als laatste een stukje visuele voorlichting en het gebruik van folders.

G: Ja klopt.

O: Heb je zelf nog vragen.

G: Nee.

O: Dan wil ik je erg bedanken voor de moeite en dat ik jou mocht interviewen.

Interview 5

O: Heel fijn dat ik jou mag interviewen voor mijn onderzoek. Het doel van mijn onderzoek is dat ik inzicht wil krijgen in hoe verpleegkundigen op de afdeling voorlichting geven aan patiënten over het acuut coronair syndroom. En hoe dat we dat op de afdeling kunnen verbeteren. Het interview zal ongeveer 30 tot 45 minuten duren. Ik neem het interview op aan de hand van audioapparatuur. Daarna zal ik het interview uittypen en dat gebeurt anoniem. Dus alleen ik ben op de hoogte welk interview hoort bij welke persoon. Voor de rest zal ik na afloop, als ik het interview heb uitgeschreven, zou ik een samenvatting naar jou sturen. Dan heb je een week de tijd om te reageren of die gegevens kloppen of dat er dingen instaan die jij niet zo hebt gezegd of hebt bedoeld.

G: Ja.

O: Je hebt het toestemmingsformulier ondertekend en je hebt van mij de informatiebrief gehad. Heb je zelf vooraf vragen?

G: Nee.

O: Dan wil ik beginnen met mijn eerste vraag en dat is wat is jouw taak in het vormgeven van voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom?

G: “lange stilte” kun je het nog een keer noemen?

O: Wat is je taak in het vormgeven van voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom? Als verpleegkundige jouw taak?

G: Mijn taak daarin is om even kijken in het vormgeven. Af te stemmen op de patiënt, dus te kijken wat is het niveau van de patiënt, het intelligentieniveau zeg maar. In hoeverre begrijpt die de informatie die die gehad heeft. Dan denk ik met name de een heeft voldoende aan een PID boekje, die patiënt gaat dat PID boekje helemaal doornemen en die weet ervan. Maar je hebt ook patiënten die het aan de kant schuiven en die zeggen nou van mij hoeft het allemaal niet. Daar moet je creatief mee omgaan. Op zich we hebben wel de basis dat is het PID boekje. Maar mijn taak is om uiteindelijk te kijken waar heeft de patiënt op dat moment behoefte aan.

O: Ja.

G: En dat verschilt per patiënt en ik vind mijn taak om daarin vorm te geven van wat heeft de patiënt nodig.

O: En je zegt ik stem die voorlichting af op de patiënt, ja de individu. Hoe doe je dat?

G: Het is natuurlijk lastig omdat het PID boekje al uitgereikt wordt op de CCU. Dus ik ben er niet van begin af aan bij en ik weet ook niet zo goed wat er verteld is. Ik werk fulltime dus dat maakt het wel makkelijker dat ik een vertrouwensrelatie met de patiënt op kan bouwen en ik de patiënt een langere tijd zie. Wat ik dan vaak doe is stel een beetje domme vragen. Dus ik ga aan de patiënt vragen ik weet wel waarom u opgenomen bent, maar kunt u mij ook vertellen waarom u opgenomen bent?

O: Ja.

G: Of ik vraag heeft u het boekje gelezen is alles duidelijk? Maar dan ga ik ook vervolgens kijken als ik bijvoorbeeld de medicijnen deel. Weet u wel allemaal wat u allemaal inneemt? Kan ik ook gelijk toetsen of ze alles begrepen hebben. Dus ik ga er niet gelijk vanuit ik heb het boekje uitgereikt en de patiënt weet overal alles van. Ik kijk altijd nog is de informatie, was het overgekomen was het blijven hangen. Dan probeer ik vaak de patiënt daarin te laten praten.

O: Dus dat je eigenlijk de patiënt de informatie laat herhalen om te kijken wat de patiënt al weet?

G: Ja.

O: En je hebt het over het PID boekje, wat houdt dat precies in?

G: Het PID boekje is een boekje waarin staat wat is een acuut coronair syndroom. Wat voor onderzoeken worden daarbij. Wij kunnen nog als verpleegkundigen nog aanvinken wat voor onderzoeken de patiënt gehad heeft. Daarbij staat wat voor medicatie de patiënt gebruikelijk gegeven wordt bij een acuut coronair syndroom. Wie hun behandeld arts is. Wat we gedaan hebben, hebben ze een echo gehad hebben ze een hartkatheterisatie gehad. Wat hebben ze vervolgens gedaan, wat voor behandeling heeft de patiënt gehad. Een stukje veel gestelde vragen dus wat wanneer mag ik autorijden, wanneer mag ik vliegen. Van die hele praktische vragen die je kan krijgen. Ook vragen voor als de patiënt thuiskomt als die denkt hoe was het ook alweer. Dat ze een stukje naslag hebben om te kijken wat daar het antwoord op is.

O: Ja.

G: Vroeger zat er ook in dat we controle afspraken daarin bundelen. Maar omdat tegenwoordig alles thuisgestuurd wordt, doen we dat niet meer. Daarin staat ook de laatste bloeddruk en hartslag van de patiënt. En officieel ook de cholesterol maar dat wordt weinig gedaan.

O: Want wat is de werkwijze precies rondom dat boekje?

G: Als de patiënt komt met een ACS wordt die in eerste instantie ingevuld op de hartbewaking. Als die officieel in het ACS protocol gaat. De dokter schrijft op van heeft de patiënt een infarct ja of nee en wat de grootte van het infarct is en als ze bijvoorbeeld al een dotter gehad hebben komt dat er ook al in. En wat was je vraag ook alweer?

O: Wat de werkwijze is?

G: O ja en vervolgens probeer moeten we dat boekje up to date houden tijdens de opname. Dat wordt vaak niet gedaan, dat wordt vaak pas gedaan als de patiënt naar huis gaat. Dan vragen we opnieuw het boekje, dan controleren we is alles ingevuld en dan geven we hem mee met ontslag.

O: Ja. Want wat versta je dan precies onder dat up to date houden?

G: Bijvoorbeeld als een patiënt een echo gehad heeft tijdens de opname dat we dat dan aanvinken.

O: Ja. En je gaf net aan dat boekje wordt uitgereikt op de hartbewaking. Wat is de rol van de hartbewaking daarin?

G: Het boekje introduceren denk ik. Het uitreiken en zeggen van hé dit is het informatieboekje waarin eigenlijk alles staat wat u behoort te weten omtrent acuut coronair syndroom. Wel belangrijk is denk te vertellen dat het boekje niet helemaal leidend is. Kijk elke patiënt is weer anders, iedereen bewandelt een andere weg. De ene heeft daarbij ook Multi problematiek, dat vind ik altijd wel daarin te benoemen dat de CCU verpleegkundige dat doet.

O: Ja.

G: Ja het maakt het wel lastig natuurlijk. De echte acute fase is op de hartbewaking zijn en er komt zoveel op die patiënt af. Dan krijgen ze ook nog zo’n boekje. Ik vind het wel aan de CCU verpleegkundigen om op dat moment om daar op een gepaste wijze mee om te gaan. Dus gedoseerd informatie te geven en te zeggen van het hoeft niet allemaal in een dag uit.

O: Ja. Want hoe is die samenwerking tussen de CCU en de afdeling rondom dat boekje?

G: Eigenlijk puur alleen wordt verteld hij heeft het boekje gehad. Eigenlijk als ik eerlijk ben kom ik ook vaak achter dat de patiënt hem niet gekregen heeft. Dat wij op de afdeling nog het boekje kunnen uitreiken.

O: Ja. Hoe vind jij die samenwerking gaan op dit moment?

G: Slecht denk ja het verschilt heel erg per collega die gewerkt heeft of de drukte. De ene keer komt de patiënt over met een perfect ingevuld boekje. Er staat is door de fysio beoordeeld in het systeem enzovoort. De ene keer komt die over en dan is het maar halve bak gedaan, omdat die patiënt snel over moest naar de afdeling.

O: En wat zouden we daaraan kunnen verbeteren?

G: “lange stilte” Ik denk dat het al heel erg scheelt om de overdracht bij een ACS, bij alle patiënten aan het bed te doen. Zodat we meteen eigenlijk kunnen vragen kunnen toetsten bij de patiënt is de informatie begrepen. Ook heeft u het PID boekje gehad. Dus eigenlijk als het niet gedaan is dat die CCU verpleegkundige het nog kan doen. Maar wat gebeurt nu, nu gaan wij in het kantoor overdragen en dan kan ik niet toetsen weet de patiënt wel wat de verpleegkundige zegt.

O: Dus dat eigenlijk overeenkomt met wat de verpleegkundige zegt met wat de patiënt weet?

G: Ja.

O: En wat zijn er naast het PID boekje nog andere voorlichtingsmateriaal dat gebruikt wordt?

G: Ik moet zeggen dat ik dat zelf vaak wel doe. Dus in het PID boekje staat bijvoorbeeld niet heel duidelijk welke kransslagader nu welke is. Want ik dan wel eens doe is op Google een plaatje en dat ik laat zien dit zijn jouw kransslagaders en hier en hier zit een verstopping.

O: Ja.

G: Of een filmpje pak en opzoeken en de patiënt laten zien. Niet iedereen snapt het met tekst. Vaak met een filmpje als het visueel wordt wel. Daar hebben wij geen filmpje van op de afdeling van het JBZ. Dus die zoek ik dan gewoon op van een willekeurige site. Maar andere voorlichting hebben we eigenlijk niet.

O: Dus dan zijn het puur die visuele voorlichting die je dan zelf op de computer opzoekt?

G: Ja.

O: Want hoe kijk je dan aan tegen het gebruik van visuele voorlichting?

G: Ik denk dat het per patiënt afhankelijk is maar mensen snappen het vaak wel beter als ze het gezien hebben. Bijvoorbeeld als ze een CAG krijgen dat ze gezien hebben van er komt een blauw doek over me heen. Ze snappen precies wat er gaat gebeuren, ze hebben het ook gezien.

O: Ja.

G: Ik zou het zelf ook fijn vinden als ik al weet hoe zoon hartkatheterisatiekamer eruit ziet als ik daar terecht ga komen. Of ook het stukje van nou hoe zien die kransslagaderen eruit. Mensen weten vaak niet dat ze kransslagaderen hebben bijvoorbeeld. Of dat ze er drie hebben. Ik kijk daar wel positief daar naar visuele voorlichting.

O: Ja. Jij geeft net zelf al aan dat je daar zelf wel gebruik van maakt. Hoe vind jij dat er in het algemeen gebruik van wordt gemaakt op de afdeling?

G: Weinig, weinig dat gebeurt echt weinig. Het is vaak echt o ja die heeft een ACS. Dat is een groene patiënt dus weinig geen zorg aan. Maar ja dat wordt vaak wel onderschat. Ik denk echt wij kunnen echt meer er uit halen. Als mensen met ontslag gaan een stukje zelfverzekerder zijn. Ik vind er is weinig aandacht voor die psychosociale begeleiding. Mensen zijn vaak angstig om naar huis te gaan. We hebben een tijdje geleden spiegelgesprekken gehad en daar kwam uit dat ze de opname vonden ze heel goed er was heel veel aandacht voor. Maar het ontslag verliep heel rommelig. Dat merk ik ook wel dat mensen heel angstig vaak naar huis gaan, wat als er weer iets gebeurt. Ik denk dat we daar veel meer aandacht voor kunnen vragen.

O: Ja.

G: Wat ik bijvoorbeeld in Bernhoven heb ik daar een keer twee dagen meegelopen. Daar hadden ze een infarctmap. Daar stond gewoon heel simpel allemaal plaatjes in. Dan gingen ze naar volgens mij was dat de tweede dag na opname. Dan hadden de mensen infarctgesprek. Zo noemde ze dat. Dan werd familie uitgelegd, vaak de eerste contactpersoon. Dan gingen ze gewoon met de verpleegkundige, patiënt en eerste contactpersoon met z’n drieën zitten. Dan gingen ze vertellen nou dit is aan de hand, dit zijn is uit de bloedwaardes gekomen. Dan houd je het aan de ene kant nog heel erg op verpleegkundig gebied. Maar er is gewoon een moment waarbij stil wordt gestaan en dat het dan duidelijk is dit is het.

O: Ja.

G: Nu doen wij het verschuiven na de dokter. Angst na een infarct vind ik ook met name een groot verpleegkundig probleem in plaats van een probleem van de dokter.

O: Ja. Want hoe speel jezelf in op dit moment op de angst van de patiënt?

G: Rustig bij de patiënt gaan zitten en gewoon de patiënt laten praten. Wat vindt die angstig. Waar is die bang voor? Wat denkt die dat er kan gaan gebeuren met name de patiënt daarin laten praten en daarin hulp bieden. En bijvoorbeeld wat ik dan ook weleens doe lijnen uitzetten die patiënt gaat vervolgens naar de hartrevalidatie. Maar dat is pas naar vier tot zes weken en die tussentijd kunnen ze heel angstig zijn. Dus dan zeg ik vaak wel dit is het telefoonnummer. Als u vragen hebt kunt u altijd bellen. Op de Cardiologie hebben we een telefoonnummer waar de patiënt altijd naar kan bellen.

O: Ja.

G: Ik heb zelfs weleens mensen die naar huis gaan, waarbij ik echt denk nou die is echt heel erg bang. Dat ik gewoon de volgende dag bel. En dat vinden de mensen dat stelt ze gerust. Ik denk echt dat ze dat heel fijn vinden. Dus dat probeer ik dan weleens te doen. Dat is het voordeel als je fulltime werkt, dat maakt het makkelijker.

O: Ja dan heb je langer die relatie met de patiënt?

G: Ja. Het gesprek hoeft maar twee minuten te duren. Maar vaak zijn ze thuis dan wel ergens tegen aan gelopen wat je kunt bespreken.

O: Ja. Want je gaf net al even van die psychosociale factoren ja die factoren wordt gewoon te weinig aandacht aanbesteed. En wat zijn voor jou dan echt de knelpunten op de afdeling?

G: Hectiek, de telefoon die continu gaat. Als ik een keer serieus met de patiënt probeer te zitten, wordt ik al drie keer gebeld van waar ben je, wat ben je aan het doen. Ja je krijgt een overname, opname dat je daar vervolgens heel druk mee bent, dat daar de focus op ligt. Ja het continu sturen van collega’s ook wel met name jong gediplomeerde. Dat maakt dat je minder tijd hebt voor echt rustig bij een patiënt zitten en daar aandacht voor te hebben.

O: Ja en wat bedoel je dat precies met het sturen van collega’s?

G: Collega’s die bijvoorbeeld kennistekort hebben en die een hulpvraag doen. Dat wordt dan heel veel gedaan. Als ik dan bij een patiënt zit krijg ik weer een vraag of als er op- of overnames komen om collega’s je kunt het beter zo en zo doen. Dat merk ik wel dat dat minder is, dat je dat veel moet doen.

O: Ja.

G: En ik heb wel het idee dat jaren geleden toen we het papieren dossier hadden, dan hadden we echt een ACS protocol in de map zitten. Dan moesten we echt aanvinken wat we gedaan hadden. Naar mijn idee liep dat veel beter. Iedereen deed hetzelfde zeg maar. Wel op je eigen manier en wat de patiënt wil. Maar je wist wel wanneer wat gedaan moest worden en besproken moest worden. Nu heb je daar gewoon geen zicht op.

O: Nee. Dus eigenlijk geef je aan vroeger was er echt een eenduidige werkwijze en dat is iets wat nu mist?

G: Ja ik denk de collega’s die hier langer werken en nog het papieren dossier meegemaakt hebben. Die weten precies wat er in zo’n ACS protocol voorkomt. Maar de nieuwe collega’s weten niet zo goed wat zo’n ACS protocol nou inhoudt. Weten ook niet wat de nazorg daarbij is. Die hebben niet meegelopen op de hartrevalidatie. Dus die kunnen ook niet vertellen wat daar gaat gebeuren.

O: Ja.

G: Ik probeer nu al tegen studenten te zeggen, loop maar mee met de hartrevalidatie echt heel interessant. En dan komen ze ook terug en dan zie je ook echt dan kunnen ze ook echt die patiënt vertellen wat er gebeurt. En ik merk collega’s die er al langer werken al echt een aantal jaar in vergelijking met collega’s die niet het papieren dossier hebben meegemaakt, dat ze daar wel kennistekort in hebben.

O: Ja. Dus dat er eigenlijk kennistekort is over welke behandeling of revalidatietraject de patiënt heeft en dat ze ook daardoor de patiënt niet goed kunnen voorlichten?

G: Ja en wat gebeurt daar precies. Dat weten ze niet. Ik moet zeggen ik weet zelf wat daar speelt. Wat ik dan ook wel eens doe dan mail ik een Physician Assistant of iemand die een MDO doet binnen de hartrevalidatie dat ze al wel weten wat mijn observatie is geweest. Dat doe ik niet vaak. Maar je hebt weleens een patiënt die heel angstig is dat je denkt dat het wel goed is als die al eerder opgeroepen wordt. Dan na vier weken.

O: Ja. Want hoe ervaar jij op dit moment eenduidigheid in het geven van voorlichting door de verpleegkundigen in het team?

G: Het is niet eenduidig. Het enigste wat ik zeker weet van dat er eenduidigheid is, is dat gewoon het PID boekje uitgereikt wordt. Daar zit met name de continue factor in.

O: Ja.

G: Maar voor de rest niet.

O: En hoe kijk jij tegen het algemene begrip eenduidigheid aan in relatie met de voorlichting?

G: Wat ik toen straks al zei. Ik denk wel dat het goed is door allemaal wel dezelfde basis over te brengen. Maar ik denk wel, maar dat weet ik zeker. Je moet het aanpassen aan de patiënt, waar de patiënt behoefte aan heeft. Ik betrap me zelf er ook wel eens op. Dat kun je ook gewoon vragen. Wilt u de informatie via een filmpje, wilt u dat u het zelf googelt. Dat ja doen we te weinig.

O: Ja.

G: Wij vullen in wat de patiënt nodig heeft.

O: Ja. Hoe komt het dat het nu niet op een eenduidige manier is? Wat mist daarin?

G: “Lange stilte” Ten eerste met name ik weet niet zo goed wat mijn collega de dag van tevoren al gezegd heeft. Dat maakt het wel weer lastig, want als je dat ergens noteren dan heb je ook weer super veel registratielast. En dan moet je het ook weer helemaal gaan uitschrijven, want soms heb je weleens lange gesprekken met patiënten.

O: Ja.

G: Misschien dat je wel zou kunnen zeggen dit en dit onderwerp, deze onderwerpen moeten deze opname besproken worden. Maar je mag zelf invullen op welke manier. Als je het maar overbrengt.

O: Ja.

G: De vraag is dan wel of het is binnengekomen. Toets je dat dan ook? Dat maakt het lastig.

O: Want hoe wordt dat nu gedaan dat toetsen?

G: Ik denk bijna niet. Als het druk is betrap ik mezelf er ook op. Wat ik toen straks al zei, ik probeer het vaak wel te doen. Door bijvoorbeeld vragen te stellen heeft u het begrepen. En als ze het kunnen vertellen weet ik ook dat ze het hebben begrepen. Is het binnengekomen?

O: Ja. Dus dat wisselt dan ook in de combinatie met de tijd die je hebt?

G: Ja.

O: Want hoe ja is in het algemeen de tijd die je hebt voor het voorlichten?

G: Ik denk zelf dat de tijd er wel is, maar de externe factoren maken het dat je het niet naar tevredenheid kunt doen. Dat is een mooie zin.

O: Ja. Wat versta jij onder de externe factoren?

G: Telefoon, bellen van patiënten dat zijn echt de twee dingen. Wij krijgen zo intens veel telefoon, dat vind ik echt veel.

O: Ja dat je gebeld wordt bedoel je?

G: Ja dat maakt dat je het gevoel hebt dat je weinig tijd hebt. Maar ik vind de tijd is er, maar als ik niet gebeld, weet ik zeker dat ik ook voldaan ben in wat ik gedaan heb.

O: Heb jij zelf een idee over hoe we dat zouden kunnen aanpakken. Of wat zou voor jou helpend zijn?

G: Nou ik denk wel een vast moment waarbij je een bepaald aantal onderwerpen bespreekt. Bijvoorbeeld zo’n infarctgesprek. Dat lijkt me voor ons echt wel een meerwaarde. Dat we ook de contactpersoon erbij betrekken. Die hebben vaak ook heel veel vragen. Daarbij ook denk ik het plan om een medisch ontslaggesprek en verpleegkundig ontslaggesprek te combineren. Dat denk ik ook zeker. Dat vind ik ook wel goed.

O: En hoe vul je dan dat combineren in?

G: Dat in eerste instantie de dokter een medisch gedeelte gaat vertellen van nou dit en dit hebben we gezien, dit en dit is het plan en dan heeft u op medisch gebied vragen. Nee dan gaat de verpleegkundige daarin verder.

O: Dat ze eigenlijk samen met z’n drieën. De patiënt en mogelijk familie en de arts en de verpleegkundige het ontslaggesprek doen?

G: Ja dat is eigenlijk ook het idee zoals we het willen, maar zoals het eigenlijk niet gebeurt.

O: Nee en hoe komt dat dat niet gebeurt?

G: Dat weet ik niet zo goed een tijdje geleden is dat ging dat goed. Toen was er een arts-assistent die dat als afstudeeronderwerp had. Maar vervolgens is dat niet verder doorgezet. Terwijl mensen gaven echt aan dat ze veel meer tevreden waren, minder vragen hadden na ontslag en minder onzeker waren.

O: Ja. Omdat die lijntjes dan korter waren?

G: Ja.

O: Dat je alles gelijk bij elkaar houdt?

G: Ja.

O: En ik hoorde jou net al een paar noemen van nou het zou fijn zijn als we een soort overzicht hadden van die die en die punten zouden terug moeten komen. Kun je benoemen welke punten vind jij van belang waar de patiënt voorlichting over krijgt?

G: Nou ik denk leefstijl. Ik ben me ervan bewust dat mensen na vijf dagen gemiddeld nou ja eigenlijk vier dagen na een infarct maar bij ons liggen. Daarbij ben ik mezelf wel bewust ik krijg gedragsverandering niet binnen vier dagen gedaan.

O: Ja.

G: Maar je kunt wel de eerste stap zetten. Dat mensen wel gaan open staan ervoor. Ze hoeven het nog niet te doen, dat hoeft niet. Maar ik denk wel een stukje bewustwording creëren. Van oké roken is slecht voor mij en ik kan ook benoemen waarom het slecht is. Dat ze nog niet gestopt zijn, komt later wel. Dus dat denk ik wel dat heel belangrijk is.

O: Ja.

G: Een stukje medicatie, wat voor bijwerkingen kunnen ze ook hebben. Angst als mensen naar huis gaan. Dat vind ik echt wel een hele belangrijke. “lange stilte” Ja ruimte voor vragen. Wat mag ik wel en wat mag ik niet? Ik zie vaak dat mensen ja tot de hartrevalidatie begint moet je wel even rustig aan doen. Maar wat is rustig aan een heel breed begrip. Ik zeg dan ook rustig doen is niet gelijk intens gaan sporten, maar wel rond blijven lopen. Rustig aan is niet de hele dag op de bank of in bed. Dan weten ze ook wat rustig aan is.

O: Ja. Want je merkt dat daar nu wel onduidelijkheid bij de patiënten in is?

G: Ja dat denk ik wel dat beter kan.

O: Dus die onderwerpen dan terug laten komen in de voorlichting?

G: Ja.

O: En je zei net ook al de familie erbij betrekken. Want hoe gebeurt dat op dit moment het betrekken van familie bij voorlichting?

G: Eigenlijk bij een familiegesprek en dan doet de dokter het en niet de verpleegkundige. En ik zie het bij als de familie vragen heeft aan de balie. Maar ik denk dat moet je eigenlijk gewoon voorkomen. Ik denk ook echt wel dat dat kan.

O: Ja want hoe zouden we dat kunnen voorkomen?

G: Ja door bijvoorbeeld zo’n gesprek op een vast moment. Dat kan in de ochtend zijn dat kan in de avond zijn. Ook daarmee een afspraak te maken met de patiënt en familie. Bijvoorbeeld dat je zegt maandag avond om zeven uur gaan we met z’n drieën zitten om een gesprek te voeren.

O: Ja want wat is voor jou de meerwaarde om familie te betrekken?

G: De patiënt heeft de mantelzorger nodig om ook gedragsverandering te kunnen gaan doen. “lange stilte” Hun zien de patiënt natuurlijk vaker dan wij die zien. Dus het kan ook juist weer dienen als een vraagbaak van de patiënt naar de familie. En ook angsten reduceren bij familie. Want de patiënt wordt vaak alleen maar gezien als oké het is die meneer met ACS. Maar er zit veel meer achter de patiënt. Dat wordt vaak vergeten. Daardoor denk ik wel dat familie zeker een meerwaarde heeft om aanwezig te zijn.

O: Ja en waar zou het aan kunnen liggen dat dat op dit moment niet gebeurt?

G: Dat kwam ook uit mijn afstudeeronderzoek dat familie wordt gezien als meer een last dan een kracht in de zorg. Dat is een mooie zin.

O: Ja. Wat houdt die last dan precies in?

G: Die last houdt in dat toen we bijvoorbeeld bezoektijden gingen verruimen, wanneer kan ik dan mijn werk doen? Is dat belangrijk, het is toch wanneer de patiënt zijn zorg wil? Trouwens wat ik ook wel denk dat als je familie er bij betrekt dat je door het inspelen op angsten, heropnames voorkomt. We hebben best wel een hoge heropname.

O: Ja.

G: Wat was je vraag nou net?

O: Even denken, waar het aan zou kunnen liggen dat familie niet altijd even goed betrokken wordt? En toen had jij het over die lasten.

G: O ja en waarom is het een last? “lange stilte” Het vraagt veel tijd en het kan niet op het moment dat de verpleegkundige wil. Want familie is niet altijd beschikbaar. Dat mensen het moeilijk vinden om iets af te spreken met familie. Omdat je weet nooit hoe het is op de afdeling op dat moment. Ik denk ja je kunt dingen overdragen en plannen, maar zo denkt niet iedereen.

O: Ja. Dus jij zou eigenlijk zeggen je kunt dat stukje tijd ondervangen om het meer te plannen en dan je collega’s over te dragen? Dat wordt niet door het hele team zo ingevuld?

G: Ja.

O: Ja eigenlijk heb je net al aangegeven wat dan voor jou de mooie situatie zou zijn. Dat zou dan als we echt van die gesprekjes inplannen, zo’n infarctgesprek met de familie?

G: Ja als de patiënt dat ook wil. Ik denk dat we nog steeds voor zorg op maat. Als de patiënt het wenst denk ik wel dat dat zeker goed is om te doen. En ik denk dat negen van de tien patiënten dit wel zou willen.

O: Ja want is dat ook iets wat je terug hoort van patiënten. Dat ze daarin iets missen?

G: Nee ja. Ik merk het met name door de vragen die ze stellen. Bijvoorbeeld ging er een patiënt met ontslag en toen kwam die vrouw, die dochter aan de balie. Die zegt die mijn moeder mag vandaag met ontslag, maar wat hebben ze nou precies allemaal gedaan. Dat denk ik dan hebben we het wel echt heel erg verkeerd gedaan. Als die vrouw vandaag naar huis gaat en ze heeft al een katheterisatie gehad, ze is al gedotterd en ze heeft een langere tijd aan de telemetrie gelegen. En niemand heeft ooit aan die dochter, die eerste contactpersoon is, gezegd wat er nou gebeurt is deze opname. Dan denk ik wel dan hebben we de plank met z’n alle mis geslagen. Dan moet je echt gaan nadenken, waar heb ik het verkeerd gedaan. Maar ja that’s life helaas.

O: Ja en verder vroeg ik mij af hoe jij het vindt hoe wij eigen regie van de patiënt een rol kunnen laten spelen in het geven van voorlichting?

G: Dat is een mooie. Toevallig ben ik daar heel druk mee bezig. Ja dat gebeurt gewoon, hoe wij dat kunnen vormgeven?

O: Ja of ja je mag ook vertellen hoe het gebeurt nu?

G: Nou we stellen eigen regie dat vinden we eigenlijk, dat gebeurt eigenlijk heel weinig dat we mensen dat geven. We leggen voornamelijk de focus op wat kan de patiënt niet meer. Maar niet bij wat kan die wel.

O: Ja.

G: Ik ben heel erg voorstander van de positieve gezondheid. Ik probeer de patiënt ook echt wel waar bent u heel erg trots op, wat vind u belangrijk. Vanuit daar kun je meer gedragsverandering krijgen, dan dat je gaat zeggen je moet stoppen met roken. Oké de patiënt vind het. Bijvoorbeeld vandaag had ik een patiënt, die had dan wel hartfalen, maar die heeft dan de hele dag dorst. Maar ik zeg wat vindt u nou het allerbelangrijkste. Ja om geen dorst te hebben. Ja oké hoe kunnen we dat oplossen. In plaats van dat we elke keer denken hij zit aan zijn vochtbeperking en heel streng zijn. De kraan af tapen ik weet niet wat we allemaal doen. In plaats daarvan gewoon te kijken, waar komt dat vandaan. Waarom heeft die zo’n dorst. Kunnen we dan niet zuurtjes aanpassen enzovoort. Nee we gaan gelijk in wat doet die verkeerd in plaats van hoe kunnen we het anders doen.

O: Ja.

G: Dat is ook met patiënten die een infarct gehad hebben. Ik denk dat we die veel meer eigen regie kunnen doen en vragen wat willen hun. Naast je voorlichting die je geeft ook te vragen van wat wilt u wat kunt u enzovoort.

O: Want hoe wordt dat nu op de afdeling toegepast?

G: Niet.

O: En wat denk je dat de verpleegkundige daarin mist om dat toe te passen?

G: Ik denk dat het een andere manier van denken is. Dat de zorg bij ons op de afdeling, ik denk heel de zorg bestaat meer in het teken van het zorgen voor afwezigheid van symptomen. Dat sommige symptomen of leefstijl accepteert de patiënt, ondanks al het risico die het heeft. Wie zijn dan wij om daar iets mee te doen. We investeren heel veel tijd en geld in ervoor te zorgen dat de patiënt stopt met roken of stopt met drinken of dat die hoge bloeddruk weggaat. Maar misschien hoeft voor de patiënt dat niet, vind die dat niet belangrijk. Nou ben ik de vraag vergeten.

O: Wat verpleegkundigen missen om eigen regie toe te passen?

G: Ze missen daarin denk ik kennis. Toevallig ga ik daar mee aan te gang. Maar mensen missen kennis over hoe kan ik de patiënt eigen regie geven in het totale zorgproces. Dat vinden mensen vaak lastig. Want eigen regie wordt vaak, dat is het natuurlijk heel erg basis van de patiënt kan zijn eigen bed opmaken, dus hij moet zijn eigen bed op maken. Maar het is ook eigen regie in een stukje besluitvorming.

O: Ja.

G: Gezamenlijke besluitvorming op de afdeling wordt gewoon niet gedaan. Dat is ook een stukje regie. We lopen geen visite aan het bed bij de patiënt. Er wordt van tevoren een beleid bedacht en we gaan naar de patiënt. Waar is de regie van de patiënt, die is er niet. Dan moet die wel heel erg tegen de Cardioloog ingaan om dan te veranderen. Maar we geven de patiënt niet het gevoel dat hij de zorg bepaalt.

O: Ja dus als ik jou zo hoor is het vooral een stuk kennistekort en een andere denkwijze van de verpleegkundigen waar het op mis loopt dat de patiënt geen eigen regie kan hebben?

G: Ja en ik denk ook met name bij die jonge zorgprofessionals met name de Hbo’ers die krijgen de positieve gezondheid die krijgen het heel erg mee vanuit school. Bij de MBO-verpleegkundigen, de ouderen rotten in het vak merk ik wel dat die het lastig vinden om dat toe te passen. Want daarbij is het vaak nog de dokter en verpleegkundige bepaalt.

O: Ja en dan is die hiërarchie ofzo een stukje verschil wie wat te zeggen heeft?

G: Ja. En de patiënt die mondig is die wordt gezien als een last. Maar ik denk ik houd daar wel van.

O: Ja. Dus dat de patiënt eigenlijk geen recht van spreken heeft?

G: Ja eigenlijk niet.

O: Oké mooi. Ik heb eigenlijk mijn hoofdpunten wel gehad. En ik ben benieuwd of jij zelf dingen hebt rondom de voorlichting van nou dat zou ik echt graag kwijt willen.

G: Ik denk qua voorlichting met het totale ACS dat wij daar op de afdeling, daarom vind ik het goed dat jij je afstudeeronderzoek daar over doet. Maar om daar echt kritisch naar te kijken hoe kunnen we voorlichtingsmateriaal ontwikkelen zodat we de zorg op maat of de voorlichting op maat kunnen bieden. En wat ik al zei dat kan doormiddel van een PID boekje zijn. Dat kan doormiddel van een filmpje zijn aan de hand van een audioboek weet ik veel. Dat kan van alles op verschillende manieren zijn.

O: Ja.

G: Wat heeft de patiënt nodig en ik denk dat we daar naar moeten kijken. Niet dat wij bedenken een PID boekje nodig is.

O: Dus eigenlijk een stukje eigen regie komt daarin terug. Dat je eerst vraagt wat de patiënt graag wil en dat we daar interventies op inzetten. In plaats van dat je al gaat invullen wat de patiënt nodig heeft?

G: Ja.

O: Mooi. Had je verder nog dingen?

G: Nee.

O: Dan zou ik het nog even kort samenvatten. We hebben verschillende dingen besproken. We hebben besproken wat de werkwijze is rondom het voorlichten op de afdeling over het gebruik van het PID boekje, wat van de CCU al over hier naar toe komt. We hebben het een stukje gehad over de voorlichting afstemmen op de individuele patiënt en ook het gebruik maken van verschillende soorten voorlichtingsmaterialen. Dus bijvoorbeeld visuele voorlichting. Daarnaast gaf jij aan het inspelen op de angst van de patiënt en de psychische factoren dat door nog winst in valt te behalen. We hebben het gehad over een stukje gedragsverandering van de patiënt. Hoe je daar tijdens opname al een begin mee kan maken. En we hebben gekeken naar het betrekken van familie bij de voorlichting en wat je ook meerdere keren terug liet komen was een infarctgesprek. Dat we daardoor ook de familie kunnen betrekken en ook een vast moment hebben om die voorlichting te geven. Omdat er op dit moment ook geen echt eenduidig beleid is. En het prettig zou zijn als er dan een aantal onderwerpen zijn waar voorlichting over gegeven kan worden. Maar dat verpleegkundigen dat dan op haar eigen manier in kan vullen. En we hebben het een stukje gehad over de tijd die beschikbaar is voor het geven van voorlichting en dan over de eigen regie van de patiënt. Heb ik nog iets gemist?

G: Nee dat was het wel.

O: Nou dan wil ik jou heel erg bedanken voor je inbreng.

G: Graag gedaan

Interview 6

O: Ik vind het heel fijn dat ik jou mag interviewen voor mijn onderzoek. Het doel van mijn onderzoek is dat ik inzicht wil verkrijgen hoe er hier op de afdeling voorlichting wordt gegeven aan patiënten over het acuut coronair syndroom. En dat ik ook kijk hoe we dat kunnen verbeteren. Het interview zou ongeveer 30 tot 45 minuten duren. De gegevens neem ik op en die zullen daarna uitgetypt worden en die worden anoniem verwerkt. Dus alleen ik ben op de hoogte welke gegevens horen bij welke persoon. Voor de rest krijg jij naar afloop, zal ongeveer naar een week zijn, een samenvatting van het interview.

G: O ja dat is wel fijn.

O: En dan kun je zelf kijken of dat dat klopt. En mochten er nou dingen instaan waarvan jij denkt nou dat heb ik helemaal niet gezegd of dat klopt niet. Dan krijg je een week de tijd om dat even aan mij te laten weten.

G: Ja.

O: Je hebt het toestemmingsformulier ondertekend en je hebt de informatiebrief van mij gehad. Heb je verder zelf nog vragen?

G: Nee verder is het duidelijk. Ik vind het wel leuk om als je alles verwerkt hebt, om de resultaten ook te zien. Ik weet niet of je dat komt presenteren of niet.

O: Daar is nog niet iets over vastgesteld, maar ik kan er een terugkoppeling over geven.

G: Ja het mag ook schriftelijk maar ik vind dat altijd wel interessant.

O: Ja zeker. Het is ook de bedoeling dat er echt iets mee gedaan kan worden op de afdeling.

G: Ja.

O: Dan wil ik beginnen met mijn eerste vraag. Wat is jouw taak in het vormgeven van voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom?

G: Met vormgeven bedoel jij gewoon het geven van? Nou ik denk een taak voor ons ligt om ja de patiënt te informeren van wat houdt het ziektebeeld in, wat zijn ja richtlijnen. Maar ook van hoe kun je hier mee omgaan ook voorlichten over stukje emotie. Ik bedoel ja heel vaak zie je wel als mensen iets aan het hart hebben, dat het dan toch mensen meer emotioneel worden.

O: Ja.

G: Ja dat is het denk ik wel zo’n beetje. Kijk een arts doet het medische. Kijk wij vertellen ook wel hoe de vork aan zijn steel zit. Maar wij kunnen daar anders op ingaan. Meer de menselijke kant. Kijk een arts die geeft van dit en dit en dit is het, op medisch gericht. Wij kunnen ook echt in die voorlichting een stukje begeleiding stoppen.

O: Want wat zijn dan de onderwerpen die jij als verpleegkundige bespreekt met de patiënt?

G: Vooral wat voor invloed heeft het op je leven. Ik kijk altijd wat voor persoon heb je voor je. Tegenwoordig zie je steeds meer jongere mensen, dus ja die nog in het werkproces zitten. Want hoe ja wat heeft het voor invloed op werk. Wat heeft het voor invloed op hun gezinsleven, het zijn ook heel vaak mensen met jonge kinderen? Wat kunnen ze zelf bijdragen hé om er voor te zorgen dat er van een gezonde leefstijl. Kijk soms kunnen ze er ook niet altijd wat aan doen. Als het familiair is wil niet zeggen rook, drink en eet er maar op los. Maar kijk je kunt het nooit voorkomen.

O: Ja.

G: Maar in ieder geval werk en leefstijl. Ja de emotie, ja hoe moet het nou verder. Nou ben ik ineens hartpatiënt zeg maar en nou moet ik zeg tegenwoordig is dat vaak toch wel minder rigoureus dan vroeger. Vroeger als je een groot hartinfarct had. Dan had je dat en dan was een groot deel van je pompfunctie weg.

O: Ja.

G: Nu zeggen ze van er komt hier iemand met een afsluiting, die kan nog gedotterd worden. Om ervoor te zorgen dat de schade beperkt is, zodat het toekomstperspectief er al wat beter uit ziet. Dus ja dat soort dingen.

O: En jij zei net dan kijk ik naar de patiënt die ik voor me heb. Want hoe stem jij je voorlichting af op de individuele patiënt?

G: Nou iemand die bijvoorbeeld, dat mag ik denk ik niet zeggen. Maar iemand die in het verpleeghuis in een rolstoel al achter de geraniums zat en een infarct heeft. Daar stel ik mijn voorlichting anders op af dan als iemand van 45 die nog volop in het werkproces zit. Mensen van 45 kunnen tegenwoordig ook nog tieners van kinderen hebben. Vroeger had je met twintig een kind. Tegenwoordig is het toch wat ouder. Wat daar de consequenties voor zijn.

O: Ja.

G: Kijk dat mag je natuurlijk niet zeggen. Maar kijk iemand die 86 is en die al niet meer mobiel was voorheen, daar hoef je natuurlijk ook niet meer van te verwachten van hè hij kan weer vertrouwen krijgen in het lichaam. Durven van bewegen, het weer durven doen van sporten. Seksuele relaties, dat kan ook dat ze dat niet meer durven.

O: Ja.

G: Dus daar kijk ik ook wel een beetje van. Er zijn bijvoorbeeld ook vaak mensen die zeggen van nee nee ik wil niks horen. Dan probeer je toch van te kijken van ja, dat zeg je nou wel. Maar zou je daar geen spijt van krijgen als je thuis bent hè bedoel. Op een gegeven moment ga je toch denken van wat is mij overkomen. Of ja als het echt niet wil dan geef ik ze wel folders mee.

O: Ja.

G: Maar wat ik vaak wel jammer vind bijvoorbeeld als iemand met een acuut coronair syndroom hier komt. Op de hartbewaking liggen ze al twee dagen. Dan zeg ik van hebben ze al een PIDje hebben ze al wat informatie gehad. Nee geen PID begin daar maar mee op de afdeling. Dan denk ik daar mis je al best veel.

O: Ja.

G: Kijk ik vind het ook niet goed en die is net gedotterd om die mensen gelijk met informatie te overladen. Maar de dag erop kun je toch weleens voorzichtig beginnen zeg maar.

O: Want hoe vind jij in het algemeen die samenwerking tussen de hartbewaking en de afdeling rondom het geven van die voorlichting?

G: Bij sommige is het zo in orde of dat het door omstandigheden bepaalde dingen nog niet gebeurd zijn. Maar je kan wel zien ze hebben al wel een begin gemaakt. Maar bij anderen dan weet je al je moet PID gaan pakken, je moet gaan voorlichten. Dus het is een beetje.

O: Ja en waar zou dat aan kunnen liggen?

G: Ja nou ja. Ik weet niet of mensen, maar dat is hier ook hoor, informatie geven het belangrijkste vinden? Dat is niet alleen op de hartbewaking.

O: Ja dus meer dat de prioriteit dan ergens anders ligt, dat dat niet bij het informatie geven ligt?

G: Ja. Of dat ze denken dan heb ik het over de hartbewaking, laten ze het maar op de hartbewaking doen. Maar soms mis je toch wel dingen. Ik heb ook weleens dat ik dan ga vertellen, van nou ik heb hier het PID boekje die krijgt iedereen die een acuut coronair syndroom vroeger zeiden we een infarct. Heb ik een hartinfarct gehad. Ja, ik zeg nou misschien heeft de dokter verteld dat u wel een beschadiging heeft gehad. Ja, over beschadiging heeft die het wel gehad. Ja, dan denk ik dat vind ik toch wel jammer eigenlijk. Dat mensen al op een hartbewaking hebben gelegen. Dan komen ze hier en dan weten ze niet. In principe dat ze een hartinfarct of het nou groot, klein of mini is.

O: Dus dat ze daar eigenlijk een stuk informatie missen? Want is het voor jou inzichtelijk welke informatie de patiënt dient te krijgen op de hartbewaking?

G: Nou ik heb daar nooit echt zo van tjak tjak tjak dat moeten ze krijgen, maar wat ik denk. Wat ik zelf zou willen en wat ik denk ik denk dat als mensen snel snel snel. Hoe eerder je bent van ‘door to needle’ van de deur naar de naald, hoe beter het is. Dan ga je die mensen niet vermoeien. Maar de volgende dag, als mensen ondanks de dotter, toch wel wat schade hebben. Maar het is beperkt, maar dan denk ik wel dat een arts in ieder geval in zijn eerste visite wel moet zeggen van nou we hebben dit en dit gezien. We hebben gedotterd, daarom hebben we de schade wat kunnen beperken. Maar u heeft wel een klein of midden of een groot hartinfarct gehad.

O: Ja.

G: Dus dat zou ik wel graag willen, dat dat verteld werd. En dat een arts ook wel kijkt van goh ik zie dat u nog in het werkproces zit. Ik denk niet dat je volgende week weer aan het werk kan.

O: Dus dat is iets wat je merkt dat die patiënt die informatie niet heeft gehad?

G: Ja, van u heeft een hartinfarct of iedereen heeft dit. Vroeger ik vertel altijd een acuut coronair syndroom is eigenlijk een verzamelnaam van ziekte van de coronaire. Dat kan door een vernauwing zijn of een afsluiting, waardoor je een infarct hebt gehad. Heb ik een hartinfarct gehad, van de week nog?

O: Dan merk je dat ze die informatie niet hebben ontvangen?

G: Ja het kan natuurlijk ook wel zijn. Als je hier komt dat het wel gezegd is en dat het dan het ene oor in gaat en het ander oor uit gaat. Dus daarom zal het wel fijn zijn als je kunt zien, wat is er verteld.

O: Want hoe wordt nu gecontroleerd welke informatie de patiënt heeft ontvangen?

G: Ik zie dat niet vaak in de naslag bij de hartbewaking van de visite, van gesprek met de patiënt gehad over ziektebeeld en toekomst. Dat zie ik niet. Kijk ik neem aan als mensen een PID gehad hebben. Ik hoop niet dat ze het zo geven van lees maar door. Maar dat ze ook wel even iets bij vertellen. Maar ja ik weet het niet, ik kan het niet controleren.

O: Want wat is de werkwijze rondom dat PID boekje?

G: PID boekje is het uitreiken. Maar ik vind bij het uitreiken kun je het wel even kort doornemen. Van huh dit zijn de onderzoeken waar aan we kunnen zien wat er mis is met u hart. Deze pillen krijg je meestal. Dit zijn de meest gestelde vragen, die hebben we verzameld. Dan komt het stukje met hoe zit het nou bij u. Soms kun je dat nog niet invullen.

O: Ja.

G: Anders zeg ik altijd als die gedotterd is en hij is niet ingevuld. Dan gaan we morgen eventjes doen. Maar neem ik wel even die vragen door.

O: Ja.

G: Kijk en ze komen natuurlijk op een intake gesprek voor de hartrevalidatie, dat komt daar ook aan de orde. Maar ja dat duurt soms nog twee weken. Nou gaan ze tegenwoordig naar vier, vijf dagen naar huis. Sommige zijn best wel bang.

O: Want hoe wordt die werkwijze, want je legt net mooi uit hoe het moet gebeuren. Hoe wordt dat nu toegepast op de afdeling? Dat uitreiken van het PID boekje en het invullen?

G: Dat uitreiken moet eigenlijk gebeuren op de hartbewaking. En dat invullen, ik heb nu kamer 17. Dan kijk ik heb ik ACS, is het PID boekje uitgereikt? Ja of ik vraag het. Dan ga ik gewoon bij iedere patiënt even kijken van is het ingevuld. Ik vraag van heb je al wat doorgelezen, heb je vragen. Ja ik het ingevuld. Soms neem ik het nog wel even door.

O: Ja.

G: Ja, hebben ze vragen. Kijk als ik het kan beantwoorden doe ik het en anders niet. En dan schrijf ik wel op, in de rapportage, maar nergens van goh ik heb dit en dit getackeld. Dat je dat af kan tekenen.

O: Ja dus er is niet een mogelijkheid om af te tekenen dat je iets hebt besproken met de patiënt of dat wordt niet ergens genoteerd?

G: Ja wat ik al zei ik schrijf van ik heb het PID doornemen en hij had die en die vragen. Of ik schrijf hij had nog geen PID gehad, ik schrijf het ook altijd zo op. Als ze geen PID heeft gehad, heb ik nu uitgereikt even de werking uitgelegd gaat het wel of niet doorlezen. Maar er is nergens iets, waar je kan zeggen je hebt dit of dit verteld. Dat is er niet. Je gaat er maar vanuit dat iedereen die daar staat dat doet.

O: En is dat iets wat jij mist zou ik maar zeggen of zou je zeggen dat zou ik liever anders zien?

G: Ja weet je aan de ene kant vind ik het wel fijn. Kijk je kan bij voorlichting invullen wat je geeft. Maar dat wil niet zeggen als ik jou die folder geef, je moet wel evalueren. Nu zie ik daar onderstaan heeft het begrepen. Maar dat moet je later dan nog een keer invullen.

O: Ja.

G: Maar wat was de vraag ook alweer, ik ben het even vergeten? O ja of je iets af zou kunnen tekenen, ja ja ja. Aan de ene kant is het fijn, maar aan de andere kant we moeten ons leven ook niet verdoen met allemaal kruisjes hè. Dat zeggen wij al we zijn allemaal al vinkjes aan het zetten om ons in te dekken. Om maar ja dat vind ik ook niet altijd. Het is ook voor de patiënt zeg maar.

O: Want hoe vind jij nu de eenduidigheid op de afdeling in het geven van voorlichting aan patiënten over het ACS?

G: Ik weet niet wat bijvoorbeeld (naam van collega) vertelt. Dat is niet ten nadele van die collega. Maar zij weet het ook niet van mij.

O: Dus eigenlijk geef je aan dat je geen inzicht hebt in wat je collega’s vertellen aan de patiënt.

G: Nee nee ik denk dat de ouderen het wel allemaal een beetje hetzelfde doen. Wij hadden vroeger een poliklinisch verpleegkundig spreekuur. Wij hebben daar ook gedraaid iedere week. Dan kwamen er vier a vijf patiënten en dan gaf je eigenlijk echt de voorlichting. Dus zo doe ik het, ik pas het wel aan want er zijn natuurlijk andere inzichten. Maar zou doe ik het eigenlijk nog steeds.

O: Ja.

G: Maar ik heb geen inzicht over. Bijvoorbeeld stel dat jij je eigen patiënten hebt. Dan weet ik niet, nee dat is. En ik denk dat de ander ook geen inzicht heeft over mij voorlichting.

O: Ja en hoe kijk je daar tegen aan dat je zelf geen inzicht hebt?

G: “lange stilte” Ja, wat zou ik zeggen. Ik hoop altijd dat als ik naar huis ga, dat mijn mensen voldoende weten. Ja ik ga er eigenlijk van uit van het goede van de mens. Dat anderen dat ook doen. Maar je weet het niet.

O: Ja.

G: Ik lig er niet wakker van zou ik zo zeggen, maar het zal wel fijn zijn als we daar in elkaars dingen inzicht. Dat het in ieder geval eenduidig is.

O: Ja dat het op dezelfde manier gebeurt door de verpleegkundigen?

G: Ja.

O: Ja want je geeft net zelf al aan wat voor voorlichting je geeft. Maar op welk moment geef je die voorlichting dan aan de patiënt?

G: Nou ja vaak is dat wel tijdens na de verzorging. Als je even rustig kunt zitten, weet je wel. Je gaat even lekker bij de patiënt op bed zitten, je pakt het boekje. Soms schijven mensen vragen achterin. Dat heb ik het liefst. Soms als je ziet het is kei druk. Dan doe ik het ook weleens tijdens het wassen. Maar ja jonge mensen kunnen dat meestal wel zelf. Of tussen de middag. Je hebt altijd wel even tijd. Heb je geen tijd, kijk eens zeg ik morgen sta ik er weer. Morgen weer een nieuwe dag. Dus ja.

O: Dus als ik het goed begrijp wisselt het per moment.

G: Nee het is niet altijd een vast moment. Weet je je werkt hier met mensen hè. ’s Ochtends kan iemand niet goed worden of iemand moet naar een dotter of die komt terug. Nee, dat is niet altijd zo van nou pillen eten wassen voorlichting tensie, nee. Een beetje flexibel zijn.

O: En wat vind je daarvan dat je daar in flexibel moet zijn?

G: Ja dat vind ik wel goed. Je moet het zijn, zeg maar. Weet je wel. Je weet het nooit hoe de dag verloopt.

O: Want hoe vind jij in het algemeen de tijd die je hebt voor het geven van voorlichting op de afdeling?

G: Nou ik denk dat als je je tijd goed besteedt, zeg maar. Niet te veel lullen, ja dan heb je meestal wel tijd. Maar soms kan het ook weleens tegenvallen. Dan denk je na het eten nou tensies. Dan ga ik even voorlichting geven, dan wordt er gebeld je moet een opname halen of zo. Dan kun je niet zeggen, ja dat kun je wel een kwartiertje uitstellen dat wel. Maar op een gegeven moment zou je toch die opname moeten doen. Maar ik denk over het algemeen, heb je wel tijd.

O: Ja dus dan is het meer gericht op hoe jij je tijd invult?

G: Ja kijk dat kun je niet altijd zeggen. Wanneer ik stond vorig weekend zondag en maandag op kamer 15. Er moesten er drie gewassen worden, ik heb me eigen de pleuren gewerkt. Niet over het wassen maar allerlei regeldingen. De hele dag transferpunt aan de lijn, dan dit dan dat dan zus dan zo. Ik heb me eigen twee dagen de pleuren gewerkt. Ik heb echt geen tijd gehad voor voorlichting. Je kunt het niet zeggen. Maar ik denk over het algemeen, dit zijn uitzonderingen, dat je wel tijd hebt.

O: En merk je dan dat door in het algemeen de verpleegkundigen het team de tijd die dan beschikbaar is ook echt wordt genomen om voorlichting te geven?

G: “Lange stilte” Weet je ik vind dat soms best moeilijk. En zeker nu je met de OVH werkt. Kijk ik heb vandaag bijvoorbeeld met mijn student gewerkt. Dan weet ik precies van ja hoe ze haar tijd besteedt. Maar als ik gewoon mijn kamers heb en er is een OVH waar die studenten bijkomen, dan heb ik daar niet zoveel zicht op moet ik eigenlijk heel eerlijk zeggen. Maar ik hoor wel aan de leerdoelen ’s ochtends mensen zeggen ik ga de patiënt voorlichting geven over, hè over een PCI of een STEMI over hartfalen of dan pakken ze er een stukje uit. Dus dat hoor ik wel.

O: Ja.

G: Maar ik hoor vaak niet of het wel of niet gelukt is. Ik hoor ’s ochtends altijd heel veel mooie leerdoelen en de intentie is er. Maar vaak zie ik niet of het gelukt is. Misschien ligt het ook wel aan mij hoor. Dat ik moet vragen ik hoorde vanochtend dat je dit en dit leerdoel hebt, is het gelukt?

O: Dus dat ze de tijd gehad hebben om het ook daadwerkelijk te doen, bedoel je dat?

G: Ja ja of het gelukt is. Kijk niet het inhoudelijke, maar wat jij zegt heb je zo je tijd en je prioriteiten hebt kunnen stellen. Dat je dat stukje ook meeneemt. Dus ja.

O: Ja duidelijk. En je gaf net kort tussen de regels door aan dat je weleens patiënten hebt die al in het boekje vragen stellen en zo. Welke rol heeft eigen regie in het geven van voorlichting aan de patiënt?

G: Eigen regie nou ja dat is niet altijd vind ik niet dat mensen, ik weet niet of ik het goed heb. Maar eigen regie is dat je zelf ook het hef in eigen handen neemt. Dat je bijvoorbeeld ook op internet of hier kun je ook om boekjes vragen, op de hartstichting. Dat is niet altijd zeg maar bevorderlijk voor een goede communicatie. Laat ik het zo zeggen. Dokter internet dat het soms net even iets anders als de verpleegkundigen. Maar ik weet niet of jij dat precies bedoeld met eigen regie?

O: Ja eigen regie is heel breed.

G: Ja het is heel breed.

O: Ja je kan er heel veel onder pakken.

G: Noem nog eens wat je er allemaal onder kunt pakken. Dan kan ik misschien?

O: Ik ben meer benieuwd hoe denk jij in het geven van voorlichting aan het eigen regie van de patiënt? Of hoe geef jij de patiënt regie als jij de voorlichting geeft aan de patiënt?

G: Nou ja als je voorlichting geeft een stukje therapietrouw bijvoorbeeld. Mensen, sommige mensen, hebben nog nooit pillen gehad. Nou als je hier komt met een acuut coronair syndroom en je hebt ook nog een PCI gehad. Dan ga je zo met vier vijf pillen naar huis.

O: Ja.

G: Ja kijk een patiënt zijn eigen regie geven. Dat je kijkt van hoe belangrijk vindt de patiënt om therapietrouw te zijn. Kijk en daar kun je hem wel in sturen of een mening over laten geven. Kijk als je denkt die heeft het wel door dan kun je nog weleens vertellen, wat er gebeurt als die de pillen niet neemt.

O: Ja want dan zit je eigenlijk ook op een stukje gedrag van de patiënt?

G: Ja.

O: Want hoe neem jij verandering van gedrag of gedragsverandering van de patiënt mee in je voorlichting?

G: Nou ja een goed voorbeeld is denk ik ook wel levenswijze. Kijk je moet nooit, zo’n patiënt rookt zeg maar, en jij zegt jij moet stoppen met roken. Dat gaat niet lukken denk ik. Ik denk dat het goed is om iemand zelf te laten te ontdekken waarom het verkeerd is. Waarom het niet goed is om door te roken.

O: Ja.

G: Hetzelfde is met gezonde voeding. Je hebt ook meestal vind ik dat een beetje de sociaal lagere klasse, die slechter eten of dan die gestudeerd hebben. Kijk maar dat is wel. Maar bij de lagere sociale klasse komt vaker de friet pan op tafel. Of die gaan vaker naar McDonalds. Dat is wel zo hè. Op dat spreekuur kwam je ook mensen die de jas uitdeden, dan kwam de nicotine lucht je tegemoet. Kijk en sommige mensen gaat het niet worden. Maar ik denk dat het wel goed is je moet niet met het vingertje wijzen. Maar zo in gesprek gaan, dat hij eigenlijk uitvindt van het zou toch wel goed zijn voor mij om te stoppen met roken. Of om een gezonder te eten. Of misschien wat meer te bewegen.

O: Want hoe pak je dat dan aan als je merkt dat je zo’n patiënt voor je hebt?

G: Je merkt heel gauw of ik iemand wel geneigd is om zelf te investeren in gezondere levenswijze. Maar alles wat daar in hoort. Ik heb ook weleens eerlijk gezegd gehad dat ik dacht nee dat gaat hem niet worden. Kijk je kan iemand niet door de strot duwen. Maar ik denk door goede voorlichting en inderdaad de patiënt zelf ook mee te laten praten, dan je dan meer resultaat hebt dat als je met het vingertje wijst.

O: Want hoe laat je die patiënt dan zelf meepraten?

G: Nou bijvoorbeeld over roken van goh ik hoor vaak van jou. Dat heb je vast wel eens gelezen. Wat zou bijvoorbeeld, waarom zou het roken slecht kunnen zijn voor het hart. De meeste mensen hebben het dat toch ook al wel opgezocht. Maar zelf ook ja mee laten denken. Kijk en zelf ook van goh hoe zouden wij kunnen doen of wat heeft u nodig om proberen om succesvol te gaan stoppen. Ja dat kan een pleister zijn, dat kan een zelfhulpgroep zijn, via de huisarts heb je ook allerlei programma’s, bij de GGD. Maar dan heb ik dat zelf laten benoemen.

O: Ja.

G: Of van ja waarom is het moeilijk om te stoppen? Laat het hem zelf maar zeggen, niet dat wij het invullen voor hem.

O: Dus daar heb je eigenlijk ook een stukje eigen regie van de patiënt mee te pakken, dat jij het niet invult voor de patiënt, maar dat je de patiënt zelf laat doen.

G: Ja. Dat levert ook vaak weerstand op. Zeker als je iemand iets vertelt waarom die dan wat eigenlijk verslaving is niet meer mag doen.

O: Ja.

G: Kijk het eten. Het slechte eten dingen is ook een gewoonte hè. Ja, wij eten drie keer in de week friet. Op maandag, woensdag en zaterdag. Dat is een gewoonte.

O: Ja en hoe vind jij dat dat op de afdeling wordt gedaan, dat niet invullen voor de patiënt?

G: Ja dat is wel een omslag hoor. Nou moet ik ook wel zeggen. Wij zijn ook nog van vroeger wist de dokter het en de zuster het. Dan zeiden wij van je moet dit dit dit. Dat is wel iets waar je ook heel bewust mee bezig bent. Ik denk de jongere generatie, zoals jullie die nou in de opleiding zitten. Die worden daar ook wel mee opgeleid. Dat was bij ons niet. Op het eind kwam dat een beetje van ja de mens die moet helemaal zien, het holistische mensbeeld daar heb je ook vast weleens van gehoord.

O: Ja.

G: Wij zijn nog opgeleid van de dokter weet het en daarna weet de zuster het. Dus ik denk dat dat bij de jongere er meer inzit. Want die hebben ook die leerdoelen die aangekoppeld zijn. Als regisseur, ontwerper allemaal dat soort dingen. Nou moeten ze dat soort dingen ook kunnen uitschrijven, doen en bemerken. Ik denk dat dat bij de jongeren wat beter gaat.

O: Wat zou jij dan als verpleegkundige nodig hebben dat dat makkelijker gaat?

G: Ja misschien ook wel een beetje, soms wel een tips denk ik. En dan van iemand die nu opgeleid is. Ik bedoel voor mij is het (aantal werkjaren) gelden, al vind ik dat ook nog niet heel gek. Maar ik bedoel ik denk wel dat wij wel van de nieuw opgeleiden kunnen leren. Dat soort dingen vooral.

O: Dat daar wel een verschil in opleiding zit?

G: Ja ja zeker te weten.

O: Oké. En ik was benieuwd hoe jij familie betrekt in het geven van voorlichting aan de patiënt?

G: Ja ja dat is een hele goede. Ja, op dat PVS hadden we was dat makkelijk. Want die kwamen altijd met een partner.

O: Dat is dat spreekuur wat jij bedoelt?

G: Ja. Poliklinisch verpleegkundig spreekuur. Ik denk dat die familie nu ook wel betrokken wordt bij het intakegesprek. Maar hier is het vaak wel dat je toch vaak zonder familie doet. Moet ik heel eerlijk zeggen.

O: En waar ligt dat dat aan?

G: Nu zijn de bezoektijden wat verruimd. Dus nu heb je wat meer kans dat je iemand treft. Maar van de andere kant het is ook soms weleens moeilijk hè. Want dan zit familie en de buurvrouw. En dan ga je de buurvrouw niet wegsturen. Maar als de buurvrouw erbij zit ga ik niet praten over dat bijvoorbeeld het slikken van bètablokkers, dat kans consequenties hebben voor je seksueel functioneren. Maar dat ga je niet doen met de buurvrouw, nee toch.

O: Nee klopt.

G: Dus ja kijk ook het stukje privacy hè. Als je op een vierpersoonskamer zit. Ik vind het makkelijker om het zo tegen de patiënt uit te leggen, dan als je met de echtgenoot erbij, dan komen er toch andere dingen aan bod.

O: Want wat zou voor jou een meerwaarde zijn om wel familie te betrekken bij de voorlichting?

G: Nou als een patiënt bijvoorbeeld heel emotioneel is hè. Dat die alleen maar huilt of depressief is. Ja, zo’n vrouw of man krijgt de echtgenote of echtgenoot wel zo thuis. Dus ik denk dat dat wel iets is voor voorlichting of in ieder geval om te beginnen een gesprek met de arts. Waar wij bij kunnen zitten. Waar de arts dus kan uitleggen van ja dat het niet het einde betekent als je een hartinfarct hebt.

O: Ja dus eigenlijk ook een stukje van angst daarin een rol?

G: Ja dan zou je zeker de familie erbij betrekken. Dus inderdaad hè depressie, angst of gewoon heel emotioneel. En ik kijk ook altijd een beetje wie heb je voor je. Ik bedoel ik vraag me af zou je nog een gesprek willen. Soms wel met de echtgenoot of soms ook weleens een moeder als iemand van zes- of zeventwintig er ligt. Maar sommige zeggen ze wel van dat hoeft niet. Maar kijk naar de ouderen mensen of die cognitief niet helemaal 100% zijn zeg maar, die nog een vrouw dat zie je vaak. Die vrouw is dan nog sterker die zorgt dan voor die man. Die heeft dan wel recht om te weten wat is er gebeurd, wat kan ik verwachten. Maar dat wordt dan meestal wel in een familiegesprek gedaan waar een arts bij zit.

O: Ja.

G: Voor heel veel mensen is dat ook een meerwaarde.

O: Als familie wel betrokken wordt?

G: Ja ja. En ook de arts erbij zit. Zeker oudere mensen op een of andere manier.

O: En je gaf net aan dat je dat nu belemmert vooral in je moet maar net de familie aanwezig hebben die je wilt tijdens de voorlichting en ook nog een stukje privacy. Zijn er verder nog andere dingen die jou belemmeren om familie erbij te betrekken?

G: Soms kun je ook nog weleens kritische vragen krijgen hè. Het ligt er aan sommige mensen vragen sommige mensen die ja zijn best wel aanvallend vind ik soms. In hun vragen en wat denken jullie te doen aan puntje puntje puntje.

O: Ja en hoe ga je daar dan mee of?

G: Ja dan moet ik echt denken van vriendelijk blijven, netjes blijven. Soms dan denk ik weleens hé maar. Maar kijk als het te gek wordt, durf ik soms wel te zeggen ik denk dat u erg aanvallend bent. Hoe komt dat? Bent u bang hebt u dit of hebt u dat? Dat durf ik wel te doen.

O: En je gaf net al een beetje een stukje aan, een stukje angst. Merk je veel angst bij de patiënten?

G: Soms niet altijd hier. Maar ik weet toevallig. Een kennis van ons die was zestig in de zestig, maar dat is nog jong. Die kreeg ook een infarct. Gestopt met roken, naar huis toe en die heeft gewoon een jaar lang last gehad van angststoornissen. Wel op gesprek geweest. Meegegaan met de poliklinische hartrevalidatie. Wel weer begonnen met roken. Toen het jaar erop waren wij op Bali, daar waren hun ook. Hun bleven zes weken en wij drie weken. Zij wou het liefste met ons mee naar huis. Toen heeft ze ook nog een angststoornis ontwikkeld dat ze niet alleen het huis uit durfde. Dat is nou wel weer goed, maar dat zien wij vaak niet.

O: Want hoe vind jij nu dat er nu tijdens de opname aandacht wordt besteed aan angst van de patiënt?

G: Ja als hij het echt uit wel. Maar er wordt vaak niet expliciet naar gevraagd. Mensen zijn, ze komen hier en er wordt al gekeken wanneer kunnen we weer weg. Ik vind het af en toe veel te snel gaan. En dat is ook een stukje angst. Nu hadden wij ook iemand met een bradycardie, nu weer naar huis. Die man gaf zelf aan ik ben gewoon kei bang, ik ga gewoon niet naar huis toe. Nu hebben we het toch nog kunnen rekken tot vanavond. Maar mensen het word ook wel een beetje door de medici overheen ja hoe zeg je dat langs gegaan zeg maar.

O: Ja dat daar eigenlijk te weinig aandacht aan wordt besteed?

G: Ja.

O: Dan heb ik nog een laatste vraag voor jou. Dat is gericht op visuele voorlichting, hoe kijk je daar tegen aan tegen het gebruik van visuele voorlichting?

G: Vroeger over visuele voorlichting gesproken. Vroeger al hadden mensen een hartinfarct die gingen we dan allemaal in het dagverblijf zetten. Dan hadden we een film. Dat begon dan met vroeger als je een hartinfarct had gehad dan lag je zes weken in het ziekenhuis en daarna was je plaats achter de geraniums. Maar nu is het anders hè, nu is de focus op. Dat is dan nog voor de dottertijd. Eerder uit bed, mee gaan revalideren. En van het seksueel als u de trap op komt, komt u wat de rest betreft ook wel over de drempel. En verder werd er niks gezegd.

O: Ja.

G: Die mensen hadden altijd wel zoiets van ja ja ik zie wel herken. Ik herken wel dingen erin. Het was een beetje, wij moesten er altijd om lachen, een beetje een belachelijke film. Maar voor de mensen niet hoor. Die herkende daar ook wel dingen in. Ik denk ja als jij visueel iets ziet, dat vind ik ook dat onthoud ik het beter. Goed als ik lees iets ergens en iemand vraagt iets aan mij, dan denk ik dat staat daar dan zie ik dat gewoon voor mijn.

O: Want hoe wordt daar nu gebruik gemaakt van op de afdeling?

G: Ja visueel folders. Dat is ook een manier van visueel, maar dan moet je het ook zelf actief lezen.

O: Maar niet iets van filmpjes of plaatjes ofzo.

G: Nee. Maar laat ik zo zeggen ik had geen slechte ervaring met die film zeg maar.

O: Is goed. Ik heb eigenlijk al mijn vragen gehad. Ik ben benieuwd of jij zelf nog dingen hebt rondom de voorlichting waarvan je zegt dat moet je echt weten of dat vind ik wel belangrijk?

G: Nee. Nou ik ben er nu wel helemaal uit. Ik ben nog weleens benieuwd wat voor voorlichting krijgen ze in het intakegesprek en wat voor voorlichting krijgen ze op de voorlichtingsochtenden bij de poliklinische hartrevalidatie? Ik weet niet of jij daar iets van weet?

O: Nee wat bedoel je met het intakegesprek?

G: Iedereen die meedoet met de hartrevalidatie komt in dat intake.

O: O ja dat klopt. Ik heb wel een keer een gesprek bijgewoond met de hartrevalidatie als ze klaar waren met het traject. Maar niet een gesprek als ze starten met de hartrevalidatie.

G: Daar ben ik eigenlijk wel benieuwd naar. Maar dat zou ik zelf ook weleens kunnen vragen.

O: Nee dat zou ik zo niet.

G: Nee en verder denk ik ja. Kijk ik bedoel je hebt hele goede technieken om de schade te beperken. Maar dat wil niet zeggen dat mensen geen groot hartinfarct kunnen hebben, dat kan nog. Maar als mensen drie of vier keer een infarct hebben gehad en je wordt er voor gedotterd, die schade wordt iedere keer wel beperkt. Maar na drie vier keer is de schade toch wel groter. Dus ja. Maar goede vragen moet ik zeggen.

O: Ik zou het nog even kort samenvatten. We hebben verschillende dingen besproken. We hebben het gehad over wat de werkwijze is in het geven van voorlichting. Dat je het PID boekje uitreikt. Dat dat ingevuld wordt. Ook de samenwerking tussen de hartbewaking. Dat ze dan overkomen van de hartbewaking en dat het dan niet altijd duidelijk is welke informatie ze hebben ontvangen. En dat geldt niet alleen voor de hartbewaking maar wat je ook aangaf hier op de afdeling. Dat je eigenlijk niet inzicht hebt in wat voor voorlichting jouw collega heeft gegeven. Je hebt aan mij verteld op welke voorlichting je geeft aan de patiënt qua inhoud en dat dat op verschillende momenten wordt gedaan. We hebben het daarbij ook gehad over de tijd die je ervoor hebt. Dat de tijd er meestal wel is, maar dat het dan afhankelijk ook is van hoe je je prioriteiten stelt en hoe je je tijd invult. We hebben het gehad over hoe je de voorlichting kan afstemmen op de individuele patiënt. We hebben daarbij ook gekeken naar eigen regie en een stukje angst van de patiënt. En daarnaast ook hoe je familie kunt betrekken bij de voorlichting. En dat dat nu nog niet altijd gebeurt vanwege de privacy en het niet aanwezig zijn van de juiste familieleden die je wilt hebben voor de voorlichting.

G: Ja dat is mijn mening hè ja.

O: En dan als laatste nog een stukje visuele voorlichting.

G: Ja duidelijk ik denk dat het zo klopt ja.

O: Dan wil ik jou heel erg bedanken.

G: Graag gedaan.

Bijlage 8 – Codeboek individuele interviews

Interview 1

**Tabel 7**

*Codeboek interview 1*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Fragment* | *Open codering* | *Axiaal codering* | *Thema* |
| Nou ik denk dat ze meestal op de hoogte zijn van wat het precies is. Dan is het vooral de vragen beantwoorden die de patiënt daarnaast nog hebben. | Vragen beantwoorden | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Meestal als er iemand overkomt van de CCU bijvoorbeeld en ze hebben een STEMI of een non-STEMI doorgemaakt. Leg ik ze gewoon dingen uit over de afdeling en vraag ik of alles duidelijk is. Of ze nog vragen hebben ook over het ACS zelf. | Controleren of alles duidelijk is | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| O: Ja. Want op welke momenten geef je dan de voorlichting aan de patiënt? Je gaf net al aan dat ze overkomen van de CCU.  G: Ja, in zorggesprekken bijvoorbeeld. In de ochtend tijdens de controleronde vraag ik niet gelijk of ze nog vragen hebben. Meer van hoe voel je je en zo. | Moment van voorlichting | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| O: Ja. Want heb je voor jezelf of heb je het gevoel dat hier op de afdeling vaste momenten aanwezig zijn waarop je de voorlichting aan de patiënten geeft?  G: Nee dat denk ik niet. | Voorlichting op een vast moment | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| O: En is, hoe zie je dat dan qua eenduidigheid? Doet elke verpleegkundige dat dan zelf?  G: Hoe bedoel je dat, dat ze zelf een tijd? Ik denk gewoon dat ze het doen wanneer het uitkomt. Of wanneer ze wel zien dat de patiënt vragen heeft. | Eigen invulling van de verpleegkundige | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Ja ik denk dat dat wel beter zou zijn als er gewoon bepaalde momenten zou zijn. Dat je even tijd hebt om echt voorlichting te geven. Want als iemand bijvoorbeeld nog een katheterisatie moet krijgen, wil je diegene daar ook voorlichting over hebben. De een doet dat in de ochtend en de ander in de middag. Ja dat is anders. | Voorlichting op een vast moment | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| Dat je even tijd hebt om echt voorlichting te geven. | De tijd voor voorlichting geven | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| O: Dus er verschil in het moment waarop elke verpleegkundige voorlichting geeft aan de patiënt?  G: Ja ik denk het wel ja. | Voorlichting op verschillende momenten | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| Ik denk wel dat het belangrijk is dat de patiënt gewoon goed op de hoogte is en dat er bijvoorbeeld snel gezegd wordt omdat je bezig bent, ja. Dat je dan tijd moet nemen om even bij de patiënt te gaan zitten en ja gewoon goed uit te kunnen leggen. | De tijd nemen voor voorlichting | Tijdsinvulling | Rol van de verpleegkundige |
| Ja de ene dag wel en de andere dag eigenlijk niet en dan is het weer heel druk. Ik denk ook niet als je er tijd voor zou maken, zou het wel kunnen. | Beschikbare tijd | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| Nou bijvoorbeeld voor studenten is het ook een leerdoel om voorlichting te geven dus die hebben daar meer tijd voor. Ook om het bijvoorbeeld voor te bespreken en tijd te nemen voor de patiënt. Maar ik denk dat de verpleegkundigen het eerder tussendoor even doen zeg maar. | Beschikbare tijd | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| O: Dus als ik het goed begrijp zie je verschil in de manier waarop studenten tijd maken om voorlichting te geven en de manier waarop verpleegkundigen tijd maken om voorlichting te geven.  G: Ja. | Verschil in tijdsinvulling | Tijdsinvulling | Rol van de verpleegkundige |
| Ja als je echt als verpleegkundige hoef je natuurlijk niet voor te bespreken, maar dan moet je wel een moment zoeken dat je even niet gestoord wil worden en dat je even bij de patiënt bent. En dat zou misschien wel even aangegeven kunnen worden aan een andere collega van joh ik zit even bij die patiënt ik ben over tien minuutjes kwartiertje weer terug. | Rustig moment | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| Je hebt er niet altijd als student tijd voor omdat je natuurlijk ook zelf je patiënten hebt en dan zou je weer een andere taak bijvoorbeeld moeten overdragen aan een collega. Ik denk dat dat voor een student soms wel moeilijk is. Om daar keuzes in te maken. | Tijdgebrek studenten | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| O: En dan op welk gebied keuzes maken?  G: Bijvoorbeeld ik doe het zelf allebei en dan allebei iets sneller. Of wil jij dat ECG voor mij maken dan kan ik even bij die patiënt voorlichting geven. | Tijdsinvulling | Tijdsinvulling | Rol van de verpleegkundige |
| Ja je moet het noteren in HIX als je voorlichting hebt gegeven. Informatiefolders geven. Ik kom meestal er later op terug als ze het hebben doorgelezen of het allemaal duidelijk is, ja. | Handelingen bij voorlichting geven | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| O: Dus dan controleer je achteraf van of de patiënt de informatie begrepen heeft die die heeft ontvangen?  G: Ja | Informatie begrepen | Begrijpelijke en duidelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| O: En je geeft aan dat de voorlichting dat je die registreert in de computer. En dat wordt dan bijgehouden wanneer de patiënt voorlichting heeft ontvangen?  G: Als het goed is wel.  O: Als het goed is wel?  G: Het gebeurt niet altijd volgens mij. | Registratie van voorlichting | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| O: Nee? Merk je daar veel verschil in het team. Rondom het registreren van voorlichting.  G: Ja ik moet zeggen want voor mij werd het halverwege nieuw zeg maar dat het in een keer moest gedaan worden en opschrijven. Dus ik moest er zelf ook echt aan wennen van dat moet ik ook nog invullen. Maar volgens mij doet niet iedereen het echt standaard zeg maar. En ik denk wel dat dat goed is. Dan zie je die patiënt heeft echt die voorlichting gehad en heeft het begrepen zeg maar. | Vastleggen of de informatie is ontvangen en begrepen. | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| O: En waardoor denk jij dat dat komt dat het nu niet door iedereen gebeurt?  G: Omdat het denk ik ook wat ik al zei nieuw is ingekomen en dat het voor iedereen even wennen is dat doen en dat ze dan niet gelijk er aan denken, denk ik. Het heeft ook wel een tijdje hier op het bord gestaan, dat we het moeten gaan doen. Ja dat zou misschien ook wel een keer gecontroleerd kunnen worden of iedereen het ook echt doet zeg maar. | Wennen aan nieuwe werkwijze | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| O: En wat zou jou als studentverpleegkundige erin helpen, nu is het dan het registreren van voorlichting, om dat niet te vergeten of dat uit te voeren.  G: Ik weet het niet. Ik denk dat het gewoon in je systeem moet komen. Want veel dingen gaan gewoon wel automatisch omdat je weet dat je die moet doen. Maar omdat dit er nu bijkomt is het even wennen. Als je het vaker doet of het voor jezelf opschrijft, dat je het dan wel automatisch mee gaat nemen. Ja je zou het nog op het bord laten staan een tijdje, dan zou iedereen eraan kunnen denken. Maar ja we moeten het invullen en het staat er natuurlijk niet heel lang op. Als het er nou weer af is vergeten ze het ook weer denk ik. | Integratie in je handelwijze | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| G:Als het nog niet in je systeem zit.  O: Dus dan een soort extra reminder?  G: Ja | Herinnering van de werkwijze | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| O: Want zijn er naast het registreren van voorlichting nog andere afspraken specifiek hier op de afdeling rondom het geven van voorlichting?  G: Geen idee. | Onduidelijkheid rondom afspraken op de afdeling | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Ja dan geef je meestal het PID boekje met de klachten, medicijnen, hoe groot het infarct is dat ze hebben doorgemaakt. En dat ligt er aan dat aan de verdere behandeling aan wat je aan verdere informatie gaat geven. Bijvoorbeeld informatie over een katheterisatie of een ander onderzoek. Of CABG informatie ja dat ligt er een beetje aan wat er uit de katheterisatie is gekomen zeg maar. | Gebruik van voorlichtingsmateriaal | Werkwijze voorlichtingsmateriaal | Inhoud van de voorlichting |
| De ene kant vind ik het wel goed want dan kan de patiënt het ook nog zelf doorlezen. Maar ik denk dat het ook goed is om het ook nog zo uit te leggen. Want vaak, want soms heb ik het weleens dat ik wel het boekje geef. Dan leg ik uit waar het boekje over gaat en dan zeg ik lees het maar vast door en dan kom ik straks nog even kijken of u het allemaal hebt begrepen. Dan denk ik ja je geeft wel zo’n boekje maar die patiënt weet eigenlijk niet wat hij ermee aan moet. | Uitleg bij voorlichtingsmateriaal | Werkwijze voorlichtingsmateriaal | Inhoud van de voorlichting |
| O: Nee dus als ik het goed begrijp heb je zoiets van eigenlijk moet de patiënt en de voorlichtingsfolder krijgen en het boekje en daarnaast ook de uitleg van de verpleegkundige.  G: Ja.  O: En dat is dan iets wat volgens jou beter zou kunnen hier op de afdeling?  G: Ja. | Uitleg bij voorlichtingsmateriaal | Werkwijze voorlichtingsmateriaal | Inhoud van de voorlichting |
| G: Ik denk wel dat er voldoende is. Want in het PID boekje staat heel veel informatie en daar staat ook al in beschreven van die katheterisatie en CABG en dan hebben we ook nog losse folders van. Ik denk qua informatie dat we wel veel hebben. | Aanwezigheid van voorlichtingsmateriaal | Werkwijze voorlichtingsmateriaal | Inhoud van de voorlichting |
| Daar heb ik eigenlijk niet zo op gelet. Maar soms zie je weleens dat iemand al helemaal geen PID boekje heeft gehad of dat die al een aantal dagen niet is ingevuld. En ik denk wel dat je daar rekening mee moet houden. | Gebruik voorlichtingsmateriaal niet volledig | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Ja dan ga ik hem alsnog geven en dan vraag ik aan de arts dat ze hem alsnog willen invullen en dan geef ik uitleg die er in staat en wat ze er in kunnen vinden. | Gebruik voorlichtingsmateriaal niet volledig | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Ja wat vertel ik dan? Dat ze eigenlijk een infarct hebben doorgemaakt en wat dan de oorzaak daarvan kan zijn met de kransslagaders en dat ze dan willen kijken wat de oorzaak precies is. Door de katheterisatie en dan de behandelingen die ze daarbij zouden kunnen krijgen. Of onderzoeken. En welke medicijnen er dan gestart worden, de golden five. Want soms weten ze ook niet welke medicijnen ze ineens allemaal krijgen. En dan kun je weer uitleggen dat dat iets standaards is bij ACS. En dat staat ook allemaal in dat boekje. | Uitleg over het ziektebeeld | Inhoud voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ja goed denk ik. Ze vinden het altijd wel fijn om iets meer uitleg erover te hebben. | Ervaring van de patiënt rondom informatievoorziening | Informatiebehoefte individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Qua informatie. Ja ik denk het wel. Ik denk ook voor nieuwe mensen en studenten het fijn is dat ze een keer meekunnen kijken bij een onderzoek. Zodat je ook beter voorlichting kunt geven omdat je dan ook echt ziet hoe het echt gaat. Want je kunt wel zeggen ze gaan er met een ballonnetje in, maar als je dat nog nooit gezien hebt is het ook wel een beetje anders als ze dan vragen stellen, kun je er misschien ook niet goed antwoord op geven als je het zelf nog nooit hebt gezien. Of niet weet hoe het gaat. | Meekijken met onderzoeken door (student) verpleegkundigen | Kennis (student) verpleegkundigen | Rol van de verpleegkundige |
| Ik denk ook dat het voor nieuwe mensen wel fijn is om ook zelf eerst te verdiepen in wat ga ik eigenlijk vertellen. Wat dadelijk zit je voorlichting te geven en dat vragen ze iets en dan weet je het antwoord op de vraag niet. | Kennis van nieuwe medewerkers | Kennis (student) verpleegkundigen | Rol van de verpleegkundige |
| O: Nee dus dat je echt zelf ook voldoende diepgang en kennis kan vergaren voordat je voorlichting aan de patiënt gaat geven.  G: Ja. | Kennis voor het geven van voorlichting | Kennis (student) verpleegkundigen | Rol van de verpleegkundige |
| G: Nou ik heb ook meegekeken bij een dotter en een katheterisatie omdat ook voor het voorlichting geven was. Zodat ik door mijzelf erin te verdiepen meer kon vertellen en ik heb het ook met collega’s als ik dan het leerdoel aangaf met collega’s voor besproken van. Zo ga ik het uitleggen en dit ga ik vertellen en ja dan zeggen hun het goed of ik zou dit erbij vertellen of ik zou dit weglaten. En dan heb je wel de juiste informatie bij elkaar die je moet gaan vertellen. | Kennis vergaren voor het geven van voorlichting | Kennis (student) verpleegkundigen | Rol van de verpleegkundige |
| Nou er zijn soms mensen en die willen echt alles tot in de puntjes weten zeg maar dus dan kun je wel iets beter voorbereiden op vragen. Die ze eventueel zou kunnen stellen. En een andere patiënt die bijvoorbeeld al vaker meegemaakt hebben, hebben iets minder informatie nodig. Als je dat van tevoren weet dan kun je ook alleen maar vragen wilt u nog meer informatie of heeft u behoefte aan informatiefolders of. Dus ik denk dat daar ook wel een verschil in zit. | Informatiebehoefte van de patiënt | Informatiebehoefte individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| O: En is dat dan ook iets dat je standaard in de praktijk meeneemt dat je naar de patiënt individueel kijkt?  G: Nee ik denk dat dat nee ik denk het niet eigenlijk. | Kijken naar de individuele patiënt | Informatiebehoefte individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Ja ik kijk dan wel meestal of ze het al vaker hebben gehad. Want als ze het nog niet hebben gedaan hebben gedaan. Dan moet je wel meer informatie geven. Maar als ze het al wel hebben gehad en dat zie je dan. Dan kun je vragen of ze behoefte hebben aan meer. Want dan ga ik niet gelijk alles opnieuw vertellen en dan denken hun dat weet ik eigenlijk al dat heb ik niet nodig. | Informatiebehoefte van de patiënt | Informatiebehoefte individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| O: Dus eigenlijk als ik het goed begrijp toets je aan het begin als je voorlichting gaat geven bij de patiënt of ze al vaker voorlichting hebben ontvangen?  G: Ja en ik doe meestal. | Informatiebehoefte in kaart brengen | Informatiebehoefte individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Want als je dat sjabloon toevoegt van CAG, dan staat er ook informatie over nazorg. Dat doe ik dan meestal niet voor de behandeling. Want dan denk ik dat is wel veel in een keer. Misschien zijn ze ook wel gespannen en denken ze er nog niet aan wat ze daarna moeten doen. Dan doe ik dat meestal als ze terugkomen. Van je krijgt nu een mitella om, het bandje wordt langzaam leeggelopen. Een beetje kijken wanneer is het beste om die informatie te geven. | Informatiebehoefte per moment bepalen | Informatiebehoefte individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| O: Ja dus als ik het goed begrijp. Verdeel je je informatie, zodat je niet alle informatie in een keer aan de patiënt geeft. Maar dat je dat verdeelt over verschillende momenten?  G: Ja | Informatie verdelen | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| Ja, ik heb nooit gezegd ik doe het in twee delen. Voor hun is het dan weer nieuwe informatie. Ik denk dat het voor hun goed is dat het in delen wordt verteld of later. Want hun hebben toch niet door dat er de eerste keer iets niet wordt gezegd, wat pas later van toepassing is. | Informatie verdelen | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| Sommige mensen geven misschien aan dat ze het over zich heen laten gaan of het op zich af laten komen en dat ze voldoende informatie hebben gehad. Dan denk ik dat je het dan zo maar moet laten. | Informatiebehoefte van de patiënt | Informatiebehoefte individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Maar bij sommige mensen moet je het ook laten bezinken en ze even met rust laten en op een later moment terugkomen. Of dat je ze ergens anders bij kunt helpen. | Informatie verdelen | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| Ja ik zou dan doorvragen van wat maakt je zo angstig of waar ben je bang voor. Dan komen ze misschien met dingen die niet realistisch zijn. Dat ze bang zijn voor niks eigenlijk, dan kun je daar weer verder informatie op geven, van hoe het wel in zijn werk gaat. Dat dat niet van toepassing is of dat ze daar niet bang voor hoeven te zijn. | Realistisch beeld geven aan de patiënt | Kloppende en volledige informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Ja ik had bijvoorbeeld laatst een patiënt die was heel erg bang voor naaldjes prikken voor die pijn. Toen kreeg ze in de avond een naald en dan zou ze de volgende dag een katheterisatie krijgen, dan krijg je weer een naald. Dus toen was ze daar erg bang voor. Toen zeiden de andere collega’s ook het wordt verdoofd. Dus dan is het toch niet helemaal goed uitgelegd dat ze verdoofd wordt. Dus ik denk wel dat het goed is dat wel alles verteld word. Wat ook de hele procedure is. Want ja je gaat best wel een groot iets in. Dat ze vertellen dat ze het eerst verdoven. | Volledige informatie geven | Kloppende en volledige informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Ja want ik weet niet of dat in het PID boekje staat. Volgens mij niet want daar staat vooral in hoe het werkt. Gewoon meer wat bij ons in het protocol staat dan wel hoe alles stap voor stap gaat. Maar eigenlijk zou dat voor de patiënt ook fijn zijn om dat stap voor stap te weten. Wat ze doen. | Alle informatie stap voor stap | Kloppende en volledige informatie | Rol van de verpleegkundige |
| O: Ja. Dus daarin zou nog wel verbetering mogelijk zijn in dat de patiënt toch alle informatie ontvangt, stap voor stap.  G: Ja. | Alle informatie stap voor stap | Kloppende en volledige informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Dus dat ze een infarct hebben gehad. Ja ik heb daar nooit eigenlijk hoeven te vertellen. Meestal komen ze over van de CCU en zijn ze daar al op de hoogte gebracht. Nee ik heb eigenlijk nog niet over het ziektebeeld voorlichting gegeven aan de patiënt. | Informatie over het ziektebeeld | Inhoud voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ja er wordt daar wel uitgelegd wat het infarct inhoudt. Maar vaak is daar al dan zeggen ze aan de overkant dat ze morgen een CAG gaan krijgen. Terwijl dat hier niet helemaal morgen gepland staat. Dus dat is dan soms weer een tegenvaller is van de patiënt. Ik denk dat de communicatie met elkaar wel beter afgestemd kan worden. | Afstemming onderlinge communicatie | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| O: Ja en dan vooral de communicatie tussen de verpleegkundigen van de afdeling Cardiologie en de verpleegkundigen op de afdeling CCU.  G: Ja | Afstemming onderlinge communicatie | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Ja als de familie aanwezig is op de kamer als ik net voorlichting ga geven. Dan ga ik niet alleen bij de patiënt zitten, maar dan richt ik mij ook op hun en vraag ik aan hun of ze vragen hebben en of ze het hebben begrepen. Maar soms is er niemand aanwezig. Maar ik bel ze dan niet om ze voorlichting te geven. Maar soms melden ze zich aan de balie of bellen ze met wat is nu het verdere plan en dan leg je het ook aan hun uit. Van we gaan een katheterisatie doen en dat gaat zo en zo en dan weten aan de hand daarvan meer. Maar niet echt automatisch ik ga ook de familie bellen. | Betrekken van familie bij de voorlichting | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ja als je echt als doel je hebt je wil de familie informeren omdat ze erg betrokken zijn of graag willen weten wat het beleid is. Dan bel je ze wel gewoon op en vertel je het verdere plan. Dan heb ik niet echt iets achter te houden. | Familie informeren | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ik weet niet goed hoe ik het moet zeggen. Eigenlijk ook dat de patiënt er niet alleen voor staat. De familie ook weet wat het inhoudt. En als de patiënt ongerust is of bang dat de familie ook gerust kunnen stellen. | Ondersteuning patiënt door familie | Voorlichting aan familie | Patiënt ten naasten |
| Ja wel goed denk ik. Ze vinden het meestal wel fijn. Dankjewel zeggen ze dan. | Betrekken van de familie bij de voorlichting | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ja de risicofactoren bespreken. Bijvoorbeeld ongezond eten, roken. Dat dat wel meespeelt in het infarct. Sommige mensen kun je daar niet van afhalen. Dan is het ook de eigen keuze. | Risicofactoren bespreken | Inhoud voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| O: En zijn daarin dingen zijn er bepaalde methodes of richtlijnen hiervoor aanwezig die je kunt gebruiken.  G: Nee eigenlijk niet. | Aanwezigheid methode | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| O: Ja vooral om het gedrag van de patiënt te kunnen veranderen?  G: Weet ik eigenlijk niet hoe ik dat. Ik heb daar nog niet heel veel voorlichting over gegeven. Meestal wel over de onderzoeken maar dan komt dat niet echt ter sprake. | Gedragsverandering bij de patiënt | Informatiebehoefte individuele patiënt | Patiënt en naasten |

Interview 2

**Tabel 8**

*Codeboek interview 2*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Fragment* | *Open codering* | *Axiaal codering* | *Thema* |
| Meestal eerst wat voor informatie ze allemaal hebben gehad überhaupt. Hebben ze het PID boekje gehad van de CCU is dan de vraag. Of ze nog een hartkatheterisatie gaan krijgen dan kan ik dat vaak wat koppelen met het infarct wat ze hebben doorgemaakt en de katheterisatie om een duidelijker beeld te schetsen. Daar geef ik informatiefolders van. | Informatiebehoefte in kaart brengen | Informatiebehoefte individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Ik vraag ook vaak of ze het er met de fysio even over hebben over wat ze wel en niet mogen doen qua mobiliseren. Die vraag ik er dan extra bij. | Contact fysiotherapie | Informatiebehoefte individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Ik neem alles door ligt er aan of ze met een STEMI of non-STEMI zijn opgenomen dus dan zijn behandelingen net iets anders. | Ziektebeeld patiënt | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Sommige hebben wel een dotter gehad en sommige niet. Dus dan ligt het er net aan of het acuut was of niet. | Verschil in behandeling | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Ja ja net wat de patiënt heeft doorgemaakt en daar pas ik dan mijn informatie op aan. | Informatie aanpassen op de patiënt | Informatiebehoefte individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Vooral ook aan de hand van het PID boekje om daar meer uitleg over te geven en door de arts goed uit te laten leggen, dat het duidelijk is wat is er gebeurd? Hoe groot is het infarct en wat ga ik hierna doen? Wat was het nou precies zeg maar? | Uitleg volgens PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Het PID boekje staat eigenlijk alles over het acuut coronair syndroom. Over de driekransslagaders welke er eventueel de vernauwing zat. Wat verholpen is, hoe groot het infarct was? Ook richtlijnen voor thuis zo uit mijn hoofd als ik het goed zeg. Waar ze op moeten letten en welke klachten. | Inhoud PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Vaak kunnen ze het ook meenemen naar de huisarts om te laten zien dit is er gebeurt, hier heb ik een infarct gehad en deze kransslagader. Ze vullen ook hoe groot de vernauwing was. Ook thuis een geheugensteuntje om te laten zien en terug te lezen. Er staat precies in over het infarct, ik weet het niet helemaal uit mijn hoofd. Volgens mij vooral dat. | Gebruik van het PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Ja iedere patiënt die met een acuut coronair syndroom wordt opgenomen, krijgt er eentje. En dat moet eigenlijk binnen 24 uur zijn ingevuld worden door de arts. Tenzij iemand een non-STEMI heeft gehad en dan is het na de hartkatheterisatie dat het wordt ingevuld. En mochten ze verder onderzoeken krijgen. Mocht iemand een dotter hebben gehad moeten ze weer invullen hoeveel stents er zijn geplaatst en welke. Dus eigenlijk moet het de eerste dag worden ingevuld. Officieel de CCU volgens mij. | Gebruik van het PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Nou dat wordt volgens mij regelmatig vergeten. In ieder geval regelmatig krijg ik patiënten over van de CCU dat het niet is ingevuld. Dat dan eigenlijk de arts zegt dat hadden ze daar moeten doen. En ik denk dat het hier ook met regelmatig wordt vergeten. Dat mensen het boekje dan wegstoppen en dat het dan ja uit het actieplan wordt gehaald of staat het er maar op een dag in en wordt het niet meer doorgezet. En volgens mij wordt het dan soms maar voor de helft gedaan. | Invullen van het PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Ja het wordt vaak niet ingevuld. Ik denk dat het best vaak dat ze het boekje wel krijgen maar dat het gewoon niet wordt ingevuld. Dat iedere arts of het voor zich uitschuift van dat doen we morgen wel. Dan komt de patiënt hier en dan wordt het een beetje vergeten en dan gaat iemand met ontslag en is de helft maar ingevuld. En sommige mensen zijn daar heel alert op en de wat ouderen patiënten die zijn daar wat minder mee bezig. En dan wordt het niet ingevuld. | Invullen van het PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Ik denk door werkdrukte al gewoon, dat iemand snel met spoed binnenkomt. En dan eigenlijk wel goed opknapt en dan bijvoorbeeld ’s avonds binnenkomt en ’s ochtends overkomt naar ons. En dat dan in de visite is besproken en ik denk dat dan niet helemaal nog het boekje wordt meegenomen. | Werkdrukte | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| En ik denk vanuit hier dat hun dat wel doen maar dat ook niet altijd is. Dus dat wij dat toch regelmatig afvinken en het dan uiteindelijk niet is gedaan. | Onduidelijkheid invullen PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Dus ik denk dat we daar alert op moeten zijn om dat telkens bij iedere overname te vragen heeft u het PID boekje gehad en is het ingevuld. Want ik zei al de oudere patiënten onder ons zijn daar helemaal niet mee bezig dus dan wordt het niet ingevuld. Dat is zo zonde. Want er staat wel veel informatie in voor hun. | Invullen PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Ja ik denk dat het heel vaak niet wordt gedaan als ik naar mezelf kijken vergeet ik het ook weleens. Iemand komt laat binnen ja je verwelkomt hem. Maar op zich dan denk je niet zo heel snel meer aan dat boekje. Dat dat weer een andere taak is. Dus ik denk dat we onszelf daar meer bewust van moeten zijn van vraag even of het PID boekje is ingevuld. Anders voor de volgende dag opschrijven als vragen voor de arts. | Controle invullen PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Ja dat het niet zomaar in het sjabloon maar op het voorblad zeggen van hé denk even aan dat PID boekje. Dat je dan meer kans hebt dat het wordt ingevuld. | Herinnering invullen PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Ja ik denk vooral dat het controleren. Ja dat de regie bij de patiënt leggen. Ja tegen sommige patiënten kun je zeggen houd even in de gaten dat ze het morgen invullen en die zitten dan de volgende dag helemaal klaar met het boekje en die geven dat aan ons mee. Maar sommige patiënten doen dat natuurlijk niet en dan eigen regie is dan soms wel lastig soms. Als dat zou kunnen zou dat eigenlijk wel meer willen invoeren, dat ze het zelf ook in de gaten houden. Want het is natuurlijk ook hun informatie en zij hebben het boekje gehad. Maar ik denk dat we dat niet bij iedereen kunnen doen. Dus vooral bij opname of overname zou ik het gewoon extra aankaarten. | Regie van de patiënt | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ja dan moet het denk ik toch ook meer in ons standaard opname verhaal komen denk ik. Met iemand met een ACS dat je standaard zegt nou u hebt een boekje gehad zal ik het dan even doorlopen met de sjablonen. Zult u dan morgen aangeven dat ze dat moeten invullen. Dan zou ik het toch stiekem ter extra handeling toch opschrijven om te checken of de patiënt het wel heeft gedaan. Ja maar ik zou wel meer eigen regie willen geven. Dat ze meer daarin zelfstandig zijn en niet alles door ons laten doen. Maar dan moet het wel in ons systeem zitten. | Regie van de patiënt | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Het moet sowieso opgeschreven worden en bij voorlichting wat je geeft. Dat het altijd terug te zoeken is of de patiënt daar überhaupt voorlichting over heeft gehad. Voorlichtingsfolder die je geeft of ieder boekje, moet daarin vermeld worden. | Registreren van voorlichting | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Ja en verder qua voorlichting rondom ACS het PID boekje en de hartkatheterisatie slash dotter waar we voorlichting over geven en de hartrevalidatie. Daar worden ze bijna allemaal standaard voor aangemeld. Dus dan geef ik die folder of mee of ik laat weten van op JBZ net.nl kun je opzoeken voor de jongere generatie. Dus dat geef ik vooral aan voorlichting. | Verschillende voorlichtingsfolders | Werkwijze voorlichtingsmateriaal | Inhoud van de voorlichting |
| En wat te doen bij klachten als de klachten opnieuw terugkomen. Ook voor in de thuissituatie wie ze kunnen bereiken om te bellen en wat ze krijgen aan medicatie | Voorlichting over het ziektebeeld | Inhoud voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Je hebt tijdens iedere opname of overname moeten we sowieso de voorlichting noteren valt onder EPD dashboard. Elke voorlichting die je geeft moet je daarin noteren en ook of de patiënt de informatie heeft begrepen. Dat het op zich duidelijk is wat ze allemaal hebben gehad. Maar daar wordt het PID boekje ook heel vaak niet ingezet. | Registreren van voorlichting | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| O: Want hoe vind je dan over het algemeen dat die werkwijze, het noteren van de voorlichting, hier op de afdeling gaat?  G: Nog niet zo goed. | Registreren van voorlichting | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Ik merk veel mensen, het is een soort van dubbele handeling. Want je geeft een welkomstenvelop met de folder vallen erin maar je moet opschrijven ik heb de welkomstenvelop gegeven met de folder vallen erin met telemetrie bijvoorbeeld. Ik denk dat veel mensen het een dubbele handeling vinden. | Dubbele handeling | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Eigenlijk kun je ervan uit gaan dat iedereen het gewoon geeft en heeft gehad. Maar het wordt gewoon niet opgeschreven. Dus ik ga er bij iedere opname wel vanuit dat ze allemaal die folders hebben gehad. | Niet registreren van voorlichting | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Ja het zou een meerwaarde hebben als het echt om een folder van een hartkatheterisatie of een dotter gaat. Ik vind een folder vallen ik weet dat die in de welkomstenvelop zit. Ik vind dat niet echt een meerwaarde om op te schrijven welkomstenvelop en vallen. Maar ik vind het wel fijn om terug te lezen hij heeft wel informatie gehad over de procedure, wat ze gaan doen zeg maar. | Meerwaarde voorlichting registreren | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Maar ik vind dat we dat wel meer mogen opschrijven. En maar niet per se, wat minder de welkomstenveloppen hoeft voor mij niet. | Registreren van voorlichting | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Ja klinkt wel heel. Ja ik vind het belangrijk dat het PID boekje en katheterisatie en dotter in staat dat ik weet daar hebben ze duidelijk informatie over gehad. En ik ga ervanuit dat iedereen die welkomstenvelop wel gewoon uitlegt en dat iedereen dat gewoon doet. Dus dat vind ik dan iets minder belangrijk. | Verschil in registreren | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Een dubbele handeling net wat ik een beetje zeg ja vooral terugkomend op die welkomstenvelop. Omdat je weet iedereen geeft het gewoon en dat moet ik het nog een keer gaan opschrijven. Ik weet dat mijn collega’s het hebben gegeven en ik zie hem ook liggen maar ik moet het wel nog een keer gaan opschrijven. Ik moet het afvinken, ik moet het opschrijven en ik het moet het geven, dus dat vind ik een dubbele handeling. | Dubbele handeling | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Ja en dan nog afvinken dat ik het heb gegeven. Vind ik dan best wel veel handelingen om een welkomstenvelop. | Veel handelingen | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Vooral als ze nieuw op de afdeling zijn. Als sommige zijn helemaal nieuw met het ACS. Probeer ik daar na de zorg vaak op te komen. ’s Ochtends heeft u nog pijn gehad, nog last met mobiliseren of in rust. Dan probeer ik na de zorg ook wat meer heeft u informatie gehad heeft u nog vragen voor de arts. Ja hoe was de hart katheterisatie gegaan | Informatiebehoefte in kaart brachten | Informatiebehoefte individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Gewoon samen even te zitten als het wat rustiger moment is zeg maar. Dan probeer ik meer uitleg te geven. | Rustig moment | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| Ook bij ontslag duidelijk met familie te benoemen, wat te doen. Met tweeën hoor je meer dan alleen. Extra benoemen mochten de klachten terugkomen daaraan ook de medicatie koppelen, zeg maar. Vooral een rustig moment zoeken als het er is. | Familie betrekken | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ja het ligt er heel erg aan de dag natuurlijk. Want soms heb je minder zorgzwaarte op de afdeling en heb je meer tijd om met de patiënt te gaan zitten. | Zorgzwaarte patiënten | Zorglast verpleegkundige | Rol van de verpleegkundige |
| Maar ik vind dat je er wel tijd voor moet maken want het is voor mensen natuurlijk niet niks die een infarct hebben doorgemaakt of nog een behandeling krijgen qua dotter of hartkatheterisatie. | Tijd maken voor voorlichting | Tijdsinvulling | Rol van de verpleegkundige |
| En als we daar gen informatie over geven, krijg je juist een meer gestreste patiënt. Die daardoor pijn op de borst klachten kan krijgen. Dus ik probeer het toch altijd in de ochtend al is het na de visite of rond een uurtje of elf er tijd voor te nemen. Om extra uitleg te geven. | Stress door afwezigheid van voorlichting | Informatiebehoefte individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Ja ik maak in mijn hoofd heb ik altijd een planning en probeer ik zoveel mogelijk aan te houden. Dat vind ik als ik de eerste dag kom werken altijd moeilijk. Maar naar een paar dagen, meestal werk ik wel een paar dagen achter elkaar. Dan ken je je patiënten beter. | Planning van de zorg voor patiënten | Zorglast verpleegkundige | Rol van de verpleegkundige |
| Dus als er iemand nieuws komt, ik heb zo wel tijd daar en daarvoor. Dus ik probeer het dan een beetje te bundelen. Maar soms loopt je planning in de soep en dan lukt het niet. Dus dan moet ik het in de middag proberen om ervoor te gaan zitten. Maar dat hangt echt heel erg af van de dag. Hoe hectisch is het, hoeveel zorgzwaarte is er. | Planning goed kunnen uitvoeren | Zorglast verpleegkundige | Rol van de verpleegkundige |
| Het valt niet altijd mee om echt een goed moment of er rustig bij te gaan zitten. Ik kan er niet altijd rustig bij zitten. | Afwezigheid rustig moment | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| En neem ik het gewoon staand door. Ik probeer wel rustig over te komen en niet te laten zien dat ik het druk heb zeg maar. Já het ligt ook aan de patiënt. | Werkdrukte | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| De ene begrijpt het meteen van oh ik snap het en sommige hebben toch meer angst en daar moet je dan wel wat langer bij zitten. Maar daar moet gewoon tijd voor worden gemaakt. | Tijd maken voor de patiënt | Tijdsinvulling | Rol van de verpleegkundige |
| Ik denk dat je elkaar daarin toch meer moet ondersteunen. Ik vind dat we elkaar toch goed helpen hoor. Maar dat je kunt doen van hé als er een bel gaat zou jij die even kunnen lopen. Weet je dat je net even die paar minuten extra hebt. Want je zult altijd zien dat tijdens je gesprek net een bel gaat. Dus ik denk dat je daarin kan terugvallen op je collega’s van houd je het even mee in de gaten. Ik ben tien minuutjes in gesprek met iemand. | Collega’s ondersteunen bij de tijdsplanning | Tijdsinvulling | Rol van de verpleegkundige |
| Ja, ik denk dat je ’s ochtends gewoon samen even moet kijken wie heeft de meeste zorg en wie niet. En wie kunnen elkaar daarin helpen. Dat je dan al een heel eindje moet komen. | Zorgzwaarte onderling afstemmen | Zorglast verpleegkundige | Rol van de verpleegkundige |
| Ja dat je weet oh de zorgzwaarte is wel gewoon gelijk verdeeld. Dus op zich zou iedereen wel gewoon aan zijn punten en dingen toe moeten komen. | Eerlijke verdeling zorgzwaarte | Zorglast verpleegkundige | Rol van de verpleegkundige |
| Ja ik denk dat iedereen wel gewoon gebruik maakt van alle folders en voorlichtingsboekjes. Dus dat we daar op zich wel op een lijn zitten. | Gebruik voorlichtingsmateriaal | Werkwijze voorlichtingsmateriaal | Inhoud van de voorlichting |
| Ja ik denk naar mijn idee zitten we bij voorlichting wel op een lijn en dat we allemaal wel hetzelfde vertellen | Eenduidigheid inhoud voorlichting | Inhoud voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| We leggen het aan de hand van voorbeelden uit. Ja en dat je op een gegeven moment over thuis eerst hun verhaal aan hoort en daarna daar op inspeelt van dit zou je de volgende keer zus en zo kunnen doen. Bij die situatie het anders kunnen doen. | Inspelen op de situatie van de patiënt | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| En ook om het voorlichten over roken, alcoholgebruik, ik denk dat het daar op zich wel hetzelfde in gaat. Dat we daar wel een beetje een lijn in trekken. | Eenduidigheid inhoud voorlichting | Inhoud voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Goede vraag. Ik denk dat we op zich wel op een lijn zitten. Het wordt dan niet altijd geregistreerd. | Niet registreren van voorlichting | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| En soms dan door de werkdrukte, dan mogen ze plotseling ergens naar toe voor bijvoorbeeld een onderzoek. En dan wordt het altijd al wel eens vergeten in ieder geval geen tijd voor om er informatie over te geven. Maar ik denk dat er verder qua voorlichting we wel op een lijn zitten. Denk ik. | Geen tijd om voorlichting te geven | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| Ja ik lees eerst goed ook de anamnese door. Van hoe is iemand hier gekomen, welke klachten, was het al langer, rookt iemand? Ja gebruikt iemand veel drugs of alcohol of bekend met obesitas. Dan probeer ik wel een beetje te kijken van oh ja wat voor patiënt is het wat voor casus is het. Moet ik extra voorlichting nog geven? | Patiënt in kaart brengen | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| En dan per patiënt of als iemand bijvoorbeeld veel rookt wil je wel advies geven om te stoppen en hoe die patiënt er ook in staat. Maar als je iemand hebt die altijd fietst en eigenlijk nooit klachten heeft gehad en dan binnenkomt, heb je hele andere voorlichting denk ik. Ja meer over het ziektebeeld en anders heb je het ook over de zaken erom heen, waardoor heeft u dit nou gehad. | Inspelen op de situatie van de patiënt | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Door goed met de patiënt te praten en door goed de anamnese en de naslag van de arts te lezen. Want dat ik een beetje een beeld krijg, maar het meeste haal je toch uit de patiënt. Die vertellen meteen hun levensverhaal. Dus daar haal je het meeste uit. | Patiënt in kaart brengen | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Door per situatie te kijken, waar kan ik extra informatie geven en wat missen ze. Ja per patiënt verschillend. Dus elke keer weer een nieuwe uitdaging. | Informatiebehoefte van de patiënt in kaart brengen | Informatiebehoefte individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Ja ik lees vaak van tevoren wat in en dan ga ik gewoon even in mijn gesprek gewoon navragen bij de patiënt. En die vertellen uiteindelijk toch wel hoe en wat en hoe het precies thuis is. Dus dan heb ik er weer een beter beeld van. | Een beeld krijgen van de patiënt | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Dus dan kom ik er, meestal benoem ik van hoe staat u tegenover stoppen met roken en dat we daar dan ook bijvoorbeeld hulpmiddelen bij hebben. Dan probeer ik daar weer op in te gaan. Bijvoorbeeld ook met de patiënt en arts te bespreken waarom dat zo belangrijk is als voorbeeld. | Belang gedragsverandering bespreken | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ik vind het altijd best wel lastig, ja ook om die voorlichting te geven. Bijvoorbeeld het roken als voorbeeld. Best wel lastig als mensen zeggen dit doe ik gewoon en het maakt mij niet uit, ja dan gaan mijn vaten dicht zitten. Ja dat vind ik best wel lastig om daar dan door heen te breken en dan goed je voorlichting daar op af te stemmen. Want je hebt meteen een weerwoord. | Patiënt staat niet open voor gedragsverandering | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ja en als iemand er niet voor openstaat, is het best wel moeilijk om daar voorlichting over te geven. Dus dat ik dat wel lastig vind. Dat je dat ook probeert te bespreken in de visite van dat de dokter misschien kunnen we daar dan iets in, als we dat samen nog eens benoemen. | Patiënt staat niet open voor gedragsverandering | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Wat vindt familie ervan als we die eens vragen wat de partner ervan vindt. | Familie betrekken | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ik vind het op een gegeven moment wel lastig als iemand heel strijdig blijft zeggen ik blijf gewoon roken. Op een gegeven moment denk ik dan ja ik heb veel informatie gegeven. Iedereen heeft benoemd wat de risico’s zijn, hoe en wat de gevolgen en zo. Dus dan vind ik het wel lastig, ik wil eigenlijk de informatie vaker blijven herhalen. Maar dat heeft soms gewoon geen nut geen effect. Dat vind ik het wel lastig om die informatie niet meer te geven. | Informatie geen effect bij de patiënt | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ja dat vind ik wel moeilijk om daar mijn voorlichting op aan te passen. Maar als ik weet een paar collega’s hebben het al over gehad,hebben het al geprobeerd. Dan vind ik het wel lastig om daar ook mijn voorlichting echt goed op aan te passen en ze zo op een andere denkwijze, een andere manier van denken te geven. | Denkwijze van de patiënt veranderen | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ik vind sowieso altijd een open houding belangrijk en aanhoren waarom de patiënt bijvoorbeeld dat doen zeg maar. Ik wil niet meteen aanvallend zijn, iemand beschuldigen. Omdat u rookt, heeft u dit en dit. Natuurlijk dat hoeft helemaal niet per se te zijn | Open houding naar de patiënt | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Dus ik wil wel gewoon de keuze bij de patiënt laten. Want iedereen, in ieder geval, is bekwaam om dat zelf te beslissen. Dan vind ik ook niet dat ik daarin continu door moet gaan in mijn voorlichting zeg maar. | Patiënt zelf laten beslissen | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Als iemand zegt ik wil gewoon blijven roken punt en dit is het ook. Op een gegeven moment is het dan ook goed om dat dan te accepteren. | Keuze van de patiënt accepteren | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Maar ik denk dat het wel belangrijk is om het verhaal van de patiënt te horen en niet iemand alleen maar ergens toe te dwingen van nou u moet stoppen met roken. Dat werkt echt averechts. Dus daar heeft geen effect bij de patiënt in ieder geval. | Verhaal van de patiënt aanhoren | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ja als iemand echt meermaals zegt van ik ga gewoon niet stoppen. Dit is gewoon mijn ding mijn leven. Sommige mensen zeggen dit is mijn alles wat ik nog heb. Of die echt al wat ouder zijn, hoogbejaarde patiënten. Die mensen zeggen dit is alles wat ik heb. En als ik ook gewoon zie dat er verandering in de mimiek wat zegt dit is het gewoon niet, klaar ik ga niet stoppen met roken. Dan denk ik oké prima, dan weet ik ook gewoon dit gaat het niet worden. Dan moet ik het ook gewoon laten rusten, | Keuze van de patiënt accepteren | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| ik wil niet iemand echt geagiteerd maken zeg maar. Ik wil geen discussie. Nou ja discussie kan altijd wel, maar ik wil geen confrontatie uitlokken zeg maar. | Geen confrontatie uitlokken | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Vooral ook vaak bij partners, die worden vaak vergeten. Bij hun is het vaak alleen maar heftiger om te zien dat je partner dan zoveel pijn heeft gehad. En dan van de een op de ander hier naar toe wordt gebracht en gedotterd wordt. | Heftige gebeurtenis voor de partner | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| En vaak wordt veel naar de patiënt gekeken en de partner staat er dan langs en die zijn heel vaak bang van oh als die een stap zet ligt die dadelijk neer, dan heeft die meteen pijn. Dus ik denk dat het heel belangrijk is om hun dan ook mee te nemen in die voorlichting. Van hé met mobiliseren wat mag, de meeste partners denken hij mag alleen maar op de stoel zitten, mag net naar de wc lopen en weer terug. Dus ik denk dat we daar elkaar wat meer moeten meenemen. | Partner betrekken bij voorlichting | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Niet alleen naar de patiënt kijken, want meestal is het voor degene die er langs staat heftiger. | Heftige gebeurtenis voor naasten | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Dus dat we vooral kijken hoe thuis, weet je wel. Hoe gaat u het thuis doen, ziet u het zelf voor u. Weet u wat u moet doen als er iets is. Meestal hebben ze van tevoren goed gehandeld en is iedereen best wel op de hoogte van de symptomen van een ACS. Mensen reageren er wel adequaat op. | Thuissituatie bespreken | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ik denk ook wel het emotionele stuk. Ook met de hartrevalidatie dat partners een keer een dagje mee kunnen komen. Om te kijken van hé wat kun je eigenlijk al. Sommige patiënten kunnen fietsen een kwartier, terwijl partners denken je moet gewoon zitten en je mag niet dit of dat. | Partners betrekken bij revalidatieproces | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ik denk dat we daarin hen wel meer mee moeten nemen, de familie. En ook bijvoorbeeld als ze kinderen hebben als ze wat ouder zijn. | Familie betrekken | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ja ik denk dat nu toch vaak wel de voorlichting op de patiënt is gericht, ja wordt gegeven. | Voorlichting op de patiënt gericht | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Dat de partner er bijstaat bij het ontslaggesprek, maar niet vaak bij onze gesprekken van was het nou duidelijk. Hoe denkt u dat het thuis gaat. Dus dat we daarin de familie is vaak pas later op de dag op de afdeling. Dan ben jij met je ding bezig en dan kom je er heel vaak niet op terug. Dus ik denk dat we daar wel meer alert op moeten zijn, dat we de partner meer mee moeten nemen. | Familie meer betrekken bij voorlichting | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Dus dat je dan vaak terug hoort van ik vond het zelf wel heel heftig. Dat dat een beetje vergeten wordt en ook die mogelijkheid te bieden van u kunt gewoon mee naar de hartrevalidatie, mee naar het gesprek. Om ook hun wat te laten doen. Ik denk dat dat wel het ding is op de afdeling om extra aandacht aan te geven. | Extra aandacht voor familie | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ik denk ook gewoon tijdens de opname ze vaak wel of hun, of overname, hun partner erbij. Dus dat we eigenlijk de volgende dag ook even met de patiënt heeft u de informatie gehad en heeft de partner informatie gehad. Meestal zijn hun er iedere dag wel. Maar daar moeten we gewoon wat meer alert op zijn. Maar omdat goed in te passen is best wel lastig. Als je dan vraagt hoe kunnen we dat aanpassen op de afdeling. | Informatiebehoefte partner in kaart brengen | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Nou je ziet zoveel visite. Je kunt niet helemaal controleren, of je moet weer dubbele handelingen doen van ik heb partner en meneer gesproken over het voorlichten. Dat ik dan denk ik wil er niet per se een dubbele handeling aan gaan koppelen | Geen dubbele handelingen | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Dus ik moet het eigenlijk meer vanzelfsprekend worden. Misschien doen sommige collega’s het altijd standaard met de partner erbij. Dat durf ik niet te zeggen. Dat is wel een goede om over na te denken hoe we dat meer de partners er bij kunnen betrekken. | Partners betrekken bij voorlichting | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ja ik denk vooral sowieso tijdens het ontslaggesprek, maar dat wordt vaak al gedaan. Misschien met opname iets meer, na enkele dagen zeg maar. Als ze met de fysio gaan lopen en dan kijken van hoe gaat het nu en wat kan die. Wat kan mijn man en vrouw eigenlijk al? | Partner betrekken tijdens de opname | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ja even een kort momentje van nou hij is nu drie dagen hier. Hij is met de fysio aan het lopen en mag bijvoorbeeld morgen naar huis. Dus dat we dan gewoon even kort samen gaan zitten. Sommige partners vragen er zelf om, maar sommige ook niet. Dus daar is denk ik wel nog wat winst te behalen. | Evaluatie over de patiënt met de partner | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ja ligt er aan sommige patiënten ja dan pak ik het PID boekje erbij en zeg ik deze vaten, als het goed is ingevuld, welk vat dient voor de voorwand en achterwand. En verder eigenlijk vooral bij mensen die een openhartoperatie, daar is het dan weer meer dat ik echt met het boekje erbij ga zitten en zeg van zus en zo gaat het zeg maar. Bij de ACS niet altijd eigenlijk. | Gebruik van visuele voorlichting | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ligt er ook aan ook weer de leeftijd van de patiënt. Vaak de wat jongere patiënten, die zoeken bijvoorbeeld zelf al een plaatje op en hebben er al een verbeelding bij. En de wat oudere patiënten o ja prima en dan een beetje van oh goh ik weet eigenlijk helemaal niet waar ze het over heeft. | Leeftijd van de patiënt | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Dus dan zoek ik er wel iets meer bij om het te laten zien, van hé dit is wat minder. Bij de jongere patiënten over het algemeen die zoeken zelf al meer op en die zijn ook meer met dat PID boekje bezig. Dus die hebben wat minder visuele dingen nodig. | Behoefte van de patiënt | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ja wel goed eigenlijk. Ik vind dat het eigenlijk wel meer zou moeten worden gedaan. Dan zien mensen het op beeld nu hoor je het alleen maar bijvoorbeeld. Als ik iets uitleg denken ze van o ja prima drie kransslagaders. Maar het is fijner als je het ziet. Dat mensen zien van oh zo zit dat zo ziet mijn hart er eigenlijk uit. | Meer gebruik van visuele voorlichting | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Mensen hebben soms geen idee hoe dat eigenlijk precies zit. Dus ik denk dat dat wel extra hoe moet ik het zeggen, wel mooi meegenomen is bij je voorlichting. Dat het wel extra informatie is dan dat je het alleen zo vertelt. | Meerwaarde visuele voorlichting | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |

Interview 3

**Tabel 9**

*Codeboek interview 3*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Fragment* | *Open codering* | *Axiaal codering* | *Thema* |
| Nou ik ben student dus bij mij staat er altijd nog wel iemand die de eindverantwoording heeft. Maar ik vind dat mijn verantwoording is om de kennis die ik heb over te dragen aan de patiënt. Zodat die ook goed voorbereidt is in ieder geval goed geïnformeerd over het ziektebeeld wat die heeft zeg maar | Kennis overdragen aan de patiënt | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Goede voorlichting vind ik heel belangrijk. Omdat degene dan ook hoe moet ik dat zeggen, op de hoogte is van de stand van zaken. Ik denk dat mijn taak daarin is om ook de juiste materialen aan te bieden. Dus de materialen die er zijn ook aan te bieden aan de patiënt. | Patiënt op de hoogte stellen | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Nou ik zal het wel overdragen in een makkelijke taal zeg maar. Dus niet in al te medische termen. | Gemakkelijk taalgebruik | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Nou het ligt er een beetje aan wat iemand heeft. Wat iemand heeft doormaakt, of het echt een STEMI, Non-STEMI of instabiele angina pectoris. Maar ik zou dan vertellen als dat is onderzocht wat de oorzaak dan ook is. Als dat nog niet zeker is, zal ik vertellen welke oorzaken mogelijk kunnen zijn zeg maar | Uitleg over het ziektebeeld | Inhoud voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ik geef meestal ook wel een beetje de uitleg in een schematisch beeld. Ik teken het niet echt, maar ik leg wel altijd uit waar zit de vernauwing dan. | Schematische uitleg | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Eigenlijk wel gericht op de patiënt hoe het probleem nu dan ook echt is. Vooral gericht op hoe nu verder. Dus wat hebben ze al gedaan hieraan, voorbeeld een dotter behandeling of iets dergelijks. Of wat gaan ze nog doen, wat willen ze doen. | Voorlichting afstemmen op de patiënt | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Als een patiënt binnenkomt met deze klachten doe ik het eigenlijk al bij een opnamegesprek. Maar als ik een patiënt niet heb ontvangen maar later in het stadium zie, vraag ik meestal ook wel aan de patiënt en peil ik even hoe ver die al is voorgelicht. | Informatiebehoefte in kaart brengen | Informatiebehoefte individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| En als het goed is geregistreerd kan ik het ook terughalen, maar dat gebeurt niet altijd. | Registreren van voorlichting | Registratie van voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| En anders soms stellen patiënten zelf ook vragen, dus dan geef ik op dat moment meer uitleg. | Vragen beantwoorden | Inhoud voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| En ik geef sowieso nog voorlichting als die man nog voor een behandeling gaat. Als die bijvoorbeeld nog een PCI gaat krijgen, dan geef ik van tevoren ook informatie. | Voorlichting voor een behandeling | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| En gedurende dag als het niet per se op dat moment niet iets verandert in het beleid. Maar ik probeer ook altijd wel als mensen medicatie krijgen, wegens ACS. Dat is nog helemaal nieuw voor diegene dat ik dan ook uitleg wat voor werking die medicatie heeft. | Voorlichting over medicatie | Inhoud voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Dus eigenlijk speelt het wel de hele dag. Alleen is het wel per situatie afhankelijk op welk moment je het dan geeft. | Voorlichting op verschillende momenten | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| Ja dat vind ik lastig te zeggen. Je ziet natuurlijk niet altijd hoe een ander het doet. Ik denk en ik ga ervan uit dat ze wel voor een echte behandeling wel allemaal voorlichting geven op dat moment. En waarschijnlijk al wel eerder want zoon behandeling staat al gepland, dus dan verwacht ik wel dat ze eerder ook al de voorlichting geven over de behandeling. | Voorlichting voor een behandeling | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| Maar hoe ze op welk moment ze echt de algemene voorlichting geven heb ik eigenlijk geen inzicht in, hoe anderen dat doen. | Het moment van voorlichting | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| O: Ja. En jij zegt voor het onderzoek geven ze voorlichting eerder meestal dan het onderzoek plaatsvindt. Is daar een bepaald tijdbestek in? Op welk moment zou je de voorlichting geven?  G: Volgens mij zijn daar geen vaste afspraken voor. Ik zou het een beetje afhankelijk van de situatie ervoor kiezen. | Geen vast moment van voorlichting | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| Bijvoorbeeld als er familie bij is om het dan eigenlijk te doen. Omdat er dan ook meer oren mee luisteren en voor hun is het ook belangrijk. En dan kunnen ze het er daarna nog eens met elkaar over hebben. | Familie betrekken bij voorlichting | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| En qua tijdsbestek zou ik het als het bekend is wanneer die het gaat krijgen, zou ik het al eens een keer bespreken met de patiënt. En dan mogelijk te zijner tijd als het bijvoorbeeld een aantal dagen, tegen die tijd, bijvoorbeeld een dag van tevoren nog een keer vragen van weet je nog wat het allemaal inhoudt. Of heb je nog vragen, want dan kun je daar nog een aanvulling opgeven. | Voorlichting voor een behandeling | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| O: Ja en hoe merk je dat dat door de verpleegkundigen wordt gedaan? Hoe echt die uitvoering daarvan is?  G: Ja ik denk dat ik daar weinig inzicht op heb. Omdat ik dat natuurlijk niet altijd zie, hoe collega’s het doen. | Geen inzicht in voorlichting van collega’s | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Het wordt in ieder geval niet altijd geregistreerd, dat is wel sowieso een probleem. En dan is het natuurlijk ook lastig om terug te halen is de voorlichting nou al wel gegeven of niet. | Niet registreren van voorlichting | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Het registeren moet gedaan worden in HIX. In het elektronisch patiëntendossier onder het kopje voorlichting. Daarbij schrijft degene die de voorlichting geeft op welke voorlichting die die heeft gegeven. En bijvoorbeeld welke folders die heeft gebruikt, dat kun je dan toevoegen. En zo kan iedereen zien, alle verpleegkundigen heel het team. Kan dan ook terugzien welke voorlichting heeft diegene al gehad en welke moet die nog krijgen. | Registreren van voorlichting | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Maar als er iets niet geregistreerd wordt, wordt het natuurlijk onduidelijk of de patiënt het al heeft gehad. Dan zou je het aan de patiënt zelf kunnen vragen. Maar het moet officieel wel geregistreerd worden. | Niet registreren van voorlichting | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Ik denk ook niet dat iedereen ervan op de hoogte is en dan vooral denk ik studenten die bijvoorbeeld nieuw zijn in het ziekenhuis. Want het is wel een algemene regel in het ziekenhuis, dus op andere afdeling is het al bekend. Of ook nieuwe collega’s die ook het niet weten. Maar als het eenmaal verteld is, is het natuurlijk iets makkelijks om te onthouden. | Kennis over voorlichting registreren | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Maar ik denk het ook wel, misschien een gebrek aan tijd. Want je wil die patiënt voorlichting gaan geven, je print een foldertje uit, je gaat naar de patiënt. Dan kan het ook zijn dat je door drukte vergeet om het te registreren | Registratie vergeten door tijdgebrek | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Ik denk vooral de tijd die iemand er voor heeft en ook ervoor wil nemen. | Beschikbare tijd | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| Ja, mogelijk een herinnering eraan. Het is volgens mij ook geen puntje in het activiteitenplan in het sjabloon. Er is wel een puntje ga na of de gegeven informatie begrepen is. Misschien daarachter ook zetten van ook registreren, de gegeven informatie. | Herinnering voorlichting registreren | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Ja kijk werkdruk speelt altijd, speelt nu dan ook een rol. Maar hoever je daarin iets kunt, ja je kunt denk ik niet nu al zeggen geef mensen meer tijd want dan doen ze het wel. Ik denk dat daar meer onderzoek voor nodig is. | Tijdgebrek door werkdrukte | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| O: Ja. Want hoe is volgens jou de relatie van de werkdruk in combinatie met het geven van voorlichting op de afdeling?  G: Nou ik denk dat dat echt wel van invloed is. Dat merk ik zelf ook als je nou vandaag bijvoorbeeld een drukke dag hebt gehad, dan heb je minder tijd om echt veel aandacht te besteden aan de patiënt. Dan valt zoon voorlichting wel gauw in het niet. | Geen tijd voor voorlichting | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| Dan ben je sneller geneigd, dat merk ik ook wel van andere collega’s, om even een folder te geven of een boekje van lees het zelf maar door en als er vragen zijn hoor ik het graag. Terwijl mensen denk ik ook heel veel hebben aan het gewoon eventjes persoonlijk doorspreken. En dat ze daarna als aanvulling op papier hebben om het nog eens na te lezen. En als ze dan nog vragen hebben, dan terecht kunnen bij iemand. Maar ik denk dat de mondelinge uitleg wel nodig is. | Geen tijd voor mondelinge voorlichting | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| Nou ik merk als je een foldertje geeft dat mensen heel vaak ook geen vragen meer stellen daarna. En dan vraag ik me achteraf af zijn er ook geen vragen. Dan weet je eigenlijk niet of de patiënt de informatie wel begrepen heeft die in de folder staat. Als je er nog eens navraagt of er mondelinge op terugkomt, kun je dat bevestigen. | Onduidelijk of de patiënt informatie heeft begrepen | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Ja dat is een hele moeilijke vraag. Ja het antwoord zou makkelijk zijn als ik zeg geef ze meer tijd, want dan hebben ze ook meer tijd om eventjes te gaan zitten bij de patiënt. Maar ik denk ook dat er wel een stukje bij de verpleegkundigen zelf ligt. Want er zijn ook wel momenten dat het rustig is. Ik denk dat verpleegkundigen dan ook voor zichzelf wel moet leren om prioriteiten te stellen. Om dan op dat rustige moment ook even de tijd te nemen om wel die voorlichting te geven. Dan ook niet per se alleen maar even genieten van het rustige moment, zeg maar. Maar ook wel even nuttig besteden bij de patiënt. | Prioriteiten stellen in tijdsinvulling | Tijdsinvulling | Rol van de verpleegkundige |
| O: Ja. Want merk je daarin ook behoeftes van de patiënt?  G: Dan heb ik tot nu toe niet echt ervaren. Niet dat ze aangeven ofzo dat bedoel je denk ik, dat ze te weinig voorlichting hebben gekregen. | Behoefte patiënt | Informatiebehoefte individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Nee eigenlijk niet want als ik een ontslaggesprek voer of een zorgevaluatie dan is de gegeven informatie op zich ook altijd wel duidelijk. Dat heb ik tot nu toe terug gehoord dan hè. Ik ben er natuurlijk nog niet zo lang. Dus ja hoe patiënten daarover denken, daar durf ik niet te zeggen. | Informatie duidelijk voor de patiënt | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| We hebben een PID boekje en daar staat voor patiënten informatie dossier volgens mij. Ja volgens mij wel. En daar staat dus eigenlijk een persoonlijk boekje. Persoonlijk informatie dossier is het. In dat boekje is echt gericht op de ACS. Op het hartinfarct, angina pectoris. En daar staat dan informatie in over wat het inhoudt welke klachten erbij kunnen zijn. Maar ook wat de oorzaken kunnen zijn. En er staat ook een hoofdstuk in met leefregels. Het is eigenlijk boekje een foldertje, met eigenlijk het complete plaatje met informatie die de patiënten nodig hebben. | Inhoud PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| En achterin wordt het dan ook persoonlijk gemaakt door aan te vinken wat het probleem was bij deze patiënt. En wat voor behandeling ze hebben gehad, als ze bijvoorbeeld een dotter hebben gehad en of ze daarbij stents hebben geplaatst. Dus het wordt eigenlijk een heel persoonlijk boekje echt aangepast op de patiënt. Om te kijken of om eigenlijk richtlijnen te geven. Informatie over het ziektebeeld, dus dat boekje gebruiken we echt specifiek daarbij. | PID boekje afstemmen op de patiënt | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Dan zijn er altijd nog folders van de hartstichting, die ook altijd te gebruiken zijn op de afdeling. | Aanwezigheid informatiefolders | Werkwijze voorlichtingsmateriaal | Inhoud van de voorlichting |
| Iedere patiënt die het ACS protocol krijgt of krijgt die daaronder valt, krijgt een PID boekje. Maar meestal komen die patiënten eerst op de CCU of eerste harthulp. Omdat ze acuut binnenkomen met bijvoorbeeld een infarct. Dus dan krijgen ze hem in principe daar. Zodra een patiënt behandeld is of onderzocht is door bijvoorbeeld een katheterisatie, vult de arts hem in om hem persoonlijk te maken. | Werkwijze PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| En ik weet niet zeker of ze hem op de CCU al een keer doorspreken als ze de patiënt een boekje geven. Want dat zou mij wel wenselijk lijken, dat je eens doorspreekt wat er allemaal in staat. | Werkwijze PID boekje CCU | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Maar ik bespreek hem altijd ook nog even door als de arts hem heeft ingevuld. Want dan is die echt persoonlijk gemaakt en op de patiënt gericht. Ja dat. | Bespreken PID boekje met de arts | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Je wordt er wel aan herinnerd want het is een activiteit in het sjabloon in het activiteitenplan. Maar ik denk dat er soms wel een aantal dagen overeen gaan, voordat de arts hem ook echt invult | Invullen PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Ik denk dat dat niet komt omdat de arts er niet echt zelf tijd voor heeft. Maar puur omdat het boekje bij de patiënt ligt en je de verpleegkundigen moet hem meenemen naar de arts. Er zitten zoveel stappen tussen voordat die op de plek is waar die moet zijn. En ik denk dat dat te veel tijd en moeite kost. | Proces invullen PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Ja en verder ik denk dat alle verpleegkundigen zijn mijns inziens er wel van op de hoogte van het PID boekje en ook wel de werkwijze ervan. Maar ik denk niet dat iedereen hem echt mondeling toelicht bij de patiënt. | Bespreken PID boekje met de patiënt | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Ja ik neem het nu meestal mee naar de artsenkamer omdat we eerst de visite voor bespreken op de artsenkamer en dan langs de patiënten gaan. Maar misschien is het handiger als de arts op de kamer al invult, waar de patiënt bij is. Maar het gevolg daarvan kan wel zijn dat er dan weer meer vragen zijn, die tijdens een artsenvisite eigenlijk niet besproken kunnen worden. Waardoor dat dan weer langer duurt. Maar dan zou je in principe ook kunnen zeggen, ik kom er zo bij u op terug. | Proces invullen PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Dus eigenlijk ja dat zou mogelijk een optie zijn. En misschien om nu met een beetje de nieuwe generatie mee te gaan. Op de Cardiologie liggen nog veel ouderen mensen, dus die zijn nog niet allemaal digitaal ingesteld. Maar je heb nu natuurlijk voort ook mijn JBZ, waar ze ook heel veel op kunnen zien. En daar kunnen ook patiënten folders aan toegevoegd worden dat ik weet. Maar volgens mij valt het PID boekje daar nog niet onder. Dus misschien is het een idee om het digitaal te maken. | Digitaal voorlichtingsmateriaal | Werkwijze voorlichtingsmateriaal | Inhoud van de voorlichting |
| Wel denk ik voor de ziektebeelden die buiten het PID boekje omvallen. Ik maak er zelf gebruik van bij bijvoorbeeld hartritmestoornissen of CABG. En dan heb je er ook nog een voor pacemakerimplantatie, daar heb ik zelf nog niet zoveel mee van doen gehad. Maar ik denk dat die drie wel gebruikt worden. Maar er zijn er echt veel meer. En ik denk dat er vaker gebruik gemaakt kan worden van die foldertjes. | Onvoldoende gebruik voorlichtingsfolders | Werkwijze voorlichtingsmateriaal | Inhoud van de voorlichting |
| O: En wat zou nou een belemmering kunnen zijn dat verpleegkundigen niet gebruik maken van die folders?  G: Misschien het ook niet weten van het bestaan ervan bij sommige ziektebeelden. Dat is denk ik de grootste valkuil. | Onvoldoende kennis over aanwezigheid voorlichtingsmateriaal | Werkwijze voorlichtingsmateriaal | Inhoud van de voorlichting |
| Maar daarbij ook wel weer die tijd. Maar je kunt natuurlijk ook zelf bepalen hoe jij die voorlichting gaat geven. Want tijd, je hoeft er niet heel veel tijd in te steken. Dus het is denk ik ook een beetje hoeveel nut de verpleegkundigen ervan in ziet. Om een extra foldertje te geven naast de mondelinge voorlichting. | Tijdsbesteding van verpleegkundige | Tijdsinvulling | Rol van de verpleegkundige |
| O: Hoe kijk je aan tegen het gebruik van visuele voorlichting op de afdeling?  G: Ja dat zou ik echt een goed idee te vinden. Ook want het is in woorden altijd best lastig om uit te leggen, wat de patiënt nu precies heeft. Plaatjes helpen daar wel bij. | Visuele voorlichting als toevoeging | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Maar ik zou het ook echt wel een aanrader vinden om bijvoorbeeld mensen een filmpje te laten kijken. Wel schematisch dan van bijvoorbeeld een PCI. Niet hoe het in het echt gebeurt dat is misschien een beetje schrikwekkend. Maar bijvoorbeeld een animatiefilmpje ofzo van een behandeling. Of van wat er nu precies gebeurt bij een STEMI in het hart. Ik dat dat echt wel meer duidelijkheid kan geven. | Gebruik van filmpjes als voorlichting | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| O: Ja en hoe vind je dat er nu op de afdeling gebruik wordt gemaakt van visuele voorlichting?  G: Niet. Nee heb ik nog helemaal niemand zien doen. | Geen gebruik van visuele voorlichting | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ik weet wel ik ben bekend op andere afdelingen en daar hebben ze ook een iPad op de afdeling. Daar maken ze ook gebruik van de iPad om voorlichting filmpjes te laten zien. Dus Ik denk dat dat ook een mooie bijdrage zou zijn. | Voorlichting met een iPad | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Nou ze moeten eerst sowieso eerst informatie moeten krijgen over hoe ze dat zouden moeten doen. En ik vind het belangrijk dat ze zelf ook de filmpjes een keer hebben gezien om te weten wat je dan ook geeft aan de patiënt. | Kennis over visuele voorlichting | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Verder denk ik gewoon een makkelijke werkwijze. Niet dat je bijvoorbeeld één iPad op de afdeling hebt waarmee je iedereen een filmpje moet laten zien. Maar dat je ook het makkelijker gemaakt kan worden. Dat het daardoor ook wel meer gebruik gemaakt van zou worden denk ik. | Makkelijke werkwijze rondom visuele voorlichting | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ik kijk sowieso naar de leeftijd van de patiënt. In hoeverre, hoe diep ik in kan gaan op de informatie en iedereen heeft natuurlijk recht op de informatie over zichzelf. | Leeftijd van de patiënt | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Maar ik kijk ook wel naar de cognitie van de patiënt. Als iemand bijvoorbeeld minder begaafd is of juist wel heel slim. Dan zou ik wel daar mijn manier van spreken op aanpassen. Dus bij een minder slim iemand, bijvoorbeeld ook echt in makkelijke of kindertaal spreken. | Cognitie van de patiënt | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Hoe het is en ja ook op het gebied van ouderen. Als het een oudere patiënt is, zorg ik er altijd wel voor dat er een familielid bij is. Want familie wil het toch altijd wel graag weten. En dan krijg je die vraag nog een keer vaak en dan kost het eigenlijk alleen maar meer tijd. Want dan ben je het toch nog een keer aan het vertellen of mijn collega zit er ’s avonds weer mee. Dus ja eigenlijk familie erbij betrekken en de manier van spreken. | Familie betrekken bij voorlichting | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Nou ja als het een oudere patiënt is. Bijvoorbeeld als ik het idee heb dat die het toch niet helemaal goed begrijpt. Als familie er dan bij is zou die dan als die het wel begrijpen, zelf nog de uitleg kunnen geven aan de patiënt. Dan voorkom je dat je de vraag van de patiënt zelf steeds terugkrijgt. Dus ik denk ook wel dat je daar tijd mee wint. Sowieso daar zelf mee tijd wint. Want als de familie ’s avonds, ben je dubbel zoveel tijd kwijt. | Familie als ondersteuning voor de patiënt | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ja en ik denk dat de familie ook wel dan een vertrouwen heeft of zo in de zorg. Omdat zij ook geïnformeerd zijn over hun familielid. Dan moet je er natuurlijk wel mee op letten dat je alleen de eerste contactpersoon informeert | Vertrouwen van familie in de zorg | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ja ik denk altijd maar zo, kijk dan naar mezelf als bijvoorbeeld mijn ouders ouder worden en die komen in het ziekenhuis te liggen en ze vertellen alleen iets aan diegenen. Maar je krijgt van de patiënt, van je vader of je moeder, alleen maar een beetje vage informatie. Dan wil je gewoon zelf goed geïnformeerd zijn door een deskundige. | Informeren van familie | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ik denk toch vaak het plannen. Want familie komt vaak, het is bijvoorbeeld bezoektijd van elf tot half negen ’s avonds. Dus het is altijd maar de vraag wanneer familie er is. Dus je moet altijd iets plannen met familie. Dat is wel vaak lastig. Want als familie kan komt het bij ons soms niet uit. En je wilt natuurlijk toch zo snel mogelijk de informatie geven. Dus het plannen is denk ik van het gesprek is denk ik het lastig. | Plannen contactmoment met familie | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Nee, daarom. Hoe zou het makkelijker gemaakt kunnen worden. Ja kijk het is natuurlijk een 24uurs bedrijf eigenlijk. Dus je kunt niet altijd zeggen we doen tussen twee en drie alle gesprekken. Want er komen soms ook onverwachte dingen tussendoor, waardoor je het gesprek niet kan voeren | Plannen van gesprekken | Tijdsinvulling | Rol van de verpleegkundige |
| Dus ik denk dat het niet haalbaar is om een vast moment te plannen voor alle gesprekken te doen. Maar wel om al vooruit te kijken en tijdig met familie contact te leggen. Om een gesprek te plannen, zodat het ook echt door kan gaan. | Geen vast moment voor gesprekken | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Veel want toevallig pas had ik een patiënt die was heel therapieontrouw, had ik echt niet verwacht dat die iets van gedragsverandering zou laten zien. Dan ga je toch op een andere manier voorlichting geven. Die man heb ik wel een beetje met de neus ja hoe noem je dat met de neus in de feiten gedrukt. Om echt wel duidelijk te maken, van wat er allemaal kan gebeuren als die zo therapieontrouw blijft. Maar als iemand heel erg, altijd alles voor de regels doet medicijnen, dan heeft diegene wel minder informatie nodig. | Inspelen op gedragsverandering van de patiënt | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| O: Ja. Welke methodes gebruik of bepaalde werkwijze om in te spelen op de gedragsverandering van de patiënt?  G: Ja daar heb je een mooi stappenplan voor. Die hebben we geleerd op school. Maar hoe die gaat, hoe heet die ook alweer. Maar dat moet ik echt eerlijk toegeven dat ik dat echt niet vaak op dat moment bij stil sta. | Geen gebruik van vaste methode | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Alleen het is wel belangrijk om te kijken of iemand er wel voor openstaat. Want dan pas ik mijn informatie daarop aan. Want dan heeft het niet zoveel zin om al een instructie te geven hoe die iets moet doen. Dan let ik er wel op dat die eerst algemene informatie geef zeg maar. | Openstaan van patiënt voor informatie | Informatiebehoefte individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| O: Want op welke manier vergroot jij dan het ziekte-inzicht van de patiënt?  G: Nou ik denk door heel specifiek te vertellen, heel gericht op de patiënt en de casus hoe het nu ook echt bij de patiënt is. Ja om dan het inzicht hopelijk te krijgen bij de patiënten | Ziekte-inzicht van de patiënt | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| En ook na te vragen of die het begrijpt en of die het dan nog eens in eigen woorden kan herhalen. Zodat ik ook het idee heb dat het begrepen is. | Controleren of informatie is begrepen | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Ja kijk het is natuurlijk wel zo dat als je iets aanreikt. Bijvoorbeeld iets van voorlichtingsmateriaal een filmpje of een folder of iets dergelijks. Dan kun je erbij sommige patiënten wel vanuit gaan als je vraagt als er vragen zijn dan hoor ik het graag, dat die het ook doet. Daar ligt wel een stukje in eigen regie. Maar ik denk dat het wel belangrijk is dat je oplet bij wie je dat dan doen. | Eigen regie patiëntafhankelijk | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Want als iemand heel therapieontrouw is verwacht ik niet dat die zelf vragen zal gaan stellen. Als iemand cognitief minder is zou die dat ook niet doen. Dus in dat stukje kun je wel eigen regie geven. | Eigen regie patiëntafhankelijk | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| En je kunt al in de ochtend bespreken, een tijd afspreken wanneer je met de patiënt gaat zitten om het door te nemen. Wat komt voor jou het beste uit. Ik denk dat je op die manier wel eigen regie kunt geven en ook als er verschillende vormen zijn om aan te bieden, dat je de patiënt laat kiezen wat die fijn vindt. Om een filmpje te laten zien of foldertje of alleen mondeling. | Eigen regie geven aan de patiënt | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| O: Hoe vind je dat er nu op de afdeling aandacht wordt besteed aan eigen regie rondom voorlichting?  G: Ik denk weinig want het wordt al snel automatisch een foldertje gegeven en dat is eigenlijk bij iedere patiënt hetzelfde. En lees maar door als er vragen zijn, dan hoor ik het wel. En in dat opzicht geef je natuurlijk aan de ene kant wel eigen regie. Omdat je dan de patiënt laat beslissen wanneer die er naar gaat kijken. En als die vragen heeft dat die er dan op terug kan komen. Maar ik denk dat er teveel over een kant geschoren wordt. Ik denk dat er meer patiëntgericht kan. | Eigen regie afstemmen op de patiënt | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Door ook echt per patiënt te bespreken wat die wil. Dus niet iedere patiënt dezelfde manier van voorlichting te bespreken, maar ook te bespreken wat die fijn vindt. | Patiëntgerichte voorlichting | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |

Interview 4

**Tabel 10**

*Codeboek interview 4*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Fragment* | *Open codering* | *Axiaal codering* | Thema |
| Nou ik denk dat patiënten sowieso vanuit de CCU vaak wel overkomen met een ACS. Dan hebben ze natuurlijk al wel wat informatie gekregen door middel van het PID boekje. | Verkregen informatie vanuit CCU | Samenwerking met de hartbewaking | Proces van voorlichting geven |
| Mijn rol daarin is zeg maar dat ik het PID boekje nog eventueel met ze doorspreek. Kijk of dat er nog vragen zijn. Eventueel behandelingen die daarbij volgen en katheterisatie of een dotter. | Bespreken van het PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Daar informatie voor aangeven en ook op de juiste manier registeren bij voorlichting. | Registreren van voorlichting | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Dat is een persoonlijk informatie dossier, dat staat dan voor PID. Daar staat letterlijk eigenlijk in wat ACS eigenlijk is. Wat de behandelingen en onderzoeken daarin zijn maar ook de richtlijnen voor thuis. | Inhoud PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Dat PID boekje wordt ook gebruikt bij een hartrevalidatie zodat ze eigenlijk de voortuitgang en de doelen daarin kunnen zetten. | PID boekje bij hartrevalidatie | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Ja in eerste instantie natuurlijk sowieso als een patiënt overkomt, dan vraag ik altijd aan de CCU medewerker of ze het PID boekje hebben gehad. Dus even controleren of ze alle gegevens hebben die ze moeten hebben eigenlijk. | Overdracht CCU verpleegkundige | Samenwerking met de hartbewaking | Proces van voorlichting geven |
| Ik kijk ook altijd in de voorlichting of die daarin genoteerd staat. | Noteren van voorlichting | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Daarnaast bespreek in eigenlijk niet bij de dag van overname maar de dag erna, als ik er dan ben, het PID boekje bespreken en kijken. Is alles duidelijk of moet er nog uitleg komen? Vaak de volgende dag krijg je nog wat vervolgonderzoeken, daar informatie over geven. | PID boekje bespreken | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Dat heb ik begrepen. Ik heb ooit ook onderzoek gedaan voor ACS. Dat als mensen overkomen van de CCU naar de afdeling, dat er heel veel informatie gegeven wordt. Ook vindt er een hele verandering plaats, dat mensen destijds toen hebben aangegeven van hé dit is te veel informatie. Dit kan beter tijdens de opname. Als ze dat PID boekje krijgen, krijgen ze al informatie. De informatie die ze op dat moment nodig denken te hebben, denk ik ook wel, die hebben ze op dat moment gekregen. | Informatie op verschillende momenten geven | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| Ja ik kan niet zo goed oordelen over hoe ze dat precies op de CCU doen aangezien ik er nooit bij ben als die informatie gegeven wordt. | Onduidelijkheid over gegeven informatie op CCU | Samenwerking met de hartbewaking | Proces van voorlichting geven |
| Maar ik ben ik denk wel dat als het heel erg druk is, zowel op de CCU als op de verpleegafdeling, dat het boekje wordt uitgedeeld en niet echt besproken wordt. Dus meer uitgedeeld en hier lees het even een keer door. Zijn er vragen dan stel maar. Maar er zit geen check meer op of de informatie wel of niet begrepen is. | Onvolledige uitleg bij PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van voorlichting |
| Ja ik denk dat patiënten tijdens opname misschien nog niet echt goed beseffen of ze alle informatie hebben gekregen en begrepen | Begrijpen van de informatie | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Maar ik denk dat als je gaat kijken naar de hartrevalidatie de mensen misschien nog vragen hebben omtrent ACS, wat is het nou precies. Wat heb ik nou precies gehad, wat voor onderzoeken had ik? Wat kan ik er zelf nou aan doen om het in het vervolg bijvoorbeeld te voorkomen, wat had ik eraan kunnen doen? Welke begeleiding heb ik nodig? | Vragen van de patiënt | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Moet ik heel eerlijk zeggen dat ik bij overname dan hè met name. Ik doe vaak de volgende dag dan vraag ik wel altijd wel of ze hebben begrepen waarom ze hier liggen. De risicofactoren bespreek ik dan wel met de patiënt. Maar ik vraag nooit na leg mij eens uit hoe wat u nou precies hebt eigenlijk. Nee dat doe ik nooit. | Geen controle of informatie is begrepen | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Nee, ik denk gewoon in de drukte van de dag dat je dat ja hoe zeg ik dat netjes. Ik denk vooral ja het is goed, hier heb je je PID boekje lees het door. Het staat beschreven dus je kan het nog heel vaak doorlezen als het moet. | Onvoldoende uitleg bij PID boekje door drukte | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| En dat het gewoon een beetje denk van ja het is goed. Ik heb het boekje gegeven, de informatie hebben ze gehad. | Onvoldoende uitleg bij PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Nou met name wat ik zelf ervaar is veel telefoontjes tussendoor. Onderzoek hier onderzoek daar. Momenteel onrustige patiënten. Dat maakt het wel dat je niet even rustig kan zitten bij een patiënt om hé we slaan dat boekje open, wat staat er nou precies in en leg eens uit waarom ben je hier. En ik denk ook wel een stukje cultuur dat mensen het ook niet gewend zijn om op deze manier het gesprek aan te gaan met de patiënt. | Geen rustig moment | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| Nou ik denk kijk weet je als je een beetje kijkt naar een aantal jaar geleden. Toen was het meer van de dokter geeft informatie dan had je als patiënt en verpleegkundige maar mee te doen. Nu is het denk ik zo dat de patiënt eigen regie heeft. Dat wij als verpleegkundigen sowieso meer in mogen bemiddelen en zeggen van hé luister eens wat kunt u er zelf aan doen. In plaats van dat de dokter zegt van dit moet u doen. | Verandering in regie van de patiënt | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ik denk sowieso dat bij de nieuwe generatie verpleegkundigen dat ze daar wel mee opgegroeid zijn qua opleiding. Maar echt de wat oudere verpleegkundigen zijn daar denk ik niet echt mee opgegroeid. | Verschil in opleiding verpleegkundigen | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| O: Ja. Want hoe zou je dat dan in kunnen spelen op de eigen regie van de patiënt?  G: Nou ja sowieso dat boekje vind ik echt wel een mooi voorbeeld. Omdat alles duidelijk erin geschreven staat. Ook doelen zelf kunt maken. Daar kun je natuurlijk ook met de patiënt over praten. Kijk dit zijn de risicofactoren wat is volgens u dan u risicofactor en wat zou u daaraan willen doen. | Eigen regie door middel van PID boekje | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Natuurlijk op de hartrevalidatie wordt daar meer op in gegaan. Maar ik denk wel dat mensen tijdens de opname al kunnen denken welke doelen zou ik kunnen hebben bij de hartrevalidatie en hoe kan ik daar in die tussentijd, dat ik met ontslag ga en naar de hartrevalidatie toe ga, al aan werken. En daar spelen we nog te weinig op in. | Voorbereiding op hartrevalidatie | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ik ben nu bezig met de cardiocursus. Daar had ik het laatst met de fysio die dan ook de hartrevalidatie onder andere mee leidt en die zij ook mensen denken eigenlijk pas na over doelen als ze de eerste keer zijn geweest bij de hartrevalidatie. Terwijl dat bijvoorbeeld ik noem bijvoorbeeld stoppen met roken. Daar kun je eigenlijk al bij de opname op in spelen. Daar kun je al informatie over geven, waarbij er bijvoorbeeld wordt aangegeven er is een bijeenkomst daar kunt u naar toe of bijvoorbeeld nicotinepleisters ik noem maar iets. Qua voorlichting maar ook qua behandeling. | Vroegtijdig inspelen op doelen van de patiënt | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ja ik denk ook wel een stukje regie bij de eigen patiënt moeten neerleggen. Dat we dat met z’n alle ook niet gewend zijn. | Niet gewend aan eigen regie | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ja misschien ook wel een stukje kennistekort bij de verpleegkundigen van hé zo kan ik het gesprek ook aan gaan. Dat denk ik. | Kennistekort over eigen regie | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ik denk ook wel een stukje tijd, dat mensen zeggen van ja ik heb de tijd er nu niet voor. Dus in dat opzicht er ook minder prioriteit aangeven. | Tijdgebrek voor eigen regie | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| En ik denk dat het ziekenhuis sowieso de verpleegafdelingen meer gebrand is op de behandeling, voorkomen van complicaties en dat dan eigenlijk pas erna de leefregels komen. Dat dat eigenlijk de prioriteit krijgt. | Prioriteiten van het ziekenhuis | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Nou ja, tijd is altijd moeilijk. Ik kan wel zeggen meer tijd, maar daar los je niks mee op. Maar goed ik denk dat een aantal collega’s dat wel zo ervaren, meer tijd. | Tijdgebrek volgens verpleegkundigen | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| Ik heb eigenlijk nog wel een ding trouwens misschien dat we ook het werken niet gewend zijn. Nog even tussendoor sorry van een knelpunt. Werken meer in de zin van ter voorbeeld we moeten natuurlijk lezen bij de patiënt dat wordt niet gedaan. Dus het houden aan regels. | Houden aan afspraken | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Ik denk dat als we meer op de kamers zijn in plaats van dat we achter het bureau of in de teamkamer zitten. Dat we wel tijd hebben om het PID boekje te bespreken, sorry. | Aanwezig bij de patiënt | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Wat we zelf nodig hebben hè was de vraag. Ik denk sowieso een hele nieuwe werkwijze dan moet komen. En dat we daar dan met ze allen ook aan moeten houden. Dus ik denk dat een paar sterke leiders daarin die niet bang zijn om feedback te geven, maar ook het voorbeeld laten zien, wel heel essentieel is denk ik. | Nieuwe werkwijze uitvoeren | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Ik denk ook wel misschien wat qua denkwijze verandert moet worden, maar ook meer qua communicatie. Meer dat je handvaten krijgt om het gesprek op die manier aan te gaan. En dan ook meer de regie van de patiënt bij hun laten in plaats van bij ons. Wat hebben we nog meer nodig? Nee ik denk dat dit het even is, ik kan het niet meer bedenken verder. | Handvaten voor communicatietechnieken | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Nu zoals ik hem eigenlijk net schetste. Het PID boekje wordt gegeven op de CCU. Je vraagt na of het PID boekje überhaupt is gegeven. Je gaat niet meer verifiëren of die informatie vergeten is. Ik denk dat veel collega’s niet eens het boekje in handen heeft als de patiënt overkomt. | Uitreiken PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| En als je dan gaat kijken naar een nieuwe werkwijze is dat je overgedragen wordt aan bed. Dat je bijvoorbeeld het PID boekje gelijk ziet liggen en gelijk vragen van hé mevrouw of meneer wat is er met u aan de hand, vertel het maar eens? Op die manier wordt je natuurlijk uitgedaagd om te kijken of de patiënt de informatie heeft begrepen. En dat is natuurlijk een hele andere werkwijze dan dat we nu gewend zijn. | Aan bed controleren of informatie is begrepen | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Ja en ook sowieso meer op de kamers aanwezig zijn, rapporteren bij de patiënt. Eigenlijk alle handelingen die je moet doen, bij de patiënt. | Aanwezig bij de patiënt | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| O: En waaraan en ligt dat dan volgens jou dat collega’s dat niet doen?  G: Ja stukje gewenning denk ik. | Gewend aan werkwijze | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Bijvoorbeeld met visite lopen, een aantal collega’s denken dat de patiënt het heel vervelend vindt als de visite gelopen wordt dan aan bed. Terwijl er dan meerdere onderzoeken zijn, ja hoe zeg ik dat. Meerdere onderzoeken zijn uit uitgevoerd waarbij eigenlijk het tegendeel bewezen wordt, dat mensen het juist heel erg prettig vinden als ze aan het bed komen. En dat is een werkwijze die ze jaren gewend zijn. | Visite lopen aan bed | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| En dat gaat hetzelfde met voorlichting geven. Ja weet je dat zijn ze gewend. En zie dat maar eens te veranderen. | Gewend aan werkwijze | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Ik denk meer met name meer de regie en de patiënten zelf bijvoorbeeld in PID boekje zelf doelen laten maken nu zeggen wij allemaal u moet stoppen met roken. Even ter voorbeeld van roken. | Patiënt zelf doelen laten opstellen | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Bij de patiënt denk ja oké ja ik moet stoppen met roken maar zal dan wel. Maar als je zelf vraag wat zijn je risico factoren en wat u daar zelf aan kunt doen. Kan dan ook de patiënt bijvoorbeeld zegt ik wil helemaal niet stoppen met roken en dan kan je er alles aan doen om voorlichting te geven en de patiënt duidelijk te maken dat bijvoorbeeld roken niet goed is in combinatie met ACS. Maar uiteindelijk moet de regie wel bij de patiënt geven. Ik denk dat we nu heel graag willen zorgen. De zorg is natuurlijk goed, maar het moet ook aansluiten bij de patiënt. | Voorlichting aansluiten bij regie van de patiënt | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| O: Wat voor voorlichting vind jij nou belangrijk dat de patiënt krijgt dan met betrekking tot ACS?  G: Nou ik denk sowieso natuurlijk wat het is. En waardoor het is gekomen, dus eigenlijk de risicofactoren natuurlijk. En dan ga ik ook even langs het PID boekje. | Onderwerpen voorlichting | Inhoud voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| De onderzoeken, wat de patiënt heeft gehad en wat daaruit is gekomen. Daar staat natuurlijk ook wel weer die ACS natuurlijk. Behandeling in geval van een dotter bijvoorbeeld, bepaalde stent. Ook wat het gevolg is daarvan. Je hebt natuurlijk verschillende behandelingen en verschillende stents. Leefregels, doelen van de patiënt. Van ook meer met de hartrevalidatie in het vervolg als ze thuis zijn. Dat ze dat boekje ook hebben, dat ze het kunnen lezen en ook mee kunnen nemen om te kijken zijn mijn doelen haalbaar. En waar kan ik nog in aanpassen bijvoorbeeld. | Inhoud PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Wat meer. Wat nog wel een specifiek ding is wat elke keer terug komt. Dat is heel gek maar dat schiet me in een keer te binnen. Is dat mensen bijvoorbeeld vragen dat ze echt specifiek, want dat staat niet in het PID boekje, over gemeenschap met elkaar. En dat is natuurlijk voor sommige mensen best wel taboe. En dat wordt niet uitgebreid beschreven en mensen vinden het toch wel moeilijk om die vraag te stellen. Van hé wat mag ik en wat mag ik niet. Dus dat ook wel weer, maar dat is een heel specifiek onderwerp natuurlijk. | Vragen over gemeenschap | Voorlichting over seksualiteit | Inhoud van de voorlichting |
| En ik denk ook wel wat fijn is qua medicatie. Ik denk dat veel mensen vragen waarom krijg ik bepaalde medicijnen, dat ze niet eens weten waarom ze een bepaald medicijn gebruiken. | Informatie over medicatie | Inhoud voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Dus ik denk dat dat ook wel fijn is. Dat is natuurlijk wel heel moeilijk om dat concreet in het boekje te krijgen, met de aanpassingen erop en er aan. En ik denk dat dat ook wel meerwaarde biedt voor de patiënt. | Informatie over medicatie in het PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Nou mensen hebben komen binnen met pijn op de borst, die waren angstig. Ja ik merk wel dat veel mensen bijvoorbeeld bang waren om dood te gaan. Het is wel een hele erge ervaring natuurlijk dat ACS. Misschien bij de een wat meer dan de ander. En dat mensen bang zijn geworden om inspanning te leveren. Dat ze bang zijn om sneller te lopen. Of ze vragen kan ik wel werken, wanneer kan ik aan het werk kan dat wel? Dat zijn natuurlijk allemaal vormen van inspanning. | Angst voor inspanning leveren | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Ja dat is natuurlijk net zo met gemeenschap. Dat is ook een vorm van inspanning. Maar dat blijkt dan toch een soort taboe te zijn voor patiënten dat ze dat niet durven te vragen. Uit schaamte of ik heb het natuurlijk nooit gevraagd waarom patiënten het niet vragen. Maar ik heb het weleens zelf aangegeven. Ik denk dat toch een vorm van schaamte is. Dat mensen dat niet durven te vragen. Maar wel met de vragen rond lopen denk ik. | Vragen over gemeenschap niet gesteld | Voorlichting over seksualiteit | Inhoud van de voorlichting |
| Nou sowieso dan begint natuurlijk al bij opname. Dat heb je natuurlijk bij de anamnese al een vraag over seksualiteit. En die stellen we vaak niet omdat we het zelf ook ja wat lichtelijke taboe vinden, denk ik. Ik denk dat je daar al winst in kan behalen om het gewoon te benoemen en standaard te vragen. | Gemeenschap bij opname bespreken | Voorlichting over seksualiteit | Inhoud van de voorlichting |
| En zowel ook bij de fysiotherapie om daarop in te spelen. Van hé je hoeft het niet in details te weten. Maar u kunt gewoon inspanning leveren. Denk aan inspanning zoals traplopen, fietsen, maar ook gemeenschap. Dat het wel een keer benoemd wordt. | Leveren van inspanning bespreken | Inhoud voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ik denk dat dat ook wel terug mag komen in het PID boekje. Van hé mag zonder problemen gemeenschap hebben of niet. Dat je het wat vaker beleid over is. | Gemeenschap in het PID boekje | Voorlichting over seksualiteit | Inhoud van de voorlichting |
| O: Ja. Want wat vind je van de manier waarop door verpleegkundigen daar aandacht aan wordt besteed?  G: Aan de gemeenschap bedoel je, niks. Zelden denk ik.  O: Ja.  G: Voor mezelf doe ik dat wel. Maar ik kan ze niet op een hand tellen denk ik. | Geen aandacht voor gemeenschap | Voorlichting over seksualiteit | Inhoud van de voorlichting |
| Ja ik denk dat we daar sowieso in het algemeen wel iets mee kunnen niet alleen bij ACS. | Gemeenschap bespreekbaar maken | Voorlichting over seksualiteit | Inhoud van de voorlichting |
| Ik denk al, kijk als je een acute situatie hebt ga je het natuurlijk niet doen, dat schiet niet op. Ik denk dat die informatie dan ook niet binnengekomen is. Ja is net afhankelijk van het moment dat ze binnenkomen. | Informatie in acute situatie | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| Maar ik denk dat je de volgende dag als alles is gezakt en alles is stabiel, dat je eigenlijk al moet beginnen tot de patiënt met ontslag gaat. Is alles begrepen, wat zijn u doelen, waar wilt u aan werken, waar kunnen we u in ondersteunen? Ik denk dat dat van opname tot ontslag en daarna ook erna nog doorgaat. | Voorlichting tot aan ontslag | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| Weinig. Ik denk dat we daar niet allemaal eenduidig in zijn. En er zijn natuurlijk ook een paar ja punten in bijvoorbeeld tijd, wat het verschil maakt misschien. Maar ik denk dat we daar met z’n alle niet eenduidig in zijn. | Geen eenduidige voorlichting | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Ja jammer. De patiënt heeft heel veel vragen en het is natuurlijk een hele gebeurtenis, wat er gebeurd is. Hoe vervelend is dat als een patiënt naar huis wordt gestuurd en eigenlijk niet eens weet als het herhaalt wat die er aan kan doen. | Onvoldoende kennis bij ontslag | Inhoud voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Dat ze dan zeggen ik moet stoppen met rokken, maar geen idee waarom ze moeten stoppen met roken. Dat biedt bij de patiënt ook geen stimulans om te stoppen met roken of overgewicht. Ik zeg nu roken hot item hè. | Onvoldoende kennis voor gedragsverandering | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ik denk sowieso dat je met de eerste harthulp en CCU in gesprek moet gaan van hé als de patiënt komt, ongeacht hoe druk dat het is. Dat het PID boekje wordt uitgereikt en ook wordt doorgenomen met de patiënt, hoe druk het ook is. | Volledige informatie op eerste harthulp en CCU | Samenwerking met de hartbewaking | Proces van voorlichting geven |
| Daar ook gewoon op terug te komen. Dat we daar bijvoorbeeld een standaard punt van maken in bijvoorbeeld een activiteitenplan. Dat we daar een werkgroep, we hebben natuurlijk een werkgroep ACS, maar dat die daar extra aandacht aan besteden. | Aandacht eenduidige voorlichting | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Door bijvoorbeeld bij ons of bij de eerste hart hulp te bespreken van luister is jongens hoe gaan we het aanpakken. Daar een voorbeeldrol in te zijn. Elkaar feedback geven als het niet gebeurd. Weet je ik denk ik ben heel erg van de eerste lijn zitten en dan meer elkaar aanspreken. Dan misschien nog wel in het activiteitenplan te zetten, want dat wordt vaak maar aangeklikt. | Onderling feedback geven | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Maar goed je moet iets tastbaars hebben om het misschien duidelijk te maken. Dus ik denk sowieso qua communicatie al een heel eind komt. Als je met elkaar afspreekt, daaraan houdt en feedback geeft. In het werkproces opneemt en eventueel in het activiteitenplan aandacht aan schenkt. Dat je echt al een heel eind daarmee komt. | Duidelijke afspraken voor voorlichting | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Dat je de waarde er gewoon van inziet dat de patiënt, ja dat de patiënt moet weten waarvoor die ligt. En wat de risicofactoren zijn en alles wat we net eigenlijk benoemd hebben. | Patiënt op de hoogte | Inhoud voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ja en ook begrijpt. Dus dat je wel terugvraagt van hé kunt u mij eens vertellen waarom ligt u hier en hoe komt dat nou. En wat zou u er zelf aan willen doen. Het vraagt ook een hele andere manier van werken. | Vragen stellen aan de patiënt | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Dat als je voorlichting geeft dat je hem registreert onder het kopje voorlichting in HIX en dan beschrijft wat je benoemt en welke folder of boekje je hebt gegeven. | Registreren van voorlichting | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Ik weet voorheen werd dat niet tot nauwelijks gedaan. Het wordt steeds meer onder de aandacht gebracht. Ik heb echt wel het idee dat het verbetert en dat het meer in het systeem van de verpleegkundige komt. De artsen kan ik dan niet over oordelen. Dat het dan op die manier ook meer leeft en meer wordt gedaan. Ik denk dat we daar echt wel in verbeterd zijn. | Verbetering registreren van voorlichting | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Je bespreekt natuurlijk wat ACS is en wat de risicofactoren zijn voor die patiënt. En dat staat natuurlijk mooi in dat PID boekje beschreven en die neem ik dan ook gewoon door. Om dan te kijken naar eigen regie vraag ik aan de patiënt wat zijn eigen doelen zijn. | Risicofactoren en doelen bespreken | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Misschien nog wel een leerpunt voor mezelf om dat te doen. Maar wel om te kijken wat is bij de patiënt van toepassing en waar zou nog eventueel iets aan gedaan moeten worden. | Behoefte van de patiënt | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Ik denk dat als de patiënt bewust weet waarom die hier is en waardoor het is gekomen zeg maar, dat dat bij de patiënt bewustwording creëert. Dat je op die manier ook wel het ziekte-inzicht vergroot. Natuurlijk is het afhankelijk per individu hè | Ziekte-inzicht vergroten | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| We hebben natuurlijk ook patiënten die zwakbegaafd zijn. Bij hun is het natuurlijk lastig, daar moet je een ander vorm van begeleiding bij toepassen dan iemand die ja een normaal IQ heeft bijvoorbeeld, ja. | Begeleiding afstemmen op de patiënt | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Ja ik denk ja bij ACS ja. Ik denk tijdens opname niet zo, omdat mensen zijn heel erg geschrokken. Ze krijgen dan die informatie. Ik denk over het algemeen dat ze vaak wel weten waarom ze zijn gekomen. Wat de risicofactoren zijn. Maar ik denk dat als je op de lange termijn gaat kijken, dat daar nog winst te behalen is. | Behoefte op lange termijn | Inhoud voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ja ik denk met name zeg maar het overgewicht, het roken, het gezond bewegen en eten. Mensen zijn geschrokken en die zeggen dan o nee ik ga stoppen met roken. Kijk ze komen op de afdeling, liggen aan de telemetrie dus ze kunnen ook niet naar beneden. Dus ze roken ook niet. | Gedragsverandering tijdens opname | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Maar ja tijdens opname gaat het vaak goed, maar dan komen ze thuis en dan krijgen ze stress. Alles wat er gebeurt is landt dan een beetje. Dan gebeurt er iets en het eerste wat gebeurt bij iemand die rookt is dat je gaat roken. Ja ik denk dat je daar bij die eerste lijn als je daar al voorlichting over geeft, dat je al bijeenkomsten aanreikt. Van hé deze hulp kunt u krijgen, dat het al meer een succes is dan dat je dat pas over drie weken of een maand doet. | Gedragsverandering na ontslag | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Weinig, ik denk met name bespreek ik het altijd met de patiënt. Maar ik denk dat ik de familie weinig betrek, tenzij het een patiënt is die zwakbegaafd is en de patiënt het niet zelf lijkt te begrijpen. Dan bespreek ik het vaak wel met familieleden. Maar over het algemeen eigenlijk weinig, heel weinig. | Weinig betrekken van familie | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ik denk dat je daar automatisch wel vanuit gaat dat de patiënt alle informatie wel begrijpt. Dat is een beetje die verificatie, of de patiënt de informatie wel heeft begrepen. Dat wordt dan niet toegepast. Waaronder ik zelf ook. Ja dat je dan niet meer nagaat heeft de patiënt de informatie wel begrepen. | Verificatie informatie niet toegepast | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Dan wel de familie de patiënt kan dat wel overdragen, daar ga je vanuit. Hartstikke fout natuurlijk, ik weet het. | Overdracht informatie naar familie | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Nou ja weet je je doet eigenlijk alles bij de patiënt. Je kunt ook een moment creëren. Dat je bijvoorbeeld weetje, voorlichting hoeft helemaal niet lang te zijn. Maar dat je bijvoorbeeld een half uur of driekwartier tijd maakt om gewoon een rondje voorlichting te doen. Of dat je bij je controles, bij je EWS of NRS of je pillen. O nee dat mag natuurlijk niet, want dan mag je niet gestoord worden. Bij je EWS of NRS controle, dat je bijvoorbeeld ook even bij de patiënten gaat zitten. Van hoe gaat het nu met u heeft u alles begrepen. Het boekje er nog eens bij pakken bijvoorbeeld. | Vast moment voor voorlichting | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| Vaak zie je dan ook wel dat familie aanwezig is. Als je dan bijvoorbeeld beseft dat de patiënt de informatie toch niet goed begrijpt. Dat je dan bijvoorbeeld een familiegesprek plant. | Inplannen familiegesprek | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ik denk sowieso ook wel de wisseling van bezoektijden. Familie komt natuurlijk binnen en gaat ook weer. Dus je kunt niet echt een vast tijdstip bedenken, van dan is familie zeker aanwezig. In sommige gevallen, maar ik ben er helemaal niet van. | Geen vast moment aanwezigheid van familie | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Een klein deel privacy. Maar goed ja weet je dat is toch een beetje tegenstrijdig met wat ik net zij dat mensen het niet belemmerend vinden. Maar in het voorbeeld van gemeenschap dat ze dat mogen hebben, dat dat ook een gevoelig onderwerp is. Privacy ik denk dat was het eigenlijk. | Privacy van de patiënt | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Misschien ook wel dat is nog wel een voorbeeld. Mensen die met ACS binnenkomen hebben natuurlijk meerdere risicofactoren. Onze ervaring is ook wel dat je vaak uit een wat lager milieu komen in het algemeen. Als beide mensen roken, dan zegt de partner natuurlijk van ja hij rookt zo graag, ik vind het zo gezellig samen. Dat stimuleert de patiënt natuurlijk niet zelf. Dus dat zou nog wel een belemmering zijn denk ik. | Familie belemmering in gedragsverandering | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Dat stukje natuurlijk als je familie ook op de juiste manier voorlichting kan geven. Kan laten begrijpen dat risicofactoren dat die gewoon niet goed zijn en dat er verandering moet plaats vinden in de leefwijze. Dan wil je natuurlijk familie betrekken om de kans van slagen te vergroten. Dat de familie de patiënt kan begeleiden en andersom net zo. Familie is ook vaak geschrokken. | Familie betrekken bij gedragsverandering | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Nou ja niet zo zeer. Ik doe weleens om uitleg te geven aan patiënten, open ik weleens de Hartstichting en laat ik wel wat afbeeldingen zien of informatie zien. En over het algemeen doe ik het vaak met de boekjes die we hebben. Soms doe ik het weleens bijvoorbeeld met google en open ik even een plaatje van het hart en met name dan de coronaire natuurlijk. Om nou te laten zien waar het precies te laten zien waar het nou is aangetast. Maar dat doe ik niet bij iedere patiënt. | Gebruik van visuele voorlichting | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ja weetje ik ben er mee opgegroeid, niet helemaal maar grotendeels. Ja weetje voor mij is dat geen belemmering, ik ben makkelijk met computers et cetera. Ik vind het hartstikke fijn een COW mee even Google even laten zien en het is gelijk duidelijk bij die mensen. | Gemak visuele voorlichting | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Dus daarin zeker ik denk wel dat er misschien wel een knelpunt is voor de wat oudere patiënten. Dat ze het moeilijk vinden om met de computer om te gaan. Dat dat wel een belemmering kan zijn met mensen met een hogere leeftijd. Maar we gaan natuurlijk meer digitaal, dus ik denk dat de mens daar ook wel in mee groeit. | Omgaan met digitale middelen | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ik denk te weinig. We doen nog alles met folders, lange leven de bomen hè. Nee we doen nog alles met folders, papieren. Ja weet je daarin mogen we echt wel wat digitale worden. | Weinig gebruik van visuele voorlichting | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ja ik denk dat je ook wel een beetje per individu moet kijken, kan die nog met de computer over weg of niet. Die zou je bijvoorbeeld via internet informatie kunnen geven. Dat ze het zelf opzoeken. Maar goed ik zeg het PID boekje vind ik wel echt heel fijn. Dat je het kunt zien dat mensen het ook nog kunnen nalezen. Dus ik vind het PID boekje wel echt een goede aanschaf geweest. | Visuele voorlichting afstemmen op de patiënt | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ja de CAG de onderzoeken hè. De onderzoeken, behandelingen en natuurlijk de kwetsbare ouderen. De vitaal bedreigde patiënt. Medebehandeling COR85, welkomstboekje, maar dat heeft natuurlijk niets met ACS te maken. Nee dan denk ik niet. | Aanwezigheid voorlichtingsmateriaal | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Ja ACS. Nee ik denk alleen om het ACS helemaal rond te krijgen denk ik dat het leuk is voor het onderzoek maar misschien niet voor nu. Om eens mee te kijken met de hartrevalidatie of daar nog knelpunten uit komen. Ik denk dat als je daarvoor een vervolgonderzoek als je patiënten interviewt van hé hoe heb je de opname ervaren in die tussentijd. Tijdens de hartrevalidatie en na de hartrevalidatie, dat je wel heel veel informatie kunt vangen van hoe patiënten het hebben ervaren en wat ze nog missen aan informatie. | Onderzoek gericht op hartrevalidatie | Vervolgonderzoek | Proces van voorlichting geven |

Interview 5

**Tabel 11**

*Codeboek interview 5*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Fragment* | *Open codering* | *Axiaal codering* | *Thema* |
| Mijn taak daarin is om even kijken in het vormgeven. Af te stemmen op de patiënt, dus te kijken wat is het niveau van de patiënt, het intelligentieniveau zeg maar. In hoeverre begrijpt die de informatie die die gehad heeft. | Afstemmen op de individuele patiënt | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Dan denk ik met name de een heeft voldoende aan een PID boekje, die patiënt gaat dat PID boekje helemaal doornemen en die weet ervan. Maar je hebt ook patiënten die het aan de kant schuiven en die zeggen nou van mij hoeft het allemaal niet. Daar moet je creatief mee omgaan. | Behoeftes rondom PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Op zich we hebben wel de basis dat is het PID boekje. Maar mijn taak is om uiteindelijk te kijken waar heeft de patiënt op dat moment behoefte aan. | De behoefte van de patiënt | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| En dat verschilt per patiënt en ik vind mijn taak om daarin vorm te geven van wat heeft de patiënt nodig. | Vormgeven wat de patiënt nodig heeft | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Het is natuurlijk lastig omdat het PID boekje al uitgereikt wordt op de CCU. Dus ik ben er niet van begin af aan bij en ik weet ook niet zo goed wat er verteld is. | Onduidelijkheid informatievoorziening CCU | Samenwerking met hartbewaking | Proces van voorlichting geven |
| Ik werk fulltime dus dat maakt het wel makkelijker dat ik een vertrouwensrelatie met de patiënt op kan bouwen en ik de patiënt een langere tijd zie. | Vertrouwensrelatie met de patiënt | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Wat ik dan vaak doe is stel een beetje domme vragen. Dus ik ga aan de patiënt vragen ik weet wel waarom u opgenomen bent, maar kunt u mij ook vertellen waarom u opgenomen bent? | Vragen stellen aan de patiënt | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Of ik vraag heeft u het boekje gelezen is alles duidelijk? Maar dan ga ik ook vervolgens kijken als ik bijvoorbeeld de medicijnen deel. Weet u wel allemaal wat u allemaal inneemt? Kan ik ook gelijk toetsen of ze alles begrepen hebben. | Kennis van de patiënt testen | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Dus ik ga er niet gelijk vanuit ik heb het boekje uitgereikt en de patiënt weet overal alles van. Ik kijk altijd nog is de informatie, was het overgekomen was het blijven hangen. Dan probeer ik vaak de patiënt daarin te laten praten. | Controleren of informatie is begrepen | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Het PID boekje is een boekje waarin staat wat is een acuut coronair syndroom. Wat voor onderzoeken worden daarbij. Wij kunnen nog als verpleegkundigen nog aanvinken wat voor onderzoeken de patiënt gehad heeft. Daarbij staat wat voor medicatie de patiënt gebruikelijk gegeven wordt bij een acuut coronair syndroom. Wie hun behandeld arts is. Wat we gedaan hebben, hebben ze een echo gehad hebben ze een hartkatheterisatie gehad. Wat hebben ze vervolgens gedaan, wat voor behandeling heeft de patiënt gehad. Een stukje veel gestelde vragen dus wat wanneer mag ik autorijden, wanneer mag ik vliegen. Van die hele praktische vragen die je kan krijgen. Ook vragen voor als de patiënt thuiskomt als die denkt hoe was het ook alweer. Dat ze een stukje naslag hebben om te kijken wat daar het antwoord op is. | Inhoud PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Vroeger zat er ook in dat we controle afspraken daarin bundelen. Maar omdat tegenwoordig alles thuisgestuurd wordt, doen we dat niet meer. Daarin staat ook de laatste bloeddruk en hartslag van de patiënt. En officieel ook de cholesterol maar dat wordt weinig gedaan. | Inhoud PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Als de patiënt komt met een ACS wordt die in eerste instantie ingevuld op de hartbewaking. Als die officieel in het ACS protocol gaat. De dokter schrijft op van heeft de patiënt een infarct ja of nee en wat de grootte van het infarct is en als ze bijvoorbeeld al een dotter gehad hebben komt dat er ook al in. | Invullen PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| O ja en vervolgens probeer moeten we dat boekje up to date houden tijdens de opname. Dat wordt vaak niet gedaan, dat wordt vaak pas gedaan als de patiënt naar huis gaat. Dan vragen we opnieuw het boekje, dan controleren we is alles ingevuld en dan geven we hem mee met ontslag. | Niet bijwerken van het PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| O: Ja. Want wat versta je dan precies onder dat up to date houden?  G: Bijvoorbeeld als een patiënt een echo gehad heeft tijdens de opname dat we dat dan aanvinken. | Bijwerken van het PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Het boekje introduceren denk ik. Het uitreiken en zeggen van hé dit is het informatieboekje waarin eigenlijk alles staat wat u behoort te weten omtrent acuut coronair syndroom. Wel belangrijk is denk te vertellen dat het boekje niet helemaal leidend is. Kijk elke patiënt is weer anders, iedereen bewandelt een andere weg. De ene heeft daarbij ook Multi problematiek, dat vind ik altijd wel daarin te benoemen dat de CCU verpleegkundige dat doet. | Rol hartbewaking rondom het PID boekje | Samenwerking met hartbewaking | Proces van voorlichting geven |
| Ja het maakt het wel lastig natuurlijk. De echte acute fase is op de hartbewaking zijn en er komt zoveel op die patiënt af. Dan krijgen ze ook nog zo’n boekje. Ik vind het wel aan de CCU verpleegkundigen om op dat moment om daar op een gepaste wijze mee om te gaan. Dus gedoseerd informatie te geven en te zeggen van het hoeft niet allemaal in een dag uit. | Uitreiken PID boekje door de hartbewaking | Samenwerking met hartbewaking | Proces van voorlichting geven |
| O: Ja. Want hoe is die samenwerking tussen de CCU en de afdeling rondom dat boekje?  G: Eigenlijk puur alleen wordt verteld hij heeft het boekje gehad. Eigenlijk als ik eerlijk ben kom ik ook vaak achter dat de patiënt hem niet gekregen heeft. Dat wij op de afdeling nog het boekje kunnen uitreiken. | Niet uitreiken van het PID boekje door de hartbewaking | Samenwerking met hartbewaking | Proces van voorlichting geven |
| O: Ja. Hoe vind jij die samenwerking gaan op dit moment.  G: Slecht denk ja het verschilt heel erg per collega die gewerkt heeft of de drukte. De ene keer komt de patiënt over met een perfect ingevuld boekje. Er staat is door de fysio beoordeeld in het systeem enzovoort. De ene keer komt die over en dan is het maar halve bak gedaan, omdat die patiënt snel over moest naar de afdeling. | Verschil in overdracht hartbewaking | Samenwerking met hartbewaking | Proces van voorlichting geven |
| Ik denk dat het al heel erg scheelt om de overdracht bij een ACS, bij alle patiënten aan het bed te doen. Zodat we meteen eigenlijk kunnen vragen kunnen toetsten bij de patiënt is de informatie begrepen. Ook heeft u het PID boekje gehad. Dus eigenlijk als het niet gedaan is dat die CCU verpleegkundige het nog kan doen. Maar wat gebeurt nu, nu gaan wij in het kantoor overdragen en dan kan ik niet toetsen weet de patiënt wel wat de verpleegkundige zegt. | Aan bed controleren of de informatie is begrepen | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Ik moet zeggen dat ik dat zelf vaak wel doe. Dus in het PID boekje staat bijvoorbeeld niet heel duidelijk welke kransslagader nu welke is. Want ik dan wel eens doe is op Google een plaatje en dat ik laat zien dit zijn jouw kransslagaders en hier en hier zit een verstopping. | Gebruik maken van Google bij voorlichting | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Of een filmpje pak en opzoeken en de patiënt laten zien. Niet iedereen snapt het met tekst. Vaak met een filmpje als het visueel wordt wel. Daar hebben wij geen filmpje van op de afdeling van het JBZ. Dus die zoek ik dan gewoon op van een willekeurige site. Maar andere voorlichting hebben we eigenlijk niet. | Gebruik maken van filmpjes als voorlichting | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ik denk dat het per patiënt afhankelijk is maar mensen snappen het vaak wel beter als ze het gezien hebben. Bijvoorbeeld als ze een CAG krijgen dat ze gezien hebben van er komt een blauw doek over me heen. Ze snappen precies wat er gaat gebeuren, ze hebben het ook gezien. | Patiënt begrijpt informatie beter | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ik zou het zelf ook fijn vinden als ik al weet hoe zoon hartkatheterisatiekamer eruit ziet als ik daar terecht ga komen. Of ook het stukje van nou hoe zien die kransslagaderen eruit. Mensen weten vaak niet dat ze kransslagaderen hebben bijvoorbeeld. Of dat ze er drie hebben. Ik kijk daar wel positief daar naar visuele voorlichting. | Een beeld vormen van de situatie | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| O: Ja. Jij geeft net zelf al aan dat je daar zelf wel gebruik van maakt. Hoe vind jij dat er in het algemeen gebruik van wordt gemaakt op de afdeling?  G: Weinig weinig dat gebeurt echt weinig. | Weinig gebruik van visuele voorlichting | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Dat is een groene patiënt dus weinig geen zorg aan. Maar ja dat wordt vaak wel onderschat. Ik denk echt wij kunnen echt meer er uit halen. Als mensen met ontslag gaan een stukje zelfverzekerder zijn. | Zorgzwaarte ACS patiënt onderschat | Zorglast verpleegkundige | Rol van de verpleegkundige |
| Ik vind er is weinig aandacht voor die psychosociale begeleiding. Mensen zijn vaak angstig om naar huis te gaan. | Weinig aandacht voor psychosociale begeleiding | Psychosociale problemen | Patiënt en naasten |
| We hebben een tijdje geleden spiegelgesprekken gehad en daar kwam uit dat ze de opname vonden ze heel goed er was heel veel aandacht voor. Maar het ontslag verliep heel rommelig. Dat merk ik ook wel dat mensen heel angstig vaak naar huis gaan, wat als er weer iets gebeurt. Ik denk dat we daar veel meer aandacht voor kunnen vragen. | Angst van de patiënt | Psychosociale problemen | Patiënt en naasten |
| Wat ik bijvoorbeeld in Bernhoven heb ik daar een keer twee dagen meegelopen. Daar hadden ze een infarctmap. Daar stond gewoon heel simpel allemaal plaatjes in | Infarctmap met plaatjes | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Dan gingen ze naar volgens mij was dat de tweede dag na opname. Dan hadden de mensen infarctgesprek. Zo noemde ze dat. Dan werd familie uitgelegd, vaak de eerste contactpersoon. Dan gingen ze gewoon met de verpleegkundige, patiënt en eerste contactpersoon met z’n drieën zitten. Dan gingen ze vertellen nou dit is aan de hand, dit zijn is uit de bloedwaardes gekomen. Dan houd je het aan de ene kant nog heel erg op verpleegkundig gebied. Maar er is gewoon een moment waarbij stil wordt gestaan en dat het dan duidelijk is dit is het. | Infarctgesprek door verpleegkundige | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| Nu doen wij het verschuiven na de dokter. Angst na een infarct vind ik ook met name een groot verpleegkundig probleem in plaats van een probleem van de dokter. | Angst een verpleegkundig probleem | Psychosociale problemen | Patiënt en naasten |
| Rustig bij de patiënt gaan zitten en gewoon de patiënt laten praten. Wat vindt die angstig. Waar is die bang voor? Wat denkt die dat er kan gaan gebeuren met name de patiënt daarin laten praten en daarin hulp bieden. | Tijd nemen voor de angst van de patiënt | Psychosociale problemen | Patiënt en naasten |
| En bijvoorbeeld wat ik dan ook weleens doe lijnen uitzetten die patiënt gaat vervolgens naar de hartrevalidatie. Maar dat is pas naar vier tot zes weken en die tussentijd kunnen ze heel angstig zijn. Dus dan zeg ik vaak wel dit is het telefoonnummer. Als u vragen hebt kunt u altijd bellen. Op de Cardiologie hebben we een telefoonnummer waar de patiënt altijd naar kan bellen | Begeleiding rondom angst na ontslag | Psychosociale problemen | Patiënt en naasten |
| Ik heb zelfs weleens mensen die naar huis gaan, waarbij ik echt denk nou die is echt heel erg bang. Dat ik gewoon de volgende dag bel. En dat vinden de mensen dat stelt ze gerust. Ik denk echt dat ze dat heel fijn vinden. Dus dat probeer ik dan weleens te doen. Dat is het voordeel als je fulltime werkt, dat maakt het makkelijker. | Angst bespreken na ontslag | Psychosociale problemen | Patiënt en naasten |
| Ja. Het gesprek hoeft maar twee minuten te duren. Maar vaak zijn ze thuis dan wel ergens tegen aan gelopen wat je kunt bespreken. | Verpleegkundig contact na ontslag | Psychosociale problemen | Patiënt en naasten |
| Hectiek, de telefoon die continu gaat. Als ik een keer serieus met de patiënt probeer te zitten, wordt ik al drie keer gebeld van waar ben je, wat ben je aan het doen. | Gestoord worden tijdens contact met de patiënt | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| Ja je krijgt een overname, opname dat je daar vervolgens heel druk mee bent, dat daar de focus op ligt. Ja het continu sturen van collega’s ook wel met name jong gediplomeerde. Dat maakt dat je minder tijd hebt voor echt rustig bij een patiënt zitten en daar aandacht voor te hebben. | Minder tijd voor een rustig moment | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| Collega’s die bijvoorbeeld kennistekort hebben en die een hulpvraag doen. Dat wordt dan heel veel gedaan. Als ik dan bij een patiënt zit krijg ik weer een vraag of als er op- of overnames komen om collega’s je kunt het beter zo en zo doen. Dat merk ik wel dat dat minder is, dat je dat veel moet doen. | Begeleiden van collega’s | Kennistekort (student) verpleegkundigen | Rol van de verpleegkundige |
| En ik heb wel het idee dat jaren geleden toen we het papieren dossier hadden, dan hadden we echt een ACS protocol in de map zitten. Dan moesten we echt aanvinken wat we gedaan hadden. Naar mijn idee liep dat veel beter. Iedereen deed hetzelfde zeg maar. | Dezelfde werkwijze | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Wel op je eigen manier en wat de patiënt wil. Maar je wist wel wanneer wat gedaan moest worden en besproken moest worden. Nu heb je daar gewoon geen zicht op. | Afwezigheid protocol | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Ja ik denk de collega’s die hier langer werken en nog het papieren dossier meegemaakt hebben. Die weten precies wat er in zo’n ACS protocol voorkomt. Maar de nieuwe collega’s weten niet zo goed wat zo’n ACS protocol nou inhoudt. | Onvoldoende kennis over ACS protocol | Kennis (student) verpleegkundigen | Rol van de verpleegkundige |
| Weten ook niet wat de nazorg daarbij is. Die hebben niet meegelopen op de hartrevalidatie. Dus die kunnen ook niet vertellen wat daar gaat gebeuren. | Onvoldoende kennis over nazorg | Kennis (student) verpleegkundigen | Rol van de verpleegkundige |
| Ik probeer nu al tegen studenten te zeggen, loop maar mee met de hartrevalidatie echt heel interessant. En dan komen ze ook terug en dan zie je ook echt dan kunnen ze ook echt die patiënt vertellen wat er gebeurt. | Meelopen met de hartrevalidatie | Kennis (student) verpleegkundigen | Rol van de verpleegkundige |
| En ik merk collega’s die er al langer werken al echt een aantal jaar in vergelijking met collega’s die niet het papieren dossier hebben meegemaakt, dat ze daar wel kennistekort in hebben. | Onvoldoende kennis over nazorg | Kennis (student) verpleegkundigen | Rol van de verpleegkundige |
| O: Ja. Dus dat er eigenlijk kennistekort is over welke behandeling of revalidatietraject de patiënt heeft en dat ze ook daardoor de patiënt niet goed kunnen voorlichten?  G: Ja en wat gebeurt daar precies. Dat weten ze niet. Ik moet zeggen ik weet zelf wat daar speelt. | Onvoldoende kennis over behandeling en nazorg | Kennis (student) verpleegkundigen | Rol van de verpleegkundige |
| Wat ik dan ook wel eens doe dan mail ik een Physician Assistant of iemand die een MDO doet binnen de hartrevalidatie dat ze al wel weten wat mijn observatie is geweest. Dat doe ik niet vaak. Maar je hebt weleens een patiënt die heel angstig is dat je denkt dat het wel goed is als die al eerder opgeroepen wordt. Dan na vier weken. | Contact met andere disciplines | Psychosociale problemen | Patiënt en naasten |
| Het is niet eenduidig. Het enigste wat ik zeker weet van dat er eenduidigheid is, is dat gewoon het PID boekje uitgereikt wordt. Daar zit met name de continue factor in. | Voorlichting door verpleegkundigen niet eenduidig | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Wat ik toen straks al zei. Ik denk wel dat het goed is door allemaal wel dezelfde basis over te brengen. | Dezelfde basis rondom het geven van voorlichting | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Maar ik denk wel, maar dat weet ik zeker. Je moet het aanpassen aan de patiënt, waar de patiënt behoefte aan heeft. Ik betrap me zelf er ook wel eens op. Dat kun je ook gewoon vragen. Wilt u de informatie via een filmpje, wilt u dat u het zelf googelt. Dat ja doen we te weinig. | Informatie afstemmen op behoefte van de patiënt | Informatiebehoefte individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Wij vullen in wat de patiënt nodig heeft. | Invullen voor de patiënt | Informatiebehoefte individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Ten eerste met name ik weet niet zo goed wat mijn collega de dag van tevoren al gezegd heeft. | Onduidelijkheid over gegeven informatie | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Dat maakt het wel weer lastig, want als je dat ergens noteren dan heb je ook weer super veel registratielast. En dan moet je het ook weer helemaal gaan uitschrijven, want soms heb je weleens lange gesprekken met patiënten. | Vergroting van registratielast | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Misschien dat je wel zou kunnen zeggen dit en dit onderwerp, deze onderwerpen moeten deze opname besproken worden. Maar je mag zelf invullen op welke manier. Als je het maar overbrengt. | Vaste onderwerpen voor de voorlichting | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| De vraag is dan wel of het is binnengekomen. Toets je dat dan ook? Dat maakt het lastig. | Toetsen of informatie is begrepen | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| O: Want hoe wordt dat nu gedaan dat toetsen?  G: Ik denk bijna niet. Als het druk is betrap ik mezelf er ook op. | Niet toetsen of informatie is begrepen | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Wat ik toen straks al zei, ik probeer het vaak wel te doen. Door bijvoorbeeld vragen te stellen heeft u het begrepen. En als ze het kunnen vertellen weet ik ook dat ze het hebben begrepen. Is het binnengekomen? | Vragen stellen aan de patiënt | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| O: Want hoe ja is in het algemeen de tijd die je hebt voor het voorlichten?  G: Ik denk zelf dat de tijd er wel is, maar de externe factoren maken het dat je het niet naar tevredenheid kunt doen. | Aanwezigheid van tijd | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| O: Ja. Wat versta jij onder de externe factoren?  G: Telefoon, bellen van patiënten dat zijn echt de twee dingen. Wij krijgen zo intens veel telefoon, dat vind ik echt veel. | Verstoring tijdens werkzaamheden | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| Ja dat maakt dat je het gevoel hebt dat je weinig tijd hebt. Maar ik vind de tijd is er, maar als ik niet gebeld, weet ik zeker dat ik ook voldaan ben in wat ik gedaan heb. | Beschikbaarheid van tijd | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| Nou ik denk wel een vast moment waarbij je een bepaald aantal onderwerpen bespreekt. Bijvoorbeeld zo’n infarctgesprek. Dat lijkt me voor ons echt wel een meerwaarde. Dat we ook de contactpersoon erbij betrekken. Die hebben vaak ook heel veel vragen. | Gesprek op een vast moment | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| Daarbij ook denk ik het plan om een medisch ontslaggesprek en verpleegkundig ontslaggesprek te combineren. Dat denk ik ook zeker. Dat vind ik ook wel goed. | Gecombineerd ontslaggesprek | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| Dat in eerste instantie de dokter een medisch gedeelte gaat vertellen van nou dit en dit hebben we gezien, dit en dit is het plan en dan heeft u op medisch gebied vragen. Nee dan gaat de verpleegkundige daarin verder. | Gecombineerd ontslaggesprek | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| Dat weet ik niet zo goed een tijdje geleden is dat ging dat goed. Toen was er een arts-assistent die dat als afstudeeronderwerp had. Maar vervolgens is dat niet verder doorgezet. Terwijl mensen gaven echt aan dat ze veel meer tevreden waren, minder vragen hadden na ontslag en minder onzeker waren. | Gecombineerd ontslaggesprek niet toegepast | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| Nou ik denk leefstijl. Ik ben me ervan bewust dat mensen na vijf dagen gemiddeld nou ja eigenlijk vier dagen na een infarct maar bij ons liggen. Daarbij ben ik mezelf wel bewust ik krijg gedragsverandering niet binnen vier dagen gedaan. | Gedragsverandering tijdens opname | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Maar je kunt wel de eerste stap zetten. Dat mensen wel gaan open staan ervoor. Ze hoeven het nog niet te doen, dat hoeft niet. Maar ik denk wel een stukje bewustwording creëren. Van oké roken is slecht voor mij en ik kan ook benoemen waarom het slecht is. Dat ze nog niet gestopt zijn, komt later wel. Dus dat denk ik wel dat heel belangrijk is. | Bewustwording creëren bij de patiënt | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Een stukje medicatie, wat voor bijwerkingen kunnen ze ook hebben. Angst als mensen naar huis gaan. Dat vind ik echt wel een hele belangrijke. “lange stilte” Ja ruimte voor vragen. Wat mag ik wel en wat mag ik niet? | Inhoud voorlichting | Inhoud voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ik zie vaak dat mensen ja tot de hartrevalidatie begint moet je wel even rustig aan doen. Maar wat is rustig aan een heel breed begrip. Ik zeg dan ook rustig doen is niet gelijk intens gaan sporten, maar wel rond blijven lopen. Rustig aan is niet de hele dag op de bank of in bed. Dan weten ze ook wat rustig aan is. | Duidelijke uitleg | Kloppende en volledige informatie | Rol van de verpleegkundige |
| O: Ja. Want je merkt dat daar nu wel onduidelijkheid bij de patiënten in is?  G: Ja dat denk ik wel dat beter kan. | Onduidelijkheid bij patiënten | Kloppende en volledige informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Eigenlijk bij een familiegesprek en dan doet de dokter het en niet de verpleegkundige. En ik zie het bij als de familie vragen heeft aan de balie. Maar ik denk dat moet je eigenlijk gewoon voorkomen. Ik denk ook echt wel dat dat kan. | Betrekken van familie | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ja door bijvoorbeeld zo’n gesprek op een vast moment. Dat kan in de ochtend zijn dat kan in de avond zijn. Ook daarmee een afspraak te maken met de patiënt en familie. Bijvoorbeeld dat je zegt maandag avond om zeven uur gaan we met z’n drieën zitten om een gesprek te voeren. | Gesprek samen met familie | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| De patiënt heeft de mantelzorger nodig om ook gedragsverandering te kunnen gaan doen | Mantelzorger nodig voor gedragsverandering | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Hun zien de patiënt natuurlijk vaker dan wij die zien. Dus het kan ook juist weer dienen als een vraagbaak van de patiënt naar de familie. | Familie als ondersteuning voor de patiënt | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| En ook angsten reduceren bij familie. Want de patiënt wordt vaak alleen maar gezien als oké het is die meneer met ACS. Maar er zit veel meer achter de patiënt. Dat wordt vaak vergeten. Daardoor denk ik wel dat familie zeker een meerwaarde heeft om aanwezig te zijn. | Angst van familie verminderen | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Dat kwam ook uit mijn afstudeeronderzoek dat familie wordt gezien als meer een last dan een kracht in de zorg. | Familie als last | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Die last houdt in dat toen we bijvoorbeeld bezoektijden gingen verruimen, wanneer kan ik dan mijn werk doen? Is dat belangrijk, het is toch wanneer de patiënt zijn zorg wil? | Moeite met werkzaamheden door familie | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Trouwens wat ik ook wel denk dat als je familie er bij betrekt dat je door het inspelen op angsten, heropnames voorkomt. We hebben best wel een hoge heropname. | Heropnames voorkomen | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Het vraagt veel tijd en het kan niet op het moment dat de verpleegkundige wil. Want familie is niet altijd beschikbaar. Dat mensen het moeilijk vinden om iets af te spreken met familie. Omdat je weet nooit hoe het is op de afdeling op dat moment. Ik denk ja je kunt dingen overdragen en plannen, maar zo denkt niet iedereen. | Contact met familie inplannen | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ja als de patiënt dat ook wil. Ik denk dat we nog steeds voor zorg op maat. Als de patiënt het wenst denk ik wel dat dat zeker goed is om te doen. En ik denk dat negen van de tien patiënten dit wel zou willen. | Zorg op maat leveren | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Nee ja. Ik merk het met name door de vragen die ze stellen. Bijvoorbeeld ging er een patiënt met ontslag en toen kwam die vrouw, die dochter aan de balie. Die zegt die mijn moeder mag vandaag met ontslag, maar wat hebben ze nou precies allemaal gedaan. Dat denk ik dan hebben we het wel echt heel erg verkeerd gedaan. Als die vrouw vandaag naar huis gaat en ze heeft al een katheterisatie gehad, ze is al gedotterd en ze heeft een langere tijd aan de telemetrie gelegen. En niemand heeft ooit aan die dochter, die eerste contactpersoon is, gezegd wat er nou gebeurt is deze opname. Dan denk ik wel dan hebben we de plank met z’n alle mis geslagen. Dan moet je echt gaan nadenken, waar heb ik het verkeerd gedaan. Maar ja that’s life helaas. | Familie onvoldoende geïnformeerd | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Nou we stellen eigen regie dat vinden we eigenlijk, dat gebeurt eigenlijk heel weinig dat we mensen dat geven. We leggen voornamelijk de focus op wat kan de patiënt niet meer. Maar niet bij wat kan die wel. | Weinig aandacht voor eigen regie | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ik ben heel erg voorstander van de positieve gezondheid. Ik probeer de patiënt ook echt wel waar bent u heel erg trots op, wat vind u belangrijk. Vanuit daar kun je meer gedragsverandering krijgen, dan dat je gaat zeggen je moet stoppen met roken. Oké de patiënt vind het | Positieve gezondheid voor gedragsverandering | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Bijvoorbeeld vandaag had ik een patiënt, die had dan wel hartfalen, maar die heeft dan de hele dag dorst. Maar ik zeg wat vindt u nou het allerbelangrijkste. Ja om geen dorst te hebben. Ja oké hoe kunnen we dat oplossen. In plaats van dat we elke keer denken hij zit aan zijn vochtbeperking en heel streng zijn. De kraan af tapen ik weet niet wat we allemaal doen. In plaats daarvan gewoon te kijken, waar komt dat vandaan. Waarom heeft die zo’n dorst. Kunnen we dan niet zuurtjes aanpassen enzovoort. Nee we gaan gelijk in wat doet die verkeerd in plaats van hoe kunnen we het anders doen. | Zorg voor de patiënt positief benaderen | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Dat is ook met patiënten die een infarct gehad hebben. Ik denk dat we die veel meer eigen regie kunnen doen en vragen wat willen hun. Naast je voorlichting die je geeft ook te vragen van wat wilt u wat kunt u enzovoort. | Patiënt meer eigen regie geven | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ik denk dat het een andere manier van denken is. Dat de zorg bij ons op de afdeling, ik denk heel de zorg bestaat meer in het teken van het zorgen voor afwezigheid van symptomen. Dat sommige symptomen of leefstijl accepteert de patiënt, ondanks al het risico die het heeft. Wie zijn dan wij om daar iets mee te doen. We investeren heel veel tijd en geld in ervoor te zorgen dat de patiënt stopt met roken of stopt met drinken of dat die hoge bloeddruk weggaat. Maar misschien hoeft voor de patiënt dat niet, vind die dat niet belangrijk. | Behoefte van de patiënt in kaart brengen | Voorlichting gericht op de individuele patiënt | Patiënt en naasten |
| Ze missen daarin denk ik kennis. Toevallig ga ik daar mee aan te gang. Maar mensen missen kennis over hoe kan ik de patiënt eigen regie geven in het totale zorgproces. Dat vinden mensen vaak lastig. Want eigen regie wordt vaak, dat is het natuurlijk heel erg basis van de patiënt kan zijn eigen bed opmaken, dus hij moet zijn eigen bed op maken. Maar het is ook eigen regie in een stukje besluitvorming. | Onvoldoende kennis over eigen regie | Kennis (student) verpleegkundigen | Patiënt en naasten |
| Gezamenlijke besluitvorming op de afdeling wordt gewoon niet gedaan. Dat is ook een stukje regie. We lopen geen visite aan het bed bij de patiënt. Er wordt van tevoren een beleid bedacht en we gaan naar de patiënt. | Geen gezamenlijke besluitvorming | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Waar is de regie van de patiënt, die is er niet. Dan moet die wel heel erg tegen de Cardioloog ingaan om dan te veranderen. Maar we geven de patiënt niet het gevoel dat hij de zorg bepaalt. | Geen ruimte voor eigen regie van de patiënt | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ja en ik denk ook met name bij die jonge zorgprofessionals met name de Hbo’ers die krijgen de positieve gezondheid die krijgen het heel erg mee vanuit school. Bij de MBO verpleegkundigen, de ouderen rotten in het vak merk ik wel dat die het lastig vinden om dat toe te passen. Want daarbij is het vaak nog de dokter en verpleegkundige bepaalt. | Gezamenlijke besluitvorming in de zorg | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ja. En de patiënt die mondig is die wordt gezien als een last. Maar ik denk ik houd daar wel van. | Patiënt gezien als last | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ik denk qua voorlichting met het totale ACS dat wij daar op de afdeling, daarom vind ik het goed dat jij je afstudeeronderzoek daar over doet. Maar om daar echt kritisch naar te kijken hoe kunnen we voorlichtingsmateriaal ontwikkelen zodat we de zorg op maat of de voorlichting op maat kunnen bieden. En wat ik al zei dat kan doormiddel van een PID boekje zijn. Dat kan doormiddel van een filmpje zijn aan de hand van een audioboek weet ik veel. Dat kan van alles op verschillende manieren zijn. | Voorlichtingsmateriaal afgestemd op de patiënt | Werkwijze voorlichtingsmateriaal | Inhoud van de voorlichting |
| Wat heeft de patiënt nodig en ik denk dat we daar naar moeten kijken. Niet dat wij bedenken een PID boekje nodig is. | Behoefte van de patiënt bepalen | Informatiebehoefte individuele patiënt | Patiënt en naasten |

Interview 6

**Tabel 12**

*Codeboek interview 6*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Fragment* | *Open codering* | *Axiaal codering* | *Thema* |
| Met vormgeven bedoel jij gewoon het geven van. Nou ik denk een taak voor ons ligt om ja de patiënt te informeren van wat houdt het ziektebeeld in, wat zijn ja richtlijnen. | De patiënt informeren | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Maar ook van hoe kun je hier mee omgaan ook voorlichten over stukje emotie. Ik bedoel ja heel vaak zie je wel als mensen iets aan het hart hebben, dat het dan toch mensen meer emotioneel worden. | Voorlichting over emoties | Psychosociale problemen | Patiënt en naasten |
| Ja dat is het denk ik wel zo’n beetje. Kijk een arts doet het medische. Kijk wij vertellen ook wel hoe de vork aan zijn steel zit. Maar wij kunnen daar anders op ingaan. Meer de menselijke kant. Kijk een arts die geeft van dit en dit en dit is het, op medisch gericht. Wij kunnen ook echt in die voorlichting een stukje begeleiding stoppen. | Voorlichting als een stukje begeleiding | Psychosociale problemen | Patiënt en naasten |
| Vooral wat voor invloed heeft het op je leven. Ik kijk altijd wat voor persoon heb je voor je. Tegenwoordig zie je steeds meer jongere mensen, dus ja die nog in het werkproces zitten. Want hoe ja wat heeft het voor invloed op werk. Wat heeft het voor invloed op hun gezinsleven, het zijn ook heel vaak mensen met jonge kinderen? | Invloed op leven van de patiënt | Psychosociale problemen | Patiënt en naasten |
| Wat kunnen ze zelf bijdragen hé om er voor te zorgen dat er van een gezonde leefstijl. Kijk soms kunnen ze er ook niet altijd wat aan doen. Als het familiair is wil niet zeggen rook, drink en eet er maar op los. Maar kijk je kunt het nooit voorkomen. | Gezonde leefstijl | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Maar in ieder geval werk en leefstijl. Ja de emotie, ja hoe moet het nou verder. Nou ben ik ineens hartpatiënt zeg maar en nou moet ik zeg tegenwoordig is dat vaak toch wel minder rigoureus dan vroeger. Vroeger als je een groot hartinfarct had. Dan had je dat en dan was een groot deel van je pompfunctie weg. | Leven als hartpatiënt | Psychosociale problemen | Patiënt en naasten |
| Nu zeggen ze van er komt hier iemand met een afsluiting, die kan nog gedotterd worden. Om ervoor te zorgen dat de schade beperkt is, zodat het toekomstperspectief er al wat beter uit ziet. Dus ja dat soort dingen. | Behandelmogelijkheden | Inhoud voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Nou iemand die bijvoorbeeld, dat mag ik denk ik niet zeggen. Maar iemand die in het verpleeghuis in een rolstoel al achter de geraniums zat en een infarct heeft. Daar stel ik mijn voorlichting anders op af dan als iemand van 45 die nog volop in het werkproces zit. Mensen van 45 kunnen tegenwoordig ook nog tieners van kinderen hebben. Vroeger had je met twintig een kind. Tegenwoordig is het toch wat ouder. Wat daar de consequenties voor zijn. | Verschil in patiënt | Psychosociale problemen | Patiënt en naasten |
| Kijk dat mag je natuurlijk niet zeggen. Maar kijk iemand die 86 is en die al niet meer mobiel was voorheen, daar hoef je natuurlijk ook niet meer van te verwachten van hè hij kan weer vertrouwen krijgen in het lichaam. Durven van bewegen, het weer durven doen van sporten. Seksuele relaties, dat kan ook dat ze dat niet meer durven. | Vertrouwen in het lichaam | Psychosociale problemen | Patiënt en naasten |
| Dus daar kijk ik ook wel een beetje van. Er zijn bijvoorbeeld ook vaak mensen die zeggen van nee nee ik wil niks horen. Dan probeer je toch van te kijken van ja, dat zeg je nou wel. Maar zou je daar geen spijt van krijgen als je thuis bent hè bedoel. Op een gegeven moment ga je toch denken van wat is mij overkomen. Of ja als het echt niet wil dan geef ik ze wel folders mee | Niet openstaan voor informatie | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Maar wat ik vaak wel jammer vind bijvoorbeeld als iemand met een acuut coronair syndroom hier komt. Op de hartbewaking liggen ze al twee dagen. Dan zeg ik van hebben ze al een PIDje hebben ze al wat informatie gehad. Nee geen PID begin daar maar mee op de afdeling. Dan denk ik daar mis je al best veel. | Geen PID ontvangen op de hartbewaking | Samenwerking met de hartbewaking | Proces van voorlichting geven |
| Kijk ik vind het ook niet goed en die is net gedotterd om die mensen gelijk met informatie te overladen. Maar de dag erop kun je toch weleens voorzichtig beginnen zeg maar. | Moment van informatie geven | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| Bij sommige is het zo in orde of dat het door omstandigheden bepaalde dingen nog niet gebeurd zijn. Maar je kan wel zien ze hebben al wel een begin gemaakt. Maar bij anderen dan weet je al je moet PID gaan pakken, je moet gaan voorlichten. Dus het is een beetje. | Verschil in werkwijze op hartbewaking | Samenwerking met de hartbewaking | Proces van voorlichting geven |
| Ja nou ja. Ik weet niet of mensen, maar dat is hier ook hoor, informatie geven het belangrijkste vinden. Dat is niet alleen op de hartbewaking. | Belang van informatievoorziening | Kloppende en volledige informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Ja. Of dat ze denken dan heb ik het over de hartbewaking, laten ze het maar op de hartbewaking doen. Maar soms mis je toch wel dingen. Ik heb ook weleens dat ik dan ga vertellen, van nou ik heb hier het PID boekje die krijgt iedereen die een acuut coronair syndroom vroeger zeiden we een infarct. Heb ik een hartinfarct gehad. Ja, ik zeg nou misschien heeft de dokter verteld dat u wel een beschadiging heeft gehad. Ja, over beschadiging heeft die het wel gehad. Ja, dan denk ik dat vind ik toch wel jammer eigenlijk. Dat mensen al op een hartbewaking hebben gelegen. Dan komen ze hier en dan weten ze niet. In principe dat ze een hartinfarct of het nou groot, klein of mini is. | Patiënt onvoldoende geïnformeerd | Koppende en volledige informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Nou ik heb daar nooit echt zo van tjak tjak tjak dat moeten ze krijgen, maar wat ik denk. Wat ik zelf zou willen en wat ik denk ik denk dat als mensen snel snel snel. Hoe eerder je bent van ‘door to needle’ van de deur naar de naald, hoe beter het is. Dan ga je die mensen niet vermoeien. | Snel informatie geven | Kloppende en volledige informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Maar de volgende dag, als mensen ondanks de dotter, toch wel wat schade hebben. Maar het is beperkt, maar dan denk ik wel dat een arts in ieder geval in zijn eerste visite wel moet zeggen van nou we hebben dit en dit gezien. We hebben gedotterd, daarom hebben we de schade wat kunnen beperken. Maar u heeft wel een klein of midden of een groot hartinfarct gehad. | Informatie vanuit de arts | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Dus dat zou ik wel graag willen, dat dat verteld werd. En dat een arts ook wel kijkt van goh ik zie dat u nog in het werkproces zit. Ik denk niet dat je volgende week weer aan het werk kan. | Informatie vanuit de arts | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Ja, van u heeft een hartinfarct of iedereen heeft dit. Vroeger ik vertel altijd een acuut coronair syndroom is eigenlijk een verzamelnaam van ziekte van de coronaire. Dat kan door een vernauwing zijn of een afsluiting, waardoor je een infarct hebt gehad. Heb ik een hartinfarct gehad, van de week nog? | Uitleg over ACS | Inhoud voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ja het kan natuurlijk ook wel zijn. Als je hier komt dat het wel gezegd is en dat het dan het ene oor in gaat en het ander oor uit gaat. Dus daarom zal het wel fijn zijn als je kunt zien, wat is er verteld. | Onduidelijk of informatie is ontvangen door patiënt | Kloppende en volledige informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Ik zie dat niet vaak in de naslag bij de hartbewaking van de visite, van gesprek met de patiënt gehad over ziektebeeld en toekomst. Dat zie ik niet. | Geen informatie over gegeven voorlichting | Samenwerking met de hartbewaking | Proces van voorlichting geven |
| Kijk ik neem aan als mensen een PID gehad hebben. Ik hoop niet dat ze het zo geven van lees maar door. Maar dat ze ook wel even iets bij vertellen. Maar ja ik weet het niet, ik kan het niet controleren. | Onduidelijkheid uitreiken PID | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| PID boekje is het uitreiken. Maar ik vind bij het uitreiken kun je het wel even kort doornemen. Van huh dit zijn de onderzoeken waar aan we kunnen zien wat er mis is met u hart. Deze pillen krijg je meestal. Dit zijn de meest gestelde vragen, die hebben we verzameld. Dan komt het stukje met hoe zit het nou bij u. Soms kun je dat nog niet invullen. | Uitleg bij het PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Anders zeg ik altijd als die gedotterd is en hij is niet ingevuld. Dan gaan we morgen eventjes doen. Maar neem ik wel even die vragen door. | Invullen van PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Kijk en ze komen natuurlijk op een intake gesprek voor de hartrevalidatie, dat komt daar ook aan de orde. Maar ja dat duurt soms nog twee weken. Nou gaan ze tegenwoordig naar vier, vijf dagen naar huis. Sommige zijn best wel bang. | Intake hartrevalidatie | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Dat uitreiken moet eigenlijk gebeuren op de hartbewaking. | Uitreiken PID boekje | Samenwerking met de hartbewaking | Proces van voorlichting geven |
| En dat invullen, ik heb nu kamer 17. Dan kijk ik heb ik ACS, is het PID boekje uitgereikt? Ja of ik vraag het. Dan ga ik gewoon bij iedere patiënt even kijken van is het ingevuld. Ik vraag van heb je al wat doorgelezen, heb je vragen. Ja ik het ingevuld. Soms neem ik het nog wel even door. | Controle invullen PID boekje | Het PID boekje | Inhoud van de voorlichting |
| Ja, hebben ze vragen. Kijk als ik het kan beantwoorden doe ik het en anders niet. En dan schrijf ik wel op, in de rapportage, maar nergens van goh ik heb dit en dit getackeld. Dat je dat af kan tekenen. | Noteren van voorlichting | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Ja wat ik al zei ik schrijf van ik heb het PID doornemen en hij had die en die vragen. Of ik schrijf hij had nog geen PID gehad, ik schrijf het ook altijd zo op. Als ze geen PID heeft gehad, heb ik nu uitgereikt even de werking uitgelegd gaat het wel of niet doorlezen. | Noteren handelingen rondom PID | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Maar er is nergens iets, waar je kan zeggen je hebt dit of dit verteld. Dat is er niet. Je gaat er maar vanuit dat iedereen die daar staat dat doet. | Voorlichting noteren | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Ja weet je aan de ene kant vind ik het wel fijn. Kijk je kan bij voorlichting invullen wat je geeft. Maar dat wil niet zeggen als ik jou die folder geef, je moet wel evalueren. Nu zie ik daar onderstaan heeft het begrepen. Maar dat moet je later dan nog een keer invullen. | Controleren of informatie is begrepen | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Maar wat was de vraag ook alweer, ik ben het even vergeten? O ja of je iets af zou kunnen tekenen, ja ja ja. Aan de ene kant is het fijn, maar aan de andere kant we moeten ons leven ook niet verdoen met allemaal kruisjes hè. Dat zeggen wij al we zijn allemaal al vinkjes aan het zetten om ons in te dekken. Om maar ja dat vind ik ook niet altijd. Het is ook voor de patiënt zeg maar. | Veel registratie in het dossier | Registratie voorlichting | Proces van voorlichting geven |
| Ik weet niet wat bijvoorbeeld (naam van collega) vertelt. Dat is niet ten nadele van die collega. Maar zij weet het ook niet van mij. | Onduidelijkheid over wat collega vertelt | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Nee nee ik denk dat de ouderen het wel allemaal een beetje hetzelfde doen. Wij hadden vroeger een poliklinisch verpleegkundig spreekuur. Wij hebben daar ook gedraaid iedere week. Dan kwamen er vier a vijf patiënten en dan gaf je eigenlijk echt de voorlichting. Dus zo doe ik het, ik pas het wel aan want er zijn natuurlijk andere inzichten. Maar zou doe ik het eigenlijk nog steeds. | Voorlichtingsmethode volgens poliklinisch verpleegkundig spreekuur | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Maar ik heb geen inzicht over. Bijvoorbeeld stel dat jij je eigen patiënten hebt. Dan weet ik niet, nee dat is. En ik denk dat de ander ook geen inzicht heeft over mij voorlichting. | Geen inzicht in voorlichting door collega | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Ja, wat zou ik zeggen. Ik hoop altijd dat als ik naar huis ga, dat mijn mensen voldoende weten. Ja ik ga er eigenlijk van uit van het goede van de mens. Dat anderen dat ook doen. Maar je weet het niet. | Patiënt voldoende op de hoogte | Kloppende en volledige informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Ik lig er niet wakker van zou ik zo zeggen, maar het zal wel fijn zijn als we daar in elkaars dingen inzicht. Dat het in ieder geval eenduidig is. | Inzicht in werkwijze collega | Duidelijke en begrijpelijke informatie | Rol van de verpleegkundige |
| Nou ja vaak is dat wel tijdens na de verzorging. Als je even rustig kunt zitten, weet je wel. Je gaat even lekker bij de patiënt op bed zitten, je pakt het boekje. Soms schijven mensen vragen achterin. Dat heb ik het liefst. Soms als je ziet het is kei druk. Dan doe ik het ook weleens tijdens het wassen. Maar ja jonge mensen kunnen dat meestal wel zelf. Of tussen de middag. Je hebt altijd wel even tijd. Heb je geen tijd, kijk eens zeg ik morgen sta ik er weer. Morgen weer een nieuwe dag. Dus ja. | Het moment van voorlichting | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| Nee het is niet altijd een vast moment. Weet je je werkt hier met mensen hè. ’s Ochtends kan iemand niet goed worden of iemand moet naar een dotter of die komt terug. Nee, dat is niet altijd zo van nou pillen eten wassen voorlichting tensie, nee. Een beetje flexibel zijn. | Geen vast moment voor voorlichting | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| O: En wat vind je daarvan dat je daar in flexibel moet zijn?  G: Ja dat vind ik wel goed. Je moet het zijn, zeg maar. Weet je wel. Je weet het nooit hoe de dag verloopt. | Flexibel zijn in voorlichtingsmoment | Voorlichtingsmoment | Proces van voorlichting geven |
| Nou ik denk dat als je je tijd goed besteedt, zeg maar. Niet te veel lullen, ja dan heb je meestal wel tijd. | Tijd goed besteden | Tijdsinvulling | Rol van de verpleegkundige |
| Maar soms kan het ook weleens tegenvallen. Dan denk je na het eten nou tensies. Dan ga ik even voorlichting geven, dan wordt er gebeld je moet een opname halen of zo. Dan kun je niet zeggen, ja dat kun je wel een kwartiertje uitstellen dat wel. Maar op een gegeven moment zou je toch die opname moeten doen. Maar ik denk over het algemeen, heb je wel tijd. | Invulling van tijd | Tijdsinvulling | Rol van de verpleegkundige |
| Ja kijk dat kun je niet altijd zeggen. Wanneer ik stond vorig weekend zondag en maandag op kamer 15. Er moesten er drie gewassen worden, ik heb me eigen de pleuren gewerkt. Niet over het wassen maar allerlei regeldingen. De hele dag transferpunt aan de lijn, dan dit dan dat dan zus dan zo. Ik heb me eigen twee dagen de pleuren gewerkt. Ik heb echt geen tijd gehad voor voorlichting | Geen tijd voor voorlichting | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| Je kunt het niet zeggen. Maar ik denk over het algemeen, dit zijn uitzonderingen, dat je wel tijd hebt. | Tijd aanwezig voor voorlichting | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| Weet je ik vind dat soms best moeilijk. En zeker nu je met de OVH werkt. Kijk ik heb vandaag bijvoorbeeld met mijn student gewerkt. Dan weet ik precies van ja hoe ze haar tijd besteedt. Maar als ik gewoon mijn kamers heb en er is een OVH waar die studenten bijkomen, dan heb ik daar niet zoveel zicht op moet ik eigenlijk heel eerlijk zeggen. | Weinig zicht op tijdsbesteding collega | Tijdsinvulling | Rol van de verpleegkundige |
| Maar ik hoor wel aan de leerdoelen ’s ochtends mensen zeggen ik ga de patiënt voorlichting geven over, hè over een PCI of een STEMI over hartfalen of dan pakken ze er een stukje uit. Dus dat hoor ik wel. | Voorlichting als leerdoel | Tijdsinvulling | Rol van de verpleegkundige |
| Maar ik hoor vaak niet of het wel of niet gelukt is. Ik hoor ’s ochtends altijd heel veel mooie leerdoelen en de intentie is er. Maar vaak zie ik niet of het gelukt is. Misschien ligt het ook wel aan mij hoor. Dat ik moet vragen ik hoorde vanochtend dat je dit en dit leerdoel hebt, is het gelukt? | Onduidelijk of voorlichting geven is gelukt | Tijdsinvulling | Rol van de verpleegkundige |
| Ja ja of het gelukt is. Kijk niet het inhoudelijke, maar wat jij zegt heb je zo je tijd en je prioriteiten hebt kunnen stellen. Dat je dat stukje ook meeneemt. Dus ja. | Tijd aanwezig om voorlichting te geven | Aanwezige tijd | Rol van de verpleegkundige |
| Eigen regie nou ja dat is niet altijd vind ik niet dat mensen, ik weet niet of ik het goed heb. Maar eigen regie is dat je zelf ook het hef in eigen handen neemt. Dat je bijvoorbeeld ook op internet of hier kun je ook om boekjes vragen, op de hartstichting. Dat is niet altijd zeg maar bevorderlijk voor een goede communicatie. Laat ik het zo zeggen. Dokter internet dat het soms net even iets anders als de verpleegkundigen. Maar ik weet niet of jij dat precies bedoeld met eigen regie? | Eigen regie niet altijd bevorderlijk | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Nou ja als je voorlichting geeft een stukje therapietrouw bijvoorbeeld. Mensen, sommige mensen, hebben nog nooit pillen gehad. Nou als je hier komt met een acuut coronair syndroom en je hebt ook nog een PCI gehad. Dan ga je zo met vier vijf pillen naar huis. | Voorlichting over medicatie | Inhoud voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ja kijk een patiënt zijn eigen regie geven. Dat je kijkt van hoe belangrijk vindt de patiënt om therapietrouw te zijn. Kijk en daar kun je hem wel in sturen of een mening over laten geven. Kijk als je denkt die heeft het wel door dan kun je nog weleens vertellen, wat er gebeurt als die de pillen niet neemt. | Therapietrouw van de patiënt | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Nou ja een goed voorbeeld is denk ik ook wel levenswijze. Kijk je moet nooit, zo’n patiënt rookt zeg maar, en jij zegt jij moet stoppen met roken. Dat gaat niet lukken denk ik. Ik denk dat het goed is om iemand zelf te laten te ontdekken waarom het verkeerd is. Waarom het niet goed is om door te roken. | Patiënt eigen gedrag laten inzien | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Hetzelfde is met gezonde voeding. Je hebt ook meestal vind ik dat een beetje de sociaal lagere klasse, die slechter eten of dan die gestudeerd hebben. Kijk maar dat is wel. Maar bij de lagere sociale klasse komt vaker de friet pan op tafel. Of die gaan vaker naar McDonalds. Dat is wel zo hè. | Ongezonde voeding | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Op dat spreekuur kwam je ook mensen die de jas uitdeden, dan kwam de nicotine lucht je tegemoet. Kijk en sommige mensen gaat het niet worden. Maar ik denk dat het wel goed is je moet niet met het vingertje wijzen. Maar zo in gesprek gaan, dat hij eigenlijk uitvindt van het zou toch wel goed zijn voor mij om te stoppen met roken. Of om een gezonder te eten. Of misschien wat meer te bewegen. | In gesprek gaan over gedragsverandering | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Je merkt heel gauw of ik iemand wel geneigd is om zelf te investeren in gezondere levenswijze. Maar alles wat daar in hoort. Ik heb ook weleens eerlijk gezegd gehad dat ik dacht nee dat gaat hem niet worden. Kijk je kan iemand niet door de strot duwen. Maar ik denk door goede voorlichting en inderdaad de patiënt zelf ook mee te laten praten, dan je dan meer resultaat hebt dat als je met het vingertje wijst. | Leefwijze bespreken met de patiënt | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Nou bijvoorbeeld over roken van goh ik hoor vaak van jou. Dat heb je vast wel eens gelezen. Wat zou bijvoorbeeld, waarom zou het roken slecht kunnen zijn voor het hart. De meeste mensen hebben het dat toch ook al wel opgezocht. | Inzicht in leefwijze | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Maar zelf ook ja mee laten denken. Kijk en zelf ook van goh hoe zouden wij kunnen doen of wat heeft u nodig om proberen om succesvol te gaan stoppen. Ja dat kan een pleister zijn, dat kan een zelfhulpgroep zijn, via de huisarts heb je ook allerlei programma’s, bij de GGD. Maar dan heb ik dat zelf laten benoemen. | Patiënt mee laten denken | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Of van ja waarom is het moeilijk om te stoppen? Laat het hem zelf maar zeggen, niet dat wij het invullen voor hem. | Niet invullen voor de patiënt | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ja. Dat levert ook vaak weerstand op. Zeker als je iemand iets vertelt waarom die dan wat eigenlijk verslaving is niet meer mag doen. | Weerstand van de patiënt | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Kijk het eten. Het slechte eten dingen is ook een gewoonte hè. Ja, wij eten drie keer in de week friet. Op maandag, woensdag en zaterdag. Dat is een gewoonte. | Leefwijze een gewoonte | Gedragsverandering van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ja dat is wel een omslag hoor. Nou moet ik ook wel zeggen. Wij zijn ook nog van vroeger wist de dokter het en de zuster het. Dan zeiden wij van je moet dit dit dit. Dat is wel iets waar je ook heel bewust mee bezig bent. Ik denk de jongere generatie, zoals jullie die nou in de opleiding zitten. Die worden daar ook wel mee opgeleid. Dat was bij ons niet. Op het eind kwam dat een beetje van ja de mens die moet helemaal zien, het holistische mensbeeld daar heb je ook vast weleens van gehoord. | Regie over de zorg van de patiënt | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Wij zijn nog opgeleid van de dokter weet het en daarna weet de zuster het. Dus ik denk dat dat bij de jongere er meer inzit. Want die hebben ook die leerdoelen die aangekoppeld zijn. Als regisseur, ontwerper allemaal dat soort dingen. Nou moeten ze dat soort dingen ook kunnen uitschrijven, doen en bemerken. Ik denk dat dat bij de jongeren wat beter gaat. | Regie over de zorg van de patiënt | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ja misschien ook wel een beetje, soms wel een tips denk ik. En dan van iemand die nu opgeleid is. Ik bedoel voor mij is het (aantal werkjaren) gelden, al vind ik dat ook nog niet heel gek. Maar ik bedoel ik denk wel dat wij wel van de nieuw opgeleiden kunnen leren. Dat soort dingen vooral. | Leren van collega’s | Eigen regie van de patiënt | Patiënt en naasten |
| Ja ja dat is een hele goede. Ja op dat PVS hadden we was dat makkelijk. Want die kwamen altijd met een partner. | Partner aanwezig bij poliklinisch verpleegkundig spreekuur | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ja. Poliklinisch verpleegkundig spreekuur. Ik denk dat die familie nu ook wel betrokken wordt bij het intakegesprek. Maar hier is het vaak wel dat je toch vaak zonder familie doet. Moet ik heel eerlijk zeggen. | Voorlichting vaak zonder familie | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Nu zijn de bezoektijden wat verruimd. Dus nu heb je wat meer kans dat je iemand treft | Langere bezoektijden | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Maar van de andere kant het is ook soms weleens moeilijk hè. Want dan zit familie en de buurvrouw. En dan ga je de buurvrouw niet wegsturen. Maar als de buurvrouw erbij zit ga ik niet praten over dat bijvoorbeeld het slikken van bètablokkers, dat kans consequenties hebben voor je seksueel functioneren. Maar dat ga je niet doen met de buurvrouw, nee toch. | Privacy van de patiënt | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Dus ja kijk ook het stukje privacy hè. Als je op een vierpersoonskamer zit. Ik vind het makkelijker om het zo tegen de patiënt uit te leggen, dan als je met de echtgenoot erbij, dan komen er toch andere dingen aan bod. | Privacy van de patiënt | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Nou als een patiënt bijvoorbeeld heel emotioneel is hè. Dat die alleen maar huilt of depressief is. Ja, zo’n vrouw of man krijgt de echtgenote of echtgenoot wel zo thuis. Dus ik denk dat dat wel iets is voor voorlichting of in ieder geval om te beginnen een gesprek met de arts. Waar wij bij kunnen zitten. Waar de arts dus kan uitleggen van ja dat het niet het einde betekent als je een hartinfarct hebt. | Betrekken van partner | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ja dan zou je zeker de familie erbij betrekken. Dus inderdaad hè depressie, angst of gewoon heel emotioneel. En ik kijk ook altijd een beetje wie heb je voor je. Ik bedoel ik vraag me af zou je nog een gesprek willen. Soms wel met de echtgenoot of soms ook weleens een moeder als iemand van zes- of zeventwintig er ligt. Maar sommige zeggen ze wel van dat hoeft niet. | Inventariseren behoefte patiënt en naasten | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Maar kijk naar de ouderen mensen of die cognitief niet helemaal 100% zijn zeg maar, die nog een vrouw dat zie je vaak. Die vrouw is dan nog sterker die zorgt dan voor die man. Die heeft dan wel recht om te weten wat is er gebeurd, wat kan ik verwachten. Maar dat wordt dan meestal wel in een familiegesprek gedaan waar een arts bij zit. | Recht op informatie | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| G: Voor heel veel mensen is dat ook een meerwaarde.  O: Als familie wel betrokken wordt?  G: Ja ja. En ook de arts erbij zit. Zeker oudere mensen op een of andere manier. | Familiegesprek een meerwaarde | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Soms kun je ook nog weleens kritische vragen krijgen hè. Het ligt er aan sommige mensen vragen sommige mensen die ja zijn best wel aanvallend vind ik soms. In hun vragen en wat denken jullie te doen aan puntje puntje puntje. | Vragen van familie | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Ja dan moet ik echt denken van vriendelijk blijven, netjes blijven. Soms dan denk ik weleens hé maar. Maar kijk als het te gek wordt, durf ik soms wel te zeggen ik denk dat u erg aanvallend bent. Hoe komt dat? Bent u bang hebt u dit of hebt u dat? Dat durf ik wel te doen. | Professioneel gedrag naar familie | Voorlichting aan familie | Patiënt en naasten |
| Soms niet altijd hier. Maar ik weet toevallig. Een kennis van ons die was zestig in de zestig, maar dat is nog jong. Die kreeg ook een infarct. Gestopt met roken, naar huis toe en die heeft gewoon een jaar lang last gehad van angststoornissen. Wel op gesprek geweest. Meegegaan met de poliklinische hartrevalidatie. Wel weer begonnen met roken. Toen het jaar erop waren wij op Bali, daar waren hun ook. Hun bleven zes weken en wij drie weken. Zij wou het liefste met ons mee naar huis. Toen heeft ze ook nog een angststoornis ontwikkeld dat ze niet alleen het huis uit durfde. Dat is nou wel weer goed, maar dat zien wij vaak niet. | Angst van de patiënt na ontslag | Psychosociale problemen | Patiënt en naasten |
| O: Want hoe vind jij nu dat er nu tijdens de opname aandacht wordt besteed aan angst van de patiënt?  G: Ja als hij het echt uit wel. Maar er wordt vaak niet expliciet naar gevraagd. | Geen directe aandacht voor angst | Psychosociale problemen | Patiënt en naasten |
| Mensen zijn, ze komen hier en er wordt al gekeken wanneer kunnen we weer weg. Ik vind het af en toe veel te snel gaan. En dat is ook een stukje angst. Nu hadden wij ook iemand met een bradycardie, nu weer naar huis. Die man gaf zelf aan ik ben gewoon kei bang, ik ga gewoon niet naar huis toe. Nu hebben we het toch nog kunnen rekken tot vanavond. Maar mensen het word ook wel een beetje door de medici overheen ja hoe zeg je dat langs gegaan zeg maar. | Angst door snel ontslag | Psychosociale problemen | Patiënt en naasten |
| Vroeger over visuele voorlichting gesproken. Vroeger al hadden mensen een hartinfarct die gingen we dan allemaal in het dagverblijf zetten. Dan hadden we een film. Dat begon dan met vroeger als je een hartinfarct had gehad dan lag je zes weken in het ziekenhuis en daarna was je plaats achter de geraniums. Maar nu is het anders hè, nu is de focus op. Dat is dan nog voor de dottertijd. Eerder uit bed, mee gaan revalideren. En van het seksueel als u de trap op komt, komt u wat de rest betreft ook wel over de drempel. En verder werd er niks gezegd. | Visuele voorlichting vroeger | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Die mensen hadden altijd wel zoiets van ja ja ik zie wel herken. Ik herken wel dingen erin. Het was een beetje, wij moesten er altijd om lachen, een beetje een belachelijke film. Maar voor de mensen niet hoor. Die herkende daar ook wel dingen in. | Film als herkenning | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ik denk ja als jij visueel iets ziet, dat vind ik ook dat onthoud ik het beter. Goed als ik lees iets ergens en iemand vraagt iets aan mij, dan denk ik dat staat daar dan zie ik dat gewoon voor mij. | Visuele voorlichting makkelijker onthouden | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Ja visueel folders. Dat is ook een manier van visueel, maar dan moet je het ook zelf actief lezen. | Gebruik van folders | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Nee. Maar laat ik zo zeggen ik had geen slechte ervaring met die film zeg maar. | Ervaring film als voorlichting | Visuele voorlichting | Inhoud van de voorlichting |
| Nee. Nou ik ben er nu wel helemaal uit. Ik ben nog weleens benieuwd wat voor voorlichting krijgen ze in het intakegesprek en wat voor voorlichting krijgen ze op de voorlichtingsochtenden bij de poliklinische hartrevalidatie? Ik weet niet of jij daar iets van weet? | Voorlichting bij intake hartrevalidatie | Werkwijze voorlichting geven | Proces van voorlichting geven |
| Nee en verder denk ik ja. Kijk ik bedoel je hebt hele goede technieken om de schade te beperken. Maar dat wil niet zeggen dat mensen geen groot hartinfarct kunnen hebben, dat kan nog. Maar als mensen drie of vier keer een infarct hebben gehad en je wordt er voor gedotterd, die schade wordt iedere keer wel beperkt. Maar na drie vier keer is de schade toch wel groter. Dus ja. Maar goede vragen moet ik zeggen. | Schade na infarct | Inhoud voorlichting | Inhoud van de voorlichting |

Bijlage 9 – Membercheck individuele interviews

Interview 1

Patiënten zijn meestal op de hoogte over wat het acuut coronair syndroom inhoudt. Vaak dienen vragen beantwoord te worden die patiënten daarnaast nog hebben. Wanneer een patiënt overkomt van de CCU, wordt informatie gegeven over de afdeling en gevraagd of alles duidelijk is ook gericht op het ziektebeeld.

Op de afdeling zijn geen vaste momenten waarop voorlichting wordt gegeven aan patiënt. Wel kan er bijvoorbeeld tijdens zorggesprekken aandacht aan worden besteed. Verpleegkundigen geven vooral voorlichting wanneer het hun uitkomt of wanneer ze zien dat de patiënt vragen heeft. Het zou beter zijn wanneer er bepaalde momenten zijn voor het geven van voorlichting en dat er tijd beschikbaar is om de voorlichting te geven. De patiënt dient goed op de hoogte te zijn en het dient niet snel te gebeuren omdat er onvoldoende tijd voor is. Er dient tijd genomen te worden voor voorlichting, zodat je even bij de patiënt kunt gaan zitten en uitleg geven. Studenten hebben meer tijd voor het geven van voorlichting omdat dit ook een van hun leerdoelen is, waardoor er meer tijd voor beschikbaar is. Verpleegkundigen doen het vaak tussendoor. Het zou fijn zijn als ze even aan een collega kunnen doorgeven dat ze voorlichting aan het geven zijn bij de patiënt en de collega hier rekening mee kan houden.

Patiënten die opgenomen worden met een acuut coronair syndroom ontvangen het PID boekje met informatie over het infarct en bijbehorende informatie. Daarnaast zijn er folders op de afdeling over de verschillende onderzoeken. Op de afdeling is voldoende voorlichtingsmateriaal aanwezig. Voorlichtingsmateriaal is prettig als naslag voor de patiënt, maar je dient er ook uitleg bij te geven als (student)verpleegkundige.

Soms heeft een patiënt geen PID boekje ontvangen of deze is niet volledig ingevuld. Wanneer ik dit signaleer, zorg ik ervoor dat het boekje alsnog wordt ingevuld en geeft ik hierover uitleg.

Ik geef informatie over het infarct met de bijbehorende oorzaken en hoe deze in kaart worden gebracht. Ik geeft uitleg over de verschillende onderzoeken, behandelingen en de medicatie die wordt voorgeschreven. Achteraf controleer ik vaak of de patiënt de informatie heeft ontvangen en begrepen.

In mijn voorlichting besteed ik aandacht aan de risicofactoren voor het acuut coronair syndroom. Ik heb nog niet veel informatie gegeven gericht op het veranderen van het gedrag van de patiënt. Ik weet niet of hier bepaalde methodes of richtlijnen voor aanwezig zijn.

Voor nieuwe studenten en verpleegkundigen zou het prettig zijn om met onderzoeken mee te kijken. Hierdoor kun je makkelijker voorlichting geven, omdat je ook een beeld hebt van het onderzoek. Daarnaast is het ook van belang dat je jezelf als (nieuwe) student of verpleegkundigen verdiept in het onderwerp, voordat je hierover voorlichting gaat geven. Als student bespreek je de voorlichting ook voor met collega’s waardoor je kunt kijken of je over de juiste informatie beschikt.

Voorlichting dient in HIX genoteerd te worden. Hierdoor kun je zien of de patiënt de informatie heeft ontvangen en begrepen. Dit gebeurt niet altijd door de verpleegkundigen. Halverwege mijn stage werd dit ingevoerd, waardoor je jezelf moet aanwennen om dit daadwerkelijk te doen. Als je het vaker uitvoert, ga je het meer automatisch doen. Een extra reminder hierbij zou prettig zijn.

Patiënten geven vaak aan het fijn te vinden om uitleg te ontvangen. Sommige patiënten willen graag alles weten, maar er zijn ook patiënten die al eerdere ervaringen hebben waardoor ze minder informatie nodig hebben. Hierin zit een verschil in de informatiebehoefte van de patiënt. Aan het begin van de voorlichting toets je de informatiebehoefte van de patiënt.

Ik kies ervoor om de informatie aan de patiënt te verdelen over verschillende momenten, zodat ze niet alle informatie in een keer ontvangen.

Het is van belang dat de patiënt volledige informatie ontvangt over de procedures, zodat hij op de hoogte is. Daarnaast heeft hij op deze manier een realistisch beeld van wat er speelt en wat er gaat gebeuren. Hierin is nog verbetering mogelijk, zodat de patiënt alle informatie ontvangt.

De communicatie met de CCU zou onderling beter afgestemd kunnen worden. Op dit moment komt de informatievoorziening vanuit de CCU en de afdeling Cardiologie niet overheen.

Wanneer familie aanwezig is bij de patiënt, betrek ik hen ook bij de voorlichting. Soms neem ik ook telefonisch contact op om ze te informeren. De meerwaarde om familie te betrekken is dat de patiënt er niet alleen voor staat. De familie kan de patiënt ondersteunen en geruststellen.

Interview 2

Mijn taak rondom het geven van voorlichting over het acuut coronair syndroom aan patiënten bestaat uit het in kaart brengen welke informatie de patiënt heeft gehad. Daarnaast controleren of patiënten het PID boekje hebben ontvangen en uitleg geven over de onderzoeken die plaatsvinden en hierbij informatiefolders uitreiken. Ook samen met de patiënt het ziektebeeld doorspreken, waarbij de voorlichting wordt afgestemd op de reden van het infarct.

Daarnaast uitleg geven aan de patiënt aan de hand van het PID boekje. Dit boekje bevat alle informatie over het acuut coronair syndroom en richtlijnen voor thuis. Iedereen die opgenomen wordt met een acuut coronair syndroom ontvangt dit boekje en deze moet binnen 24 uur worden ingevuld door de arts, tenzij het een non-STEMI is. Dan wordt het boekje na de hartkatheterisatie ingevuld. Het invullen van het boekje wordt regelmatig vergeten op de CCU en op de afdeling, bij ontslag is soms maar de helft van het boekje ingevuld. Sommige patiënten zijn hier alert op anderen niet. Werkdrukte speelt hierbij een rol of er wordt gedacht dat het boekje op de CCU al is ingevuld. Op de afdeling moeten de verpleegkundigen bewust bezig zijn met het controleren of het PID boekje is ingevuld. Daarbij ook de regie bij de patiënt leggen, dat zij het ook mee in de gaten houden.

De voorlichting die gegeven wordt aan de patiënt en de voorlichtingsfolders, dienen in het dossier genoteerd te worden. Daarnaast dient genoteerd te worden of de patiënt de informatie heeft begrepen. Het PID boekje wordt vaak niet geregistreerd in het dossier. Veel verpleegkundigen zien het registreren van voorlichting als een dubbele handeling. Je kunt er van uit gaan dat de verpleegkundige veel informatie wel gegeven heeft aan de patiënt, maar het niet heeft geregistreerd.

Voor mij als verpleegkundige vind ik het registeren van voorlichtingsfolders over bijvoorbeeld onderzoeken nuttiger dan bijvoorbeeld een welkomstenvelop. Bij onderzoeken of behandelingen kan ik dan controleren of de patiënt al informatie heeft ontvangen.

De verpleegkundigen zitten op een lijn in het gebruik maken van folders en voorlichtingsboekjes. Het wordt dan alleen niet altijd geregistreerd. Daarnaast is er door werkdrukte soms geen tijd om de voorlichting te geven.

Het is belangrijk om tijd te maken voor voorlichting aan de patiënt. Samen met de patiënt zitten op een rustig moment en dan uitleg geven.

Tijdens mijn diensten probeer ik in mijn hoofd een planning te maken, hoe ik de dag ga invullen en plan hierbij ook ruimte voor voorlichting in. Ik probeer tijdens de voorlichting rustig over te komen naar de patiënt ook op drukke momenten. Het is belangrijk om in de ochtend de zorgzwaarte van de patiënten goed te verdelen en als collega’s elkaar goed te ondersteunen.

Partners worden vaak vergeten bij het geven van voorlichting, terwijl het doormaken van het ACS vaak een heftige gebeurtenis voor hen was. Vaak wordt er vooral naar de patiënt gekeken. Het is van belang om dan ook de thuissituatie te bespreken en de partner te betrekken bij de behandelingen en het revalidatieproces. Hierbij is het prettig als er bij opname na een paar dagen een tussenevaluatie plaats vindt met de familie over hoe het met de patiënt gaat.

Bij ontslag duidelijk benoemen met familie erbij, wat er dient te gebeuren als de klachten terugkeren. Daarnaast informatie geven over het medicatiegebruik.

Om de voorlichting af te stemmen op de individuele patiënt neem ik de anamnese door. Daarnaast probeer ik de patiënt in kaart te brengen om in te schatten of er extra voorlichting nodig is. Hierbij ga ik in gesprek met de patiënt. Patiënten hebben vaak globale kennis en missen hierdoor belangrijke informatie. Zo weten ze dat roken slecht is maar niet wat het precies met je hart doet.

Ik vind het lastig als patiënten niet openstaan voor de voorlichting en gedragsverandering. Dan vind ik het lastig om mijn voorlichting daar op aan te passen. Ik vind hierbij een open houding van belang en de keuze(s) van de patiënt te accepteren.

Bij ACS patiënten maak ik weinig gebruik van visuele voorlichting, soms met het PID boekje. Jongere patiënten zijn vaak meer bezig met het PID boekje en zoeken ook meer op. Visuele voorlichting zou meer toegepast kunnen worden op de afdeling, zodat de patiënten meer een beeld kunnen vormen. Op de afdeling zouden we bijvoorbeeld hele simpele plaatjes kunnen gebruiken in combinatie met simpel taalgebruik, zodat het passend is bij het niveau van de patiënt.

Interview 3

In het geven van voorlichting vind ik het overdragen van mijn kennis naar de patiënt van belang, zodat de patiënt geïnformeerd is over het ziektebeeld. Doormiddel van voorlichting kan de patiënt op de hoogte gesteld worden van de stand van zaken. Ik geef voorlichting over de vorm van het infarct dat is doorgemaakt, welke oorzaken aanwezig zijn en welke onderzoeken hebben plaatsgevonden of nog plaatsvinden. Daarnaast richt ik de voorlichting op de situatie van de patiënt.

Voorlichting geef ik tijdens het opnamegesprek en later tijdens de opname op de afdeling peil ik in welke mate de patiënt is voorgelicht. Door de patiënt de informatie in eigen woorden te laten herhalen kan gecontroleerd worden of de informatie is begrepen. Daarnaast geef ik voorlichting voor dat een bepaalde behandeling plaatsvindt. Daarnaast uitleg over de medicatie. Het geven van voorlichting speelt de gehele dag door. Afhankelijk per situatie wordt het moment bepaald waarop je de voorlichting geeft.

Ik heb geen duidelijk inzicht in welke momenten mijn collega’s precies voorlichting geven. Er zijn geen vaste afspraken over het moment van voorlichting, afhankelijk van de situatie.

Voorlichting dient geregistreerd te worden in het elektronisch patiëntendossier. Er wordt opgeschreven welke voorlichting is gegeven en de folders die zijn uitgereikt. Zo kan iedereen terugzien welke voorlichting de patiënt heeft ontvangen. Het registreren van voorlichting wordt niet altijd gedaan. Mogelijk is niet iedereen op de hoogte van deze werkwijze, zoals nieuwe studenten en medewerkers. Daarnaast speelt een gebrek aan tijd mee, waardoor het vergeten kan worden. Het zou fijn zijn als er bijvoorbeeld een herinnering in het activiteitenplan staat.

Op drukke dagen is er minder tijd beschikbaar om voorlichting te geven aan de patiënt. Vaak wordt dan bijvoorbeeld een folder uitgereikt zonder mondelinge toelichting te geven. Patiënten stellen dan achteraf vaak geen vragen meer, waardoor het onduidelijk is of de patiënt de informatie heeft begrepen die in de folder staat. Rondom de beschikbare tijd kan het stellen van prioriteiten door de verpleegkundige helpend zijn. Zo dat op een rustig moment ook echt tijd en ruimte gemaakt wordt om voorlichting te geven.

Op de afdeling wordt gebruik gemaakt van het PID boekje. Hierin staat informatie over het acuut coronair syndroom, wat het complete plaatje met informatie is voor de patiënt. Daarnaast kan het boekje persoonlijk gemaakt worden voor de patiënt. Het is voor mij niet helemaal duidelijk wat op de CCU wordt besproken bij het uitreiken van het PID boekje. Het invullen van het PID boekje bestaat uit veel verschillende stappen, van de patiënt naar de arts en weer terug. Dit kost veel tijd en moeite en zou effectiever kunnen.

Naast het PID boekje zijn er nog meer informatiefolders aanwezig op de afdeling. Hier zou nog meer gebruik gemaakt van kunnen worden door de verpleegkundigen. Mogelijk zijn de verpleegkundigen niet op de hoogte van het bestaan van de folders.

Visuele voorlichting zou een meerwaarde zijn voor de patiënten. Er kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het laten zien van filmpjes aan de patiënt met behulp van een iPad. Op dit moment wordt bijna geen gebruik gemaakt van visuele voorlichting. Wanneer gebruik wordt gemaakt van visuele voorlichting, dient de verpleegkundige op de hoogte te zijn van de werkwijze en deze werkwijze dient gemakkelijk toepasbaar te zijn.

Bij het geven van voorlichting kijk ik naar de leeftijd en cognitie van de patiënt. Daarnaast is het prettig om familie te betrekken bij de voorlichting. Zij kunnen de patiënt ondersteunen en de informatie herhalen. Daarnaast worden zij op deze manier geïnformeerd over de situatie van de patiënt. Bij het betrekken van familie is het wel lastig om een geschikt moment in te plannen om ze te betrekken bij de voorlichting.

Op dit moment wordt er op de afdeling weinig aandacht besteedt aan eigen regie van de patiënt. Dit zou meer afgestemd kunnen worden op de individuele patiënt, om te kijken op welke manier eigen regie bij de patiënt ingezet kan worden.

Interview 4

Wanneer patiënten overkomen van de CCU met een acuut coronair syndroom hebben ze daar al informatie ontvangen aan de hand van het PID boekje. Op de afdeling is het de bedoeling dat het PID boekje eventueel wordt besproken en gekeken waar er nog vragen zijn. Dit doe ik vaak de dag na opname. Het PID boekje richt zich op informatie over het acuut coronair syndroom en richtlijnen voor thuis.

Ik ben niet volledig op de hoogte over welke informatie op de CCU wordt gegeven aan de patiënten. Daarnaast komt het voor dat het boekje op de CCU wel is uitgereikt, maar dat hier geen toelichting is bij gegeven.

Er wordt niet altijd gecontroleerd of de patiënt de informatie die hij heeft ontvangen ook heeft begrepen. Hierbij speelt drukte op de afdeling een rol. Er is vaak geen rustig moment aanwezig om even bij de patiënt te gaan zitten en het gesprek aan te gaan. Daarnaast zou het een verbetering zijn wanneer de overdracht van de CCU naar de afdeling aan bed plaatsvindt. Zodat gelijk gecontroleerd kan worden of alle informatie is begrepen.

Eigen regie van de patiënt speelt steeds meer een rol in de zorg. Het gebruik van het PID boekje is hier een mooie aanvulling op. Deze kan ook gebruikt worden voor het opstellen van doelen voor de patiënt. Tijdens de opname mag er al ingespeeld worden op het opstellen van doelen samen met de patiënt in plaats van te wachten tot de hartrevalidatie. Hierbij wordt ook ingespeeld op gedragsverandering bij de patiënt. Bij het geven van voorlichting aan de patiënt is het van belang om deze af te stemmen op de individuele patiënt.

Tijdgebrek kan ook ondervangen worden door meer aanwezig te zijn op de patiëntenkamers.

Eigen regie is iets wat we als verpleegkundigen nog niet helemaal gewend zijn. Daarnaast speelt kennistekort bij verpleegkundigen hierin een rol. Het is belangrijk dat verpleegkundigen over de juiste communicatieve vaardigheden beschikken om in gesprek te gaan met de patiënt

Voorlichting vindt op verschillende momenten plaats van opname tot ontslag. Er is geen eenduidigheid in het geven van voorlichting door verpleegkundigen. Hier zou meer aandacht aan besteedt kunnen worden door de aanwezigheid van duidelijke afspraken, waar de verpleegkundigen zich ook aan houden. Daarnaast zou het prettig zijn als er een vast moment aanwezig is voor het geven van voorlichting.

Patiënten hebben vaak ook vragen over geslachtsgemeenschap, om dat dit vraagt om het leveren van inspanning. Patiënten zijn vaak bang om inspanning te leveren na een infarct. Mensen vinden het vaak moeilijk om deze vraag te stellen. Daarnaast wordt er door de verpleegkundigen te weinig aandacht aan dit onderwerp besteed.

Het registreren van voorlichting is verbeterd omdat het meer onder de aandacht is gebracht.

Daarnaast wordt familie op dit moment te weinig betrokken bij het geven van voorlichting. Een belemmering hierin is dat er geen vast moment is waarop de familie aanwezig is.

Er zou meer gebruik gemaakt kunnen worden van visuele voorlichting op de afdeling. Deze dient dan afgestemd te worden op de patiënt.

Interview 5

In het geven van voorlichting aan patiënten over het acuut coronair syndroom is het mijn taak om de voorlichting af te stemmen op de patiënt. Daarnaast om in kaart brengen in hoeverre de patiënt de informatie begrijpt. Dit doe ik doormiddel van het stellen van vragen aan de patiënt.

Op de hartbewaking ontvangen de patiënten een PID boekje. Hierbij ben ik niet aanwezig, dus ben ik niet volledig op de hoogte wat daar wordt verteld. Het PID boekje richt zich op informatie over het acuut coronair syndroom en deze kan ingevuld worden gericht op de situatie van de patiënt. Het wisselt of het boekje door de hartbewaking al is ingevuld en welke informatie de patiënt heeft ontvangen. Het zou hierbij helpend zijn als de patiënt wordt overgedragen aan bed door de CCU, zodat gelijk gecontroleerd kan worden of alle informatie is begrepen. Tijdens de opname wordt het boekje van de patiënt vaak niet bijgewerkt als er bijvoorbeeld onderzoeken hebben plaatsgevonden.

Zelf maak ik weleens gebruik van visuele voorlichting. Het is per patiënt verschillend, maar meestal begrijpt de patiënt de informatie hierdoor beter. Op de afdeling wordt weinig gebruik gemaakt van visuele voorlichting.

Daarnaast is er op de afdeling weinig aandacht voor psychosociale begeleiding. Hierdoor speelt angst bij de patiënt bij ontslag vaak nog een rol. Hier zou op de afdeling meer tijd en aandacht aan besteed dienen te worden.

De tijd voor het geven van voorlichting is aanwezig op de afdeling. Maar vaak ontbreekt deze tijd omdat je regelmatig gestoord wordt door telefoontjes en collega’s met hulpvragen. Een vast moment voor het geven van voorlichting zou hierin helpend zijn.

In een ander ziekenhuis vindt tijdens de opname een infarctgesprek plaats met de verpleegkundige, patiënt en familie. Dit zou een verbetering zijn om dat er dan een vast moment is waarop er voorlichting wordt gegeven. Daarnaast heeft het een meerwaarde om het verpleegkundig en medisch ontslaggesprek samen te voegen.

Op dit moment wordt familie vooral betrokken tijdens een familiegesprek of als ze aan de balie komen voor vragen. Het betrekken van de familie heeft meerwaarde als ondersteuning van de patiënt. Daarnaast om de angst van familie te verminderen, wat heropnames kan verminderen. Familie wordt op dit moment vaak als last gezien.

Toen er nog gebruik gemaakt werd van het papieren dossier, was het ACS protocol inzichtelijk en diende afgevinkt te worden wat er was gebeurd. Nieuwe collega’s weten vaak niet goed hoe het ACS protocol eruit ziet. Daarnaast zijn ze minder goed op de hoogte van de nazorg zoals de hartrevalidatie. Hierin hebben zij een kennistekort, wat hen belemmert in het geven van voorlichting. Er is op dit moment geen eenduidig beleid in het geven van voorlichting. Het zou prettig zijn als vast stond welke onderwerpen besproken dienen te worden tijdens de opname en dat de verpleegkundige hier zelf een invulling aan zou kunnen geven.

Tijdens de opname is het van belang om een eerste stap te zetten in gedragsverandering van de patiënt. Dit richt zich op bewustwording creëren bij de patiënt.

Op dit moment is er weinig aandacht voor eigen regie van de patiënt. De focus wordt vooral gelegd op wat de patiënt niet meer kan. Het is juist van belang om ons te richten op de positieve gezondheid. Daarnaast kunnen we de patiënt meer eigen regie geven door ook de behoeften van de patiënt in kaart te brengen. Verpleegkundigen missen op dit moment nog kennis in hoe ze de patiënt eigen regie kunnen geven. Daarnaast vindt er op dit moment ook nog weinig gezamenlijke besluitvorming plaats op de afdeling, wat de ruimte voor eigen regie belemmert.

Interview 6

Onze taak is om de patiënt te informeren over het ziektebeeld en de richtlijnen. Daarnaast over het omgaan met het ziektebeeld en de bijbehorende emoties.

Bij het geven van voorlichting kijk ik naar de patiënt die ik voor me heb en wat de invloed van het ziektebeeld op het leven van de patiënt is. Daarnaast kijk ik wat ze zelf kunnen bijdragen aan een gezonde leefstijl. Er zijn ook patiënten die niet openstaan voor het ontvangen van informatie en verandering van de leefstijl.

Patiënten die een acuut coronair syndroom hebben doorgemaakt ontvangen een PID. De werkwijze rondom het PID bestaat uit het uitreiken van het boekje en hierbij uitleg geven. Daarnaast dient het boekje ingevuld te worden op de situatie van de patiënt en komt het boekje aan bod bij het intake gesprek van de hartrevalidatie. Het uitreiken van het boekje dient te gebeuren op de hartbewaking.

Het is jammer dat patiënten op de hartbewaking soms nog geen PID hebben ontvangen met bijbehorende informatie. De patiënt hoeft niet gelijk overladen te worden met informatie, maar de dag erna kan hier wel mee gestart worden. Nu merk je weleens dat de patiënt minder geïnformeerd is over zijn ziektebeeld dan dat wij denken.

Het is soms onduidelijk welke informatie de patiënt heeft ontvangen. Het is dan onbekend welke voorlichting is gegeven aan de patiënt. Er is niet duidelijk een plek in het dossier waar beschreven wordt wat je tijdens de voorlichting aan de patiënt hebt verteld. Je gaat ervan uit dat iedereen de uitleg geeft aan de patiënt. Ik ben niet op de hoogte welke voorlichting mijn collega aan de patiënt heeft gegeven, maar zij weet het ook niet van mij.

Voeger werd er gebruik gemaakt van het poliklinisch verpleegkundig spreekuur voor het geven van voorlichting aan de patiënt. Deze kennis gebruik ik en andere verpleegkundigen, die al langer op de afdeling werken, voor het geven van voorlichting.

Het geven van voorlichting vind niet altijd op een vast moment plaats. Hierin moet je flexibel zijn, want je weet niet hoe de dag verloopt.

Als je jouw tijd goed besteedt, is er tijd om voorlichting te geven. Maar soms kan het ook tegenvallen hoeveel tijd beschikbaar is. Het is soms lastig om inzicht te hebben in hoe collega’s hun tijd besteden en hoeveel tijd zij daadwerkelijk beschikbaar hebben voor het geven van voorlichting. Daarnaast weet ik niet of alle verpleegkundigen voorlichting geven aan de patiënt het belangrijkste vinden.

Eigen regie kun je de patiënt geven door te kijken naar therapietrouw. Je kunt de patiënt betrekken in het therapietrouw zijn en het aanpassen van de leefstijl. Het is belangrijk om de patiënt zelf te laten ontdekken waarom een bepaalde leefwijze verkeerd is en ze uit te laten vinden wat de beste wijze is.

Vroeger was het dokter die over de ziekte en behandeling ging en anders de verpleegkundigen. Zij bepaalde wat er diende te gebeuren. Nu verandert deze zienswijze. De jonge generatie verpleegkundige wordt hiervoor nu opgeleid. Hier kunnen de ouderen verpleegkundigen van leren en tips ontvangen van de jonge verpleegkundigen.

Op de afdeling wordt vaak zonder familie voorlichting gegeven. Op het poliklinisch verpleegkundig spreekuur kwamen patiënten met hun partner. Doordat de bezoektijden zijn verruimd, is er meer ruimte voor het treffen van familie. Maar door een stukje privacy van de patiënt is het ook lastig om de familie bij de voorlichting te betrekken. Rondom de emotionele ondersteuning van de patiënt heeft het betrekken van familie wel een meerwaarde. In het betrekken van familie is het soms wel lastig dat je kritische vragen kunt krijgen van hen en hier op de juiste manier mee omgaan.

Wanneer patiënten worden opgenomen in het ziekenhuis wordt er vrij snel gekeken wanneer ze weer met ontslag mogen. Dit kan soms voor angst zorgen bij de patiënt.

Vroeger werd er door patiënten in het ziekenhuis gezamenlijk een film gekeken over het hartinfarct. Dit was vaak

Bijlage 10 – Deductieve analyse focusgroep

Topic 1: De rol van de (student)verpleegkundige

**Tabel 13**

*Kennis van de (student)verpleegkundige*

|  |
| --- |
| **Kennis van de (student)verpleegkundig** |
| 8: Je gaat er wel vanuit dat wij allemaal dezelfde basiskennis hebben. |
| 1: Als stagiaire ook wel in ieder geval ook wel die kennis. Ik sta hier nu acht maanden dus ook wel. |
| 8: Dat is in ieder geval wel waarmee je nieuwe medewerkers mee inwerkt en ook studenten. Je legt ze uit wat het verpleegkundige aspect is van het acuut coronair syndroom en wat daar allemaal mee te maken heeft. |
| 3: Ja dus kennis over de ziektebeelden die je natuurlijk nodig hebt om ook informatie te kunnen geven. Kennis van de ziektebeelden begint ook al in je studententijd. Dus dat mag je ook verwachten dat een gediplomeerd iemand dat ook heeft. |
| 2: Ik vind ook wel dat het een stukje eigen verantwoordelijkheid is. Als je weet dat je op de Cardiologie gaat werken dat dat wel belangrijk dat je die ziektebeelden weet. Maar je krijgt ook een afdelingsgids daar staat ook al het een en ander in. |
| 3: Via E-learnings denk ik. |
| 8: Ik denk ook wel op de leerunits is het in ieder geval zo dat je studenten ook echt klinisch redeneren met studenten doet. Ook met de STEMI en non-STEMI. Wat is het zorgpad ACS wat hoort daarbij? Dan ondervraag je ook wat een student weet en zo nodig zit je er zelf bij als iemand voorlichting geeft. Maar dat doe je niet met nieuwe collega’s eigenlijk. Ben ik niet gewend. |
| 1: Als stagiaire is eigenlijk wel een van de eerste dingen die je geleerd krijgt op de afdeling. |
| 8: Ik denk dat er best wel wat kennis is maar dat dat niet altijd naar patiënten verteld wordt. Dat denk ik. Ik denk dat de kennis denk ik ook dat die er is. |
| 5: Ja ik denk ook wel dat de kennis er is. Maar ik denk dat die niet altijd verteld word inderdaad. |
| 8: We gaan er allemaal van uit dat iedereen heeft de kennis wel en zo maar eigenlijk weet je dat ook niet of dat iedereen wel de kennis heeft zeg maar snap je. Dat is ook een aanname. |
| **Samenvatting**  Verpleegkundigen geven aan dat zij beschikken over dezelfde basiskennis. Toch wordt wel besproken dat dit een aanname is. Tijdens het inwerken van nieuwe studenten en medewerkers wordt ook tijd besteed aan het beschikken over de juiste kennis. Daarnaast wordt aangegeven dat het ook een stukje eigen verantwoordelijkheid is om over de juiste kennis te beschikken als verpleegkundige wanneer je werkzaam bent op de afdeling Cardiologie. Op de leerunit wordt er aandacht besteed aan klinisch redeneren over de ziektebeelden. Verpleegkundigen geven aan dat de kennis er is, maar dat deze niet altijd gedeeld wordt met de patiënt. |

**Tabel 14**

*Tijd voor voorlichting*

|  |
| --- |
| **Tijd voor voorlichting** |
| 7: En soms vind ik het ook wel lastig qua tijd. Want dan denk ik o ik wil bijvoorbeeld vooral in een late dienst extra tijd nemen om met een patiënt en eventueel ook familie en naasten daar over in gesprek te gaan. Maar dan heb je het heel erg druk met andere werkzaamheden. |
| 7: Nou ik denk dat als je echt goed met de patiënt in gesprek wilt gaan. Van wat is er nu gebeurt van opname tot nu toe en wat is eventueel het vervolg. Ja denk dat je kwartier soms met heel veel vragen wel een half uur bezig bent. En zeker als je dan meerdere bellen of telefoontjes tussendoor krijgt. Dan word je continu gestoord in dat gesprek. En dan heb je die tijd van een kwartier of een half uur heb je niet |
| 8: Nou ik denk dat er zeker wel dat je soms je voorlichting niet kan geven door tijddruk. Maar het is niet altijd druk. Dus iedereen kan. Dus ik vind niet dat door tijdsdruk we helemaal geen voorlichting kunnen geven. Maar soms komt het wel voor dat bijvoorbeeld ik het niet zou kunnen. Maar dat ik het zou kunnen overdragen of vragen of iemand anders het zou kunnen doen. Denk ik |
| 6: Je kan het ook inplannen als een zorgactiviteit, zeg maar dat je er een bepaalde waarde aan hangt. |
| 2: Die informatieboekjes vind ik ook altijd wel heel erg fijn als je echt weinig tijd hebt en je geeft al vast een boekje voor bijvoorbeeld een hartkatheterisatie. En je komt bijvoorbeeld over een uur terug en je zegt had u het gelezen? Wat snapt u er niet uit? Kan ik nog iets toelichten dat scheelt ook altijd veel tijd. |
| 6: Ik vraag mensen ook altijd om hun vragen alvast op te schrijven. Vaak merk je dat er heel veel vragen zijn, dan hebben ze twee vragen gesteld en dan geef je informatie. Dan krijgen ze veel informatie dat ze daarna niet meer weten “ow wat wilde ik nou eigenlijk vragen.” Als je die tijd op dat moment toch even niet hebt en mensen zitten samen en ze kunnen in ieder geval wat op schrijven. En je hebt straks wel de tijd, dan heb je in ieder geval ook een beetje een leidraad voor je gesprek. |
| 3: Dat is ook zo alleen ik denk wel dat er een beetje een knelpunt zit bij mensen die er wat langer liggen is het geen probleem maar die sneller turn over zijn daar denk ik dat het knelpunt zit. Want bij een STEMI en non-STEMI die zijn allemaal na vier a vijf dagen weg. Een dag of twee valt daar al af van de CCU dus die zijn zo kort bij ons, dus daar zit denk ik bij ons het knelpunt. Dat ze heel snel weer weg zijn en wij vragen aan CCU hebben ze PID gehad, ja ze hebben PID gehad. Dus daar moeten wij dan meteen op inspringen. Als ze vandaag overkomen of vanavond of morgen, anders zijn we al te laat. |
| 3: Nou in die zin misschien niet te weinig tijd maar wel alert zijn op het feit dat er weinig tijd is. Het kan best zo zijn dat je die twee of drie dagen de tijd er voor hebt, maar je moet er wel alert op zijn want voordat je het weet zijn er een paar dagen om dan zijn ze al weg. |
| **Samenvatting**  Verpleegkundigen geven aan dat het soms lastig is om tijd te vinden om voorlichting te geven. Het geven van voorlichting kost al snel een kwartier tot half uur. Tussendoor wordt je dan vaak gestoord door meerdere bellen of telefoontjes.  Tijdsdruk speelt niet altijd een rol. Het geven van voorlichting zou ook overgedragen kunnen worden of er is eventueel een andere collega beschikbaar om de voorlichting te geven.  Sommige verpleegkundigen geven bij tijdgebrek alvast een informatieboekje aan de patiënt en komen hier later op terug. Ook kan aan de patiënt gevraagd worden om vragen te noteren, zodat deze op een later moment besproken kunnen worden.  Patiënten liggen steeds korter op de afdeling, vaak gaan ze na vier á vijf dagen weer met ontslag. Hier vallen de dagen af dat ze op de CCU liggen. Hierdoor is het belangrijk om alert te zijn op het feit dat er weinig tijd beschikbaar is en dat voorlichting wordt gegeven voordat de patiënt weer met ontslag is. |

**Tabel 15**

*Duidelijke en begrijpelijke informatie*

|  |
| --- |
| **Duidelijke en begrijpelijke informatie** |
| 3: Dat kan denk ik ook zijn dat de vraag vanuit de patiënt er niet altijd is. Het kan zijn dat er collega’s zijn of mensen zijn die daar min of meer, misschien onbedoeld, maar daar op wachten zeg maar. Dus het initiatief bij de patiënt legt en dus niet bij jezelf legt. Dus dat je niet vanuit jezelf vraagt van hoe ver bent u en wat wilt u weten of wat weet u al. Je kunt ook vragen wat weet u al. Wat is u al verteld en in hoeverre is het u duidelijk hoe u ervoor staat. Of je kunt wachten tot de patiënt zelf iets gaat vragen of de naasten. Die kans is groot dat dat niet gebeurt. |
| 7: En ik merk ook aan mezelf als ik merk die patiënt ligt er al een paar dagen. Dan ga ik er eigenlijk vanuit of het is al verteld door een andere collega of met de arts. En dan kom ik er pas een paar dagen later dat die patiënt of het is niet verteld of die patiënt heeft het niet begrepen. Waar door het alsnog belangrijk is dat het nog wordt uitgelegd met eventueel familie erbij. |
| 6: Ik denk als wij open vragen stellen dat je dan kunt testen wat de kennis is van je patiënt. Als ik mensen vraag heeft u vragen, nee alles is duidelijk. Maar dan vraag ik wat is er nu eigenlijk allemaal gebeurd, hoe heeft u het ervaren? Dan merken mensen ook pas dat alles helemaal helder is. |
| 6: Patiënten zien het soms als een verplichting van wat ze hier allemaal moeten, “en ik moet mijzelf wegen en ik mag maar zo veel.” |
| 3: Dus dan hebben ze het niet begrepen want als ze begrijpen waarom dat het zo is dan weten ze ook dat het thuis toch doorgezet moet worden. |
| 5: De ervaring leert ook dat er de eerste dagen niet veel binnenkomt. |
| **Samenvatting**  Wanneer patiënten al een aantal dagen op de afdeling liggen, wordt er vaak vanuit gegaan dat de patiënt al informatie heeft ontvangen door een collega, terwijl dit niet altijd het geval is. Daarnaast wordt ervaren dat de eerste dagen niet veel informatie binnenkomt bij de patiënt.  Door het stellen van open vragen kan getest worden wat de kennis van de patiënt is en merk je of alles duidelijk is. Vanuit de patiënt is er niet altijd vraag naar informatie. Door de verpleegkundige wordt het initiatief soms bij de patiënt gelegd, terwijl het bij deze patiënten vaak noodzakelijk is om het initiatief als verpleegkundige te nemen.  Patiënten zien bepaalde leefregels tijdens de opname als verplichting, waardoor het thuis niet altijd wordt doorgezet. Dit duidt er op dat de informatie niet is begrepen. |

Topic 2: De procedure van voorlichting geven

**Tabel 16**

*Werkwijze van voorlichting geven*

|  |
| --- |
| **Werkwijze van voorlichting geven** |
| 2: Nou dan krijgen ze van ons een welkomstenvelop. Ligt er natuurlijk aan waar ze vandaan komen. Van de CCU of Eerste Harthulp. Maar afhankelijk daarvan komen ze bij ons en krijgen ze een welkomstenvelop. En dan doen wij de sjablonen er in zetten. Dan doen we een ECG maken als dat nodig is. Dan krijgen ze informatie van ons. |
| 8: Dan krijg je dus het zorgpad ACS. De meeste mensen liggen op de CCU dan krijgen ze vanuit de CCU een persoonlijk informatiedossier boekje. Waar dus ook heel vele voorlichting in staat over het acuut coronair syndroom. |
| 3: En soms is het ook wel dat is mijn ervaring dat je ook weleens iets op een vierpersoonskamer staat uit te leggen, terwijl het allemaal meeluistert. Dat geeft ook vaak goede reacties soms. Dan hoef je het eigenlijk maar een keer te vertellen, maar dan luisteren ze allemaal mee. En dan krijg je ook reacties van andere patiënten, terwijl je eigenlijk voor één begonnen bent. Dat pakt ook altijd wel goed vind ik. Dat is dan niet meteen de hele opzet geweest, maar dan loopt het wel zo. Dat werkt ook altijd wel. Dat zou je vooraf ook zo kunnen plannen. Dat zou ook kunnen. Maar mijn ervaring is eigenlijk dat het zo ook vaak loopt. Dat mensen automatisch mee gaan luisteren als je iets uit staat te leggen. Dan krijg je heel vaak die soort van interactie zeg maar. Door dat ze vragen gaan stellen. Dan ga je ze ook meenemen. Dat wil dan niet zeggen dat het allemaal precies voor hun ook zo geldt. Maar daar moet je dan wel even alert op zijn natuurlijk. Vaak hoor je wel van mensen dat ze dat heel prettig vinden of heel verhelderend vinden. Dus dan dat is ook een manier eigenlijk. |
| 6: Ik denk de kennis wel, maar dat er niet echt een methode een eenduidig systeem is waarbij we allemaal op dezelfde manier alert zijn op bijvoorbeeld familie of bijvoorbeeld medicijnen. |
| 6: Ja of dat je een beetje een vereiste hebt van als je voorlichting geeft over ACS zorg dan heb dan binnen zoveel uur een anamnese is gedaan. Zorg ervoor dat er binnen drie vier dagen voorlichting is gegeven en gecontroleerd of er ook bij een contactpersoon behoefte is. |
| 7: Ik denk niet dat je dat zo kan zeggen. Want je hebt natuurlijk je hebt eigenlijk twee aspecten. Over wat voor kennis beschikken verpleegkundigen en hebben ze allemaal dezelfde prioriteit wat ze willen vertellen en wat ze kunnen vertellen. Aan de andere kant je kunt niet zeggen je moet de informatie binnen een dag, want je moet je aanpassen aan de patiënt. |
| 6: Ja ik bedoel meer dat je iets kunt. Dat je het op de een of andere manier meetbaar kunt maken dat het is gedaan. |
| 8: Maar ja het staat ook netjes in het sjabloon van het zorgpad ACS staat ook een of twee dagen later van bespreek leefregels |
| 3: Ja maar jij weet net zo goed als ik wat gebeurt er. Dat vind ik dat een beetje lastig met het afvinken in het actieplan. Dat is leuk bedacht maar o als het wat sneller moet of de vakjes blijven open staan en dan weet je ook niet want dan moet je weer gaan zoeken is het wel gedaan. |
| 8: Ja maar dat zijn ook weer een beetje als dat is afgetekend en ik zie dat dat de volgende dag is gedaan. Dan ga je ervan uit dat het gebeurd is. |
| 3: Maar wat is er dan gebeurt? Heb jij gevraagd aan die patiënt. Hebt u het boekje gehad? Check. |
| 3: Dat is dus heel persoonlijk de een doet dit en de ander doet dat en dat is wat iemand er mee doet. |
| 3: Nou nodig hebben ik denk dat iedereen de kennis wel heeft van wat die er mee kan en wat die ermee moet. Alleen het feit is van ja dat je daar een beetje duidelijkheid in krijgt van dat iedereen daar op dezelfde manier mee om gaat naar de patiënt toe. Ik denk dat daar heel veel verschil in zit. |
| 7: En ik ook de een verteld veel gedetailleerder en veel uitgebreider als de ander. De ander neemt alleen het boekje door en de ander verteld meer ins en outs. |
| 2: De één heeft misschien ook wat makkelijkere taal dat de patiënt het wat beter begrijpt dan de ander. Sommige mensen gebruiken toch soms per ongeluk toch nog wat moeilijkere woorden die de patiënten dan eigenlijk niet begrijpen. Daar betrap ik mezelf soms ook per ongeluk op dat je dan toch een moeilijk woord gebruikt. Ja patiënten moet je eigenlijk gewoon in Jip en Janneke taal voorlichten vind ik. |
| 7: Heb weleens gedacht we hebben best wel veel mensen met ACS. Mij lijkt het leuk bijvoorbeeld als je gewoon zegt nou wat als je op een vier persoonskamer bent en je hebt je interactie, praat veel makkelijker mensen kunnen met elkaar vergelijken. We hebben er zo veel waarom niet zoals zo’n spreekuur, maar dat je zegt van nou patiënten komen bij elkaar en je hebt gewoon één verpleegkundige die weet wat die moet vertellen en je bespreekt het gewoon heel uitgebreid. Als de patiënten daar geen behoefte aan hebben kunnen ze zeggen van nou ik heb hier geen behoefte aan ik sluit niet aan . Ik denk dat je dan eenduidige informatie hebt. Je hebt interactie met patiënten die het ook met elkaar kunnen bespreken. Als mensen ergens bang voor zijn de een heeft al katheterisatie gehad en de ander niet dan wordt het toch gerustgesteld door elkaar. Ik denk dat ja. Het is misschien wel idealistisch maar ik denk dat dat wel en je hebt één verpleegkundige nodig voor meerdere patiënten, door misschien iets meer uitgebreider. |
| 3: Voorlichting in groepsverband bedoel je? |
| 5: Uit het verleden dat heb ik ook nog gedaan. Vroeger deden we ook best iets goeds. |
| 3: Ja, dat weet ik eigenlijk niet precies ja je krijgt alles het is continue vernieuwen en veranderen en nieuwe dingen en ik denk toen was dat ook weer achterhaald. |
| 5: Dat was multidisciplinair met ergo, fysio en diëtiek. |
| 2: Ja want hoe moeten we nou gaan plannen dat je dan, sommige mensen gaan daar echt buiten vallen dan ook. Buiten die voorlichting stel dat je die elke maandag zal geven ofzo. |
| 3: Nou wie je hebt die heb je. |
| 3: Het hoeft natuurlijk geen uur te duren het kan ook in een kwartier of twintig minuten. |
| 3: En je kan ook meerdere keren in de week plannen. |
| 8: Ik attendeer mensen eigenlijk nooit op mijn JBZ. Heel soms ja maar niet uit mezelf. |
| 3: Ik kijk daar zelf ook nooit op. |
| 8: Ik weet zelf niet eens hoe het werkt of wat er precies allemaal opstaat op Mijn JBZ. Daar heb ik denk ik niet genoeg kennis over. |
| 1: Te weinig kennis over Mijn JBZ. |
| 7: Beetje afhankelijk van als een patiënt eigen regie neemt want als een patiënt dat wel doet dat was dan laatst die was continue geïnteresseerd in lab uitslagen en medicijnen dan bied je dat aan. Als die daar totaal niet geïnteresseerd in is dan denk je ook niet aan Mijn JBZ uit te leggen. |
| 4: Je geeft ze juist meer regie de patiënten. |
| 6: En soms vragen mensen wat schrijf je allemaal in dat ding als je met je COW komt? Dat kun je zelf ook lezen. |
| 2: Maar kunnen ze rapportage ook lezen? |
| **Samenvatting**  Patiënten worden opgenomen in het zorgpad ACS. Op de CCU ontvangen ze een persoonlijk informatie dossier waarin informatie over het acuut coronair syndroom staat beschreven.  Er wordt aangegeven dat een eenduidig systeem of methode ontbreekt in het geven van voorlichting. Het zou prettig zijn als er een vereiste is over bijvoorbeeld het moment van voorlichting en wanneer gecontroleerd wordt of de informatie is begrepen.  Het is niet altijd inzichtelijk welke voorlichting is gegeven aan de patiënt. Wanneer iets is afgetekend in het activiteitenplan, betekent dit niet gelijk dat de voorlichting ook daadwerkelijk is gegeven. Er is meer duidelijkheid nodig in de manier waarop de verpleegkundige dit naar de patiënt toe uitvoeren. Soms komt het voor dat de verpleegkundigen op een vierpersoonskamer voorlichting geeft aan een patiënt en dat de rest van de patiënten ook wordt betrokken. Er ontstaat dan interactie tussen de patiënten. Patiënten geven vaak aan dit als prettig te ervaren. Het is belangrijk om wel alert te zijn dat niet voor elke patiënt alles hetzelfde is. Een andere mogelijkheid is voorlichting in groepsverband. Hierdoor ontstaat er ook interactie tussen de patiënten en kunnen ze elkaar geruststellen.  Niet elke verpleegkundige is op de hoogte van Mijn JBZ en welke rol voorlichting hierbij kan spelen. Een deel van de verpleegkundigen geeft aan hier te weinig kennis over te hebben. |

**Tabel 17**

*Registratie van voorlichting*

|  |
| --- |
| **Registratie van voorlichting** |
| 1: Ja we hebben natuurlijk via EPD de Voorlichting en ik vind dat zelf een heel fijn systeem dat we er in kunnen zetten wat voor folders we hebben gegeven, maar niet iedereen doet dat. |
| 6: Dan heb je nog de folders dus weet je nog niet precies. |
| 2: Maar daar kun je ook wel meer intypen hè. |
| 6: Op die manier zou je denk ik al veel meer duidelijk kunnen maken voor ons als team. Welke voorlichting je hebt gegeven en aan wie die informatie is gegeven. |
| 8: Ja maar dan vind ik het ook wel veel extra werk om voor iedereen op te schrijven. Dan moet je altijd maken om voor iedereen voorlichting te geven en dan moet je daarna nog een heel verslag schrijven. |
| 6: Een verslag hoeft ook niet. Maar je hebt bij wijze toch zo vijf zinnen getypt als mensen een waslijst van vragen hebben is het denk ik ook relevant genoeg om het te benoemen. |
| 3: Komt dat dan weer niet terug in die gespreksformulieren? |
| 6: Als je neerzet uitleg medicatie gegeven en als mensen het begrijpen. Als je er op die manier er bijvoorbeeld vijf stappen van maakt, ik zit maar te denken. Misschien merk je bij sommige mensen de angst neemt echt de overhand, mensen vertrouwen hun eigen lijf niet meer. Dan zou je daarover iets dieper in kunnen gaan. Maar dan kun je in ieder geval heel snel teruglezen de informatie is gegeven. |
| 2: Ik merk aan mezelf dat ik dat nu heel vaak rapporteer als ik dat heb verteld. Dus ja dan kan ik het misschien beter daar neer zetten. |
| 6: Omdat laatst ook werd gezegd stel er is een incident bij een patiënt die kunnen het dan nooit meer terug vinden als er klachten komen. Stel er is dan een systeem om het terug te vinden. |
| 7: Het enige als ik weleens rapporteer, ik heb de folder gegeven plus uitleg de patiënt had geen vragen of opmerkingen. En als de patiënt heeft aan informatie, patiënt is angstig voor CAG verdere uitleg gegeven. |
| 6: Maar we gaan er wel vanuit dat onze kennis van alle verpleegkundigen op de afdeling voldoende is om uitleg te geven over ACS. Dan mag je er ook vanuit gaan dat dat goede uitleg is. |
| 3: Dat wordt meestal wel gerapporteerd wat verteld is. Maar de dag erna en de dag daarna wordt het lastiger want je gaat niet zo ver terug kijken. |
| 1: Maar daarom kijk ik altijd in de voorlichting of dat gegeven wordt. Dat zou heel fijn zijn als dat goed is bijgehouden. Bij elke folder of uitleg die ik geef rapporteer ik dat bij voorlichting. |
| 3: Maar ik bedoel te zeggen als ik nou bijvoorbeeld late dienst heb en ik heb tien patiënten, dan ga ik echt niet al die tien patiënt nalopen om te kijken hebben ze allemaal voorlichting en informatie gehad. |
| 1: Maar juist is dat overzicht van Voorlichting bij EPD. Dan kun je in een overzicht zien wat mensen aan folders hebben gegeven. Maar rapportages doe ik ook niet een of twee. Maar ik ga niet tien rapportages teruglezen want dat kost gewoon veel te veel tijd. |
| 3: Ja maar dat is het punt hè als je het rapporteert. |
| 6: Dan kan je het wel snel in de avond over tien patiënten die voorlichting geven valt niet mee. Maar stel dat jij merkt dat iemand nog vragen heeft of iets is onduidelijk en je hebt overgedragen gekregen misschien. Of je gaat ervan uit nou die patiënt die ligt er al vijf, zes dagen dus dat zal al wel verteld zijn. Dan kun je wel terug kijken of verifiëren van goh er is uitleg gegeven waarschijnlijk is er toch nog iets niet duidelijk of waar ligt dit dan aan. |
| 7: Wat ik dan ook wel doe ik ga niet bij iedere patiënt controleren of die voorlichting heeft gehad, maar als ik weet van hé je wacht op een katheterisatie of dotter. Dan spiek ik welke voorlichting om te kijken heeft die een folder gehad van een CAG of dotter heeft die ook een PID gehad. Staat dit niet genoteerd dan kan het ook als je even bij de patiënt bent vragen van. |
| **Samenvatting**  Via EPD dashboard kan de voorlichting die gegeven is geregistreerd worden. Hierin kunnen verpleegkundigen registreren welke voorlichting en/of folders ze hebben gegeven aan de patiënt. Verpleegkundigen geven aan dat hier nog niet door iedereen gebruik van gemaakt wordt. Op dit moment is er een verschil in wat de verpleegkundigen noteren onder voorlichting in het dossier. Verpleegkundigen willen voorkomen dat de registratielast wordt vergroot. Sommige verpleegkundigen noteren op dit moment in de rapportage welke voorlichting zij aan de patiënt hebben gegeven. Dit is niet meer goed terug te vinden na een aantal dagen, door dat er niet zoveel rapportages worden teruggelezen. |

Topic 3: Inhoud van de voorlichting

**Tabel 18**

*Inhoud van de voorlichting*

|  |
| --- |
| **Inhoud van de voorlichting** |
| 4: Je speelt in op de vragen van de patiënt dus ik denk dat dat meer leidraad is. |
| 8: Ik denk niet dat elke verpleegkundige hetzelfde hoeft te gaan vertellen. Ik vind het ook wel goed dat bijvoorbeeld ik heb nou bijvoorbeeld een vroege dienst gehad en heb de patiënten heel veel uitgelegd over het acuut coronair syndroom. Dan komt de late dienst en die kan misschien weer een heel ander onderwerp erover aansnijden. Ik denk niet dat je allemaal hetzelfde riedeltje moet gaan uitleggen |
| 2: Misschien is dat wel goed om een keer een korte presentatie met een beetje een format te geven dat een beetje iedereen hetzelfde idee heeft. En dan kun je als je zelf zijnde nog een beetje een eigen kleur er aan geven vind ik. Maar dat iedereen wel een beetje op de hoogte is van. |
| 3: Ten eerste hoe een infarct tot stand komt. Om ze duidelijk te maken, hoe dat het gebeurt. Welke klachten welke symptomen daar bij kunnen horen. Welke risicofactoren daar een rol bij kunnen spelen. |
| 3: Of er eventueel ook nog. Hoe het na de ziekenhuisopname zeg maar gaat verlopen. In grote lijnen, want voor iedereen is dat natuurlijk verschillend. In ieder geval kan anders verlopen want het hoeft niet voor iedereen gelijkwaardig te zijn. En afhankelijk van of er nog vervolgonderzoeken staan te wachten. Want dat is weer afhankelijk van wat ze al gehad hebben. Want kijk als iemand met een infarct binnenkomt en al gedotterd is dan ga je anders naar huis, dan iemand dat nog niet gehad heeft. Die kan dan vaak nog vervolgonderzoeken krijgen. Dus dan moeten ze daar weer op voorbereid worden. Mits de Cardioloog dat afgesproken heeft. |
| **Samenvatting**  De inhoud van de voorlichting bestaat uit uitleg over het infarct met bijbehorende klachten, risicofactoren en onderzoeken. Daarnaast het verloop na de ziekenhuisopname en inspelen op vragen van de patiënt.  Eén verpleegkundige geeft aan dat het niet nodig is dat alle verpleegkundigen hetzelfde gaan vertellen, maar dat verpleegkundigen elkaar juist kunnen aanvullen.  Er zou bijvoorbeeld een korte presentatie gegeven kunnen worden met een format voor het geven van voorlichting. Zodat iedereen dezelfde punten belicht, maar wel zijn eigen kleur hier aan kan geven. |

**Tabel 19**

*Voorlichtingsmateriaal*

|  |
| --- |
| **Voorlichtingsmateriaal** |
| 8: Ik vind wel het gevaar van mensen een boekje of een folder geven en zeggen lees het maar ik kom straks wel terug om de vragen door te nemen. Dan vraag ik me wel af of hebben mensen het echt gelezen of zeggen ze gewoon van ik heb het gelezen en ik heb geen vragen. |
| 8: Ja natuurlijk maar heel veel uitleg, kijk het is natuurlijk binnen vijf á tien minuten is het uitgelegd. Maar een boekje doorlezen is dan wel toch een grotere activiteit en inspanning bijvoorbeeld |
| 3: Kijk in zo’n PID boekje staan echt heel veel dingen. En het valt mij ook wel op. Dat heel vaak mensen als je er naar vraagt, heeft u zo’n boekje gehad. Dat heel vaak ten eerste wat voor boekje, dat weten ze ook heel vaak nooit. En dan leg je dat uit en dan “o ja, dat ligt dan ergens onderin het nachtkastje of zo.” En dan ga je doorvragen en dan ja er zijn er best wel die het ook wel eens doorgebladerd, echt lezen ook niet maar doorgebladerd. En sommige hebben het ook wel goed gelezen. En sommigen zeggen ja heb ik al mee naar huis gegeven. Nou dat is niet de bedoeling want je moet er iets mee doen. Ja maar mijn vrouw wilde het lezen of weet ik veel wie, ja dat is ook goed. Wat ik dan bijvoorbeeld ook altijd zeg als ze het mee naar huis geven. Gooi het thuis nou niet bij het oud papier, dat is ook zoiets. Want dan zeg ik ja er staan heel veel dingen in. Hoe vaak hebben mensen thuis vragen van mag ik dat wel, kan ik dat wel, hoe zat dat ook alweer? Dat heb je zelf al als je thuis bent of je bent bij de dokter geweest en je staat buiten dat wilde ik vragen. Zo werkt dat bij die mensen ook. En dan zeg ik ook altijd leg dat boekje nou eens op tafel of ergens dat je het ziet. Want negen van de tien keer staat het antwoord er in. Het boekje komt van ons af die hebben wij zelf door alle patiënten samengesteld. Maar ja ik heb toch altijd wel het idee dat je de nadruk moet leggen op wat staat er nou in zo’n boekje. |
| 5: Ik denk ook dat ze zeggen dat ze het gelezen hebben. Maar dan hebben ze ook geen vragen. |
| 3: Ik denk ook vaak dat dat komt door ons er tevreden mee te stellen. |
| 8: Ik neem bij ontslag ook altijd zo’n PID boekje nog eens door. En dan zie je ook want dan check ik meteen dat alles is ingevuld. En dan zeg ik ook van hier kunt u nog informatie vinden over de medicatie en denk er aan dat u niet mag autorijden. Dus dat het wel met ontslag kun je altijd nog een keer dan check je wel even, maak je even belangrijk dat het duidelijk is. |
| **Samenvatting**  Wanneer voorlichtingsmateriaal wordt uitgereikt aan de patiënt is het niet altijd duidelijk of de patiënt deze daadwerkelijk heeft gelezen of dat ze aangeven dat ze het gelezen hebben en geen vragen hebben.  In het PID boekje staat veel informatie over het acuut coronair syndroom. Sommige patiënten lezen het boekje uitgebreid. Andere patiënten bladderen het alleen door of weten niet eens meer waar ze het boekje hebben gelaten. Daarom is het belangrijk om de nadruk te leggen op de inhoud en belang van het boekje wanneer deze wordt uitgereikt aan de patiënt.  Sommige verpleegkundigen nemen bij ontslag het PID boekje nog eens door. |

**Tabel 20**

*Visuele voorlichting*

|  |
| --- |
| **Visuele voorlichting** |
| 1: Ik heb ooit één keer wel een filmpje laten zien van de Hartstichting over CABG. Over CABG en dan had ik een heel mooi filmpje had ik ooit een keer voor een product gezien en die heb ik toen laten zien en dat was echt zo’n animatie filmpje. Dat vond die patiënt heel erg prettig dus ja ik denk. |
| 2: Ik weet dat ze dat op de CCU dat wel hebben en op de CCU gebruiken ze dat wel. Ik weet eigenlijk niet meer precies waar het over ging maar ook over volgens mij over ACS, die kreeg de patiënt dan te zien maar ik weet eigenlijk niet meer zo goed. |
| 8: Ik was ook niet echt op de hoogte van dat ze op CCU dat wel gebruiken. |
| 2: Toen ik er stond anderhalf jaar geleden, misschien nu niet meer. Maar ik weet wel dat er was zo’n tabletje die gaven ze dan aan de patiënten en dan kon de patiënt echt in vijf minuten ofzo. |
| 8: Wij hebben die wel over boezemfibrilleren volgens mij hebben wij wel zo’n audio boekje voor. |
| 2: Ja ik kijk daar wel positief tegen aan. |
| 6: Het PID boekje is dan een klein beetje visueel, maar als er dan getekend wordt waar dan een vernauwing of verstopping zit, dan dat mensen toch meer begrijpen te snappen van o zo zit het in elkaar. Met een animatiefilmpje is dat dan veel meer zal zijn. |
| 7: Ik denk dat het dan beter blijft bekleven want in het ziekenhuis lezen ze dan iets, maar dat het toch meer begrepen en blijven onthouden zeg maar ik denk dat dat moeilijk is. Ik denk als je een filmpje kijkt het beter blijft. Maar ik denk naast dat we een folder geven of een filmpje dat onze uitleg, verduidelijking dat het wel meerwaarde heeft. Ik denk dat alleen een filmpje weinig te betekenen heeft. |
| 8: Een filmpje is natuurlijk wel fijn om ook de familie er bij te betrekken want dan kan familie ook bekijken het filmpje. Dat zou thuis kunnen of vanuit het ziekenhuis. |
| 1: Tablet nodig. |
| 2: Geld nodig. |
| 6: Niet bij de patiënten op de tv laten zien dat werkt niet. |
| 2: Ja ik zou een tablet of een boekje wat jullie dan hebben zo’n. |
| 6: Ja als je één of twee tablets hebt bij wijze van spreken. |
| 8: Maar hoeveel mensen hebben ook een eigen smartphone. Zou ook kunnen zeggen van hier heb je een link naar een filmpje. |
| 2: Dan vallen er weer heel veel mensen af die dat weer niet hebben. De ouderenpopulatie. |
| 6: Dan leg je het meer bij de patiënt net als het informatieboekje dan kun je dit lezen en dan kun je deze link opzoeken. |
| 3: Nee je hoef ze ook niet te verplichten. |
| 8: Nee precies en ik denk wel dat maar bedoel ik zat een beetje te bedenken van ja hoe we hoeven nou niet tien tablets te halen omdat we een filmpje willen zien. Ja dat kan je ook op je eigen telefoon bekijken. |
| 7: En via Mijn JBZ één of andere link. |
| 1: Ze doen het bijvoorbeeld bij ja, dat is dan voor kinderen laten ze ook via een soort van tabletje zien wat precies gebeurd. Ja misschien anders voor kinderen ja ik ben er wel voorstander van. Ja via mijn JBZ deden ze dat ook ja, konden ze zelf inloggen en filmpje zien wat dan van toepassing was voor die patiënt zeg maar wat ze kregen. |
| **Samenvatting**  Op de CCU wordt mogelijk gebruik gemaakt van visuele voorlichting, maar hier zijn de verpleegkundigen van de verpleegafdeling niet volledig van op de hoogte. De verpleegkundigen kijken positief aan tegen het gebruik van visuele voorlichting. Wel is het van belang om bij een filmpje of folder alsnog toelichting en uitleg te geven. Door middel van een filmpje kan ook familie betrokken worden.  Verpleegkundigen geven aan dat voor het toepassen van visuele voorlichting geld en tablets nodig zijn. Daarnaast zou indien mogelijk gebruik gemaakt kunnen worden van de smartphones van de patiënten. Ook zou er een link geplaatst kunnen worden op Mijn JBZ naar een filmpje. |

Topic 4: Patiënt en naasten

**Tabel 21**

*Gedragsverandering van de patiënt*

|  |
| --- |
| **Gedragsverandering van de patiënt** |
| 6: Dat is ook een beetje eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Als mensen zelf gezond willen leven en worden. Dan denk ik ook dat mensen daar een groot aandeel in hebben. Dat dat ook in je voorlichting over het acuut coronair syndroom. Je leefstijl is natuurlijk ook een heel belangrijk aspect. |
| 6: Ik denk ook echt de thuissituatie inventariseren bij opname. Het is ook bij de anamnese, want daar staat het summier in. Het ligt er denk ik wel aan hoe je die mensen naar huis stuurt. Je geeft de mensen voorlichting en met die voorlichting verwacht je bepaald gedrag. Met een bepaalde leefstijl. Als mensen zeggen dat ze alles begrijpen maar familie zegt thuis rookt die gewoon een pakje per dag. Hij zegt hier wel van niet. Dat zijn wel belangrijke achtergrondinformaties van patiënten die nodig zijn wil je goede gerichte voorlichting geven. Soms zeggen patiënten van nee ik drink nooit. |
| 3: Kijk iedere patiënt weet eigenlijk wel kijk ik kan hier wel van alles gaan zitten vertellen en of dat nou wel of niet klopt dan houd je gewoon jezelf voor de gek. Ja kijk je kunt natuurlijk ook niet bedenken van zal het allemaal wel kloppen. Dat gaat natuurlijk ook niet. Je moet eigenlijk aan kunnen nemen wat iemand tegen jou vertelt dat dat ook klopt. Daar moet je vanuit kunnen gaan. Of er moeten echt duidelijke aanwijzingen zijn van iemand die erbij is ofzo. Van nou maar anders moet je er wel vanuit kunnen gaan dat het klopt. Want anders heb je nooit meer iets aan je informatie of een anamnese die je afneemt. |
| 6: Ik denk soms in de anamnese dat we daar nog wat in kunnen bereiken. Soms iets beter inventariseren. Je gaat ervan uit dat de patiënt de waarheid vertelt. |
| **Samenvatting**  De leefstijl van de patiënt is van belang bij het geven van voorlichting. Volgens een van de verpleegkundigen is dit de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en hebben zij hier zelf een groot aandeel hierin. Door het geven van voorlichting verwacht je bepaald gedrag bij de patiënt. Hiervoor is achtergrondinformatie van de patiënt van belang, om ook gerichte voorlichting te kunnen geven. Er wordt aangegeven dat in de anamnese hier nog meer aandacht aan zou kunnen besteed worden. |

**Tabel 22**

*Informatiebehoefte van de patiënt*

|  |
| --- |
| **Informatiebehoefte van de patiënt** |
| 7: Ik vraag ook of ze informatie hebben gehad. Wat ik ook regelmatig als reactie krijg is nee en dat wil ik ook niet. En soms gaat het dan over medicijnen dat ze dat te ingewikkeld vinden. Soms gaat het over onderzoeken dat ze het spannend vinden. |
| 3: Dat doe ik ook maar de vraag die gesteld wordt, welke behoefte echt de patiënt heeft. Ik denk dat die niet echt gecheckt wordt. Ik denk dat het meer de standaard is van je krijgt dit onderzoek dus je krijgt die informatie. Dat foldertje. Heb je een STEMI of een non-STEMI dan krijg jij het PID. Dus het is wel. |
| 8: Ik denk wel dat het per patiënt. Kijk de ene patiënt zegt van ik hoef nog geen informatie of ik heb er geen behoefte aan. Dan leg ik wel vaak uit van als je dan bij de hartrevalidatie komt heb je ook eerst een gesprek met een verpleegkundige bij wie je ook vragen kunt neerleggen. Dus het is wel. We hebben wel allemaal standaard iets wat we doen. Maar ik denk wel dat iedereen patiëntgericht kijkt wat iemand nodig heeft en wat je doet uiteindelijk. Het is niet zo dat je je informatie gaat door drammen van je wilt niks horen, dat denk ik wel. |
| 7: Wat ik meestal wel doe als ik heb gevraagd, maar ze zeggen daar heb ik geen behoefte aan. Dan bied ik meestal wel aan van ik kan een folder neerleggen vaak niet alleen voor de patiënt maar ook voor de eerste contactpersoon bijvoorbeeld. Want soms merk je dat de patiënt zelf niks wil weten, maar dat de familie met heel veel vragen komt. |
| 2: Ik denk bij zo’n standaard opzet dat de patiënt bij de risicofactoren misschien al is afgehaakt. Want als die dat misschien al drie keer heeft gehoord, vindt die een stukje medicatie misschien wel belangrijker om te horen. Dus ik sluit eigenlijk altijd aan bij de patiënt onduidelijkheden of vragen |
| 6: Ik bevraag mensen meestal. Ik vraag niet zo snel of mensen vragen hebben. Dat doe je ook wel maar als mensen zeggen nee ik heb geen vragen. Dan zeg ik bijvoorbeeld weet u wat voor medicijnen u heeft. Weet u waar dat voor is? Zo kom je een beetje erachter hoe goed mensen op de hoogte zijn van hun eigen behandeling en hoever mensen op de hoogte zijn. Dan pas je denk ik daar je voorlichting op aan. |
| 1: Ik heb weleens iemand gehad die ook voor een CABG moest gaan en die was daar zo van ontdaan, dat ik zei van ik kom op een ander moment wel terug om die open hartoperatie door te bespreken. Ik speel daar wel op in als ik ook echt zie dat iemand daar van ontdaan is wel |
| **Samenvatting**  Een aantal verpleegkundigen geeft aan dat de informatiebehoefte van de patiënt niet altijd gecheckt wordt. Wanneer er gebruik gemaakt wordt van een standaard opzet met betrekking tot de voorlichting kan het zijn dat de patiënt al snel is afgehaakt, omdat niet alle informatie voor hem relevant is. Door patiënten te bevragen kan getest worden over welke informatie ze beschikken en kan de voorlichting hier op aangepast worden.  Wanneer een patiënt aangeeft geen behoefte te hebben aan informatie, wordt soms gekozen om een informatiefolder uit te reiken voor bijvoorbeeld de contactpersoon of familie. |

**Tabel 23**

*Naasten van de patiënt*

|  |
| --- |
| **Naasten van de patiënt** |
| 3: Daar hebben wij eigenlijk geen tijd voor om de familie ook bij te praten. Dat komt al uit een vroeg verleden hè. Maar vroeger had je echt nog dat werd zo gepland voor iedere patiënt met partner als ze die hadden of met een van de kinderen. Dan werd gewoon gepland van nu hebben wij een gesprek. Gewoon puur informatief. Ja met ons maar dat is niet meer. Dus nu is het aan ons om daar gewoon alert op te zijn. |
| 8: Daar heb ik ook je zorgevaluaties voor? |
| 3: Ja dus er zijn wel weer andere dingen voor in de plaats gekomen. Maar vaak denk ik, tenminste als ik naar mezelf kijk. Nog meer gericht op de patiënt dan op de naasten mee te nemen. De directe naasten of bijvoorbeeld ook oudere kinderen |
| 6: Ik vraag vaak wanneer bezoek komt. Dat je een beetje weet van een patiënt mijn partner of mijn kinderen zijn er zo laat. Dan probeer je af te stemmen of het ook daadwerkelijk lukt en of je dan ook de tijd hebt om die voorlichting te geven. Maar dat lukt niet altijd. |
| 2: Vaak komt familie het zelf ook al vragen |
| 6: Stel ze komen om drie uur allemaal, dan ben je met je overdracht bezig. Dan moet je het ook aan de late dienst overdragen. Dat is toch altijd lastiger want je weet ook niet hoe de avond gaat lopen bijvoorbeeld. |
| 8: Ik ben wel tenminste als ik naar mezelf kijk. Zelfstandige mensen die in ieder geval nog onder de zeventig zijn als familie niet zelf komt met vragen over hoe het allemaal zit, dan zal ik het alleen maar aan de patiënt uit leggen hoe het zit. Kijk als ze erbij zitten dan zou ik ze sowieso betrekken of als er een specifieke vraag is. Maar als er niet naar gevraagd wordt of gezegd. Dan zou ik daar niet. |
| 6: Ik bewust wel omdat je vaak. Ik merk toch heel vaak dat partners heel angstig zijn. Ja dus dan als dat maar goed gaat. En wat als die naar huis gaat. |
| 7: Ja meestal zie je dat ze zelf al komen met vragen. Vaak naar de balie |
| 6: Ja maar als je alleen maar aan iemand al vraagt: “Gaat het wel er is wel veel gebeurt?” Dat is vaak al aanzet genoeg om je voorlichting te kunnen geven. Dan is het niet per se onder het kopje voorlichting, dan is het wel voorlichting. Maar niet dat je daar een planning voor maakt. |
| 7: En wat net al gezegd werd bijvoorbeeld voor ontslag. Familie komt de patiënt ophalen. Dan heb je toch nog een gesprekje en neem je nog een aantal dingen door waarin je ook eventueel wat informatie geeft en vragen beantwoord. |
| 2: Ik denk dat het persoonlijk is maar ik denk ook dat je altijd moet kijken gewoon je ziet zelf ook wel of een patiënt begrijpt wat je vertelt. En als je denkt dit komt niet binnen dan vind ik het ook altijd fijn om de familie erbij te betrekken. Of als ik iemand heb die het allemaal begrijpt. Dan vind ik dat ook weer een stukje eigen regie van de patiënt. Als je die gewoon cognitief goed functioneert. |
| 6: Ik denk ook dat het verschil ik heb lang in de thuiszorg gewerkt. Ik merk vaak in de thuiszorg hoor je vaak dat weet ik allemaal niet meer dat hebben ze met m’n man besproken of met die besproken. Dat je nu met mijn instinct is in het werk van het ziekenhuis. Dat ik heel goed begrijp als mensen naar huis gaan, hoe het er thuis uit ziet. Want daar heb ik jaren in gewerkt. En dan kan de patiënt heel goed ingelicht zijn. Maar als de partner het niet goed begrijpt is het thuis ook snel ruzie in de tent. Dus ik denk dat daarom mijn inzicht is om bij jongeren toch de partner of kinderen erbij te betrekken. |
| 8: Ik vraag wel vaak dan aan de jongere patiënten van. Dan vraag ik gewoon aan de patiënt zelf denk jij dat je man, vrouw of kinderen ook behoefte aan informatie of een gesprek hebben. |
| 2: Ja dat doe ik dan ook maar dat is dan vaak met de arts en niet met ons. |
| 8: Er is geen eenduidigheid in het betrekken van familie horen we. |
| 6: Dat vind ik sowieso wel een lastige. Niet alleen binnen het acuut coronair syndroom. Maar er zijn verschillende meningen. Soms wordt er ook weleens gezegd we zijn het ziekenhuis ingekomen. We gaan dat nu niet helemaal regelen. Dat doet de thuiszorg wel. Terwijl ik me afvraag of dat altijd de goede insteek is. Ik denk zo kun je misschien ook voorkomen dat patiënten weer terugkomen. Doordat ze het niet begrijpen, medicatie niet innemen of thuis iets niet geregeld is. Toch zie je regelmatig mensen weer terugkomen, ook bij ons. Dan vraag ik me af is dat dan omdat we geen goede voorlichting hebben gegeven of hadden we toch iets meer al de familie moeten betrekken tijdens opname ook al zijn het geen gigantische casussen. |
| 2: Misschien ook dat er standaard bij elke patiënt een familiegesprek komt. |
| 2: Waar ik nog vaak tegen aanloop is dat ik bijvoorbeeld als ik een late dienst werk dat dan familie dan naar mij toekomt van ik wil echt een gesprek. Want vaak komt in de avond familie. Dan word dat pas de volgende dag weer echt opgepakt, want in de avond ga je geen familiegesprek regelen. Dat daardoor familie pas heel laat een gesprek krijgt. Dus ik denk dat er misschien iets wordt gedaan dat wij bijvoorbeeld bij opname al iets kunnen plannen, bijvoorbeeld een familiegesprek. Want ik loop er heel vaak tegen aan dat families nog heel veel vragen hebben en dat het dan weer een paar dagen duurt voor een gesprek. |
| 8: Maar kunnen wij niet heel veel vragen beantwoorden? |
| 2: Ja zeker wel maar familie wil ook heel vaak de arts zien. |
| 7: Maar wat voor vragen hebben ze dan. Want wat ik heel vaak merk is dat ze zeggen ik wil de arts spreken en als je dan doorvraagt, dan hoeven ze de arts niet te spreken omdat wij het antwoord kunnen geven. En dan is het vaak handiger om een of twee dagen te wachten doordat ze bijvoorbeeld uitslag hebben van een onderzoek. Daar kan de arts. |
| 2: Ja dat bedoel ik ook uitslagen van onderzoeken en zo want die ga ik natuurlijk niet geven. Uitslagen van echo cor enz. |
| 7: Dan heeft het geen zin om meteen binnen een dag al een familiegesprek te plannen. |
| 5: Ik benoem het meestal wel als ik mensen overneem van de CCU en ze zullen nog een CAG of weet ik wat krijgen. Dan benoem ik de mogelijkheid is er maar als ik u was zou ik nog even wachten tot de onderzoeken geweest zijn, dan is er meer te vertellen. |
| 3: Dat vind ik ook altijd met hartfalen of met gedecompenseerde mensen daar wordt een beleid over afgestemd. Daar valt de eerste paar dagen niks over te zeggen want dat gaat op de termijn. Dat leg ik ook altijd uit kom over drie dagen eens informeren. Want die eerste twee dagen valt er niks te vertellen want het moet allemaal opgestart worden. Dus we moeten op de termijn kijken of het effect heeft wat er ingezet wordt. En als je dat zo uitlegt dat snappen ze. |
| 2: Meestal snappen ze het ook wel maar ik heb vooral heel vaak vrijdagavonden altijd dan gaat er het weekend overheen. |
| 3: Ja dat klopt als je iets op vrijdagavond af wilt spreken, gaat er het weekend overheen. Dat is ook logisch want de weekend arts heeft daar geen tijd voor en kent de patiënt niet goed |
| 2: Maar ik denk ook als we weten dat het onderzoek dat de uitslag er is dat we dan al iets plannen voor het weekend. Dat de familie houvast heeft en de vragen worden weggenomen. Voor dat er weer een paar dagen overheen gaan. |
| 2: Natuurlijk kan ik als verpleegkundige heel veel vragen wegnemen maar het gaat vaak over uitslagen van CAG van echo cor en dat willen mensen dan heel graag weten. Dat snap ik ook heel goed. Als donderdag een echo cor is geweest en je hoort pas maandag wat daar de uitslag van is daar loopt ik heel erg tegen aan. |
| **Samenvatting**  Voorlichting wordt vaak op de patiënt gericht in plaats van op de familie en naasten. Een deel van de verpleegkundigen vraagt aan de patiënt wanneer naasten en familie aanwezig zijn, om af te stemmen wanneer zij bij de voorlichting betrokken kunnen worden. Dit lukt niet altijd vanwege het tijdsmoment waarop familie en de verpleegkundige beschikbaar zijn niet overeenkomen.  Sommige verpleegkundigen kiezen ervoor om bij zelfstandige mensen onder de zeventig niet direct familie te betrekken, alleen als hier vraag naar is vanuit de patiënt of naasten. Eén van de verpleegkundigen heeft in de thuiszorg gewerkt en weet hierdoor dat patiënten en/of naasten thuis vaak nog met vragen zitten. Daardoor kiest zij ervoor om hen tijdens de opname meer te betrekken.  Bij ontslag is vaak de mogelijkheid om familie te betrekken en informatie te geven of vragen te beantwoorden.  In het verpleegkundig team is geen eenduidigheid in het betrekken van familie. Daardoor is er geen duidelijk moment waarop een gesprek plaatsvindt met de familie en verpleegkundige. Ditzelfde geldt voor een familiegesprek met de arts. Er zijn verschillende meningen over het moment waarop wordt bepaald wanneer een familiegesprek met de arts nodig is. Als verpleegkundigen kunnen we vaak al veel vragen van familie wegnemen, waarvan zij denken dat die voor de arts bestemd zijn. |

**Tabel 24**

*Eigen regie van de patiënt*

|  |
| --- |
| **Eigen regie van de patiënt** |
| 7: Ik denk dat het ook een beetje afhankelijk is. Als ik zelf kijk hoe ik daar op inspeel is het de leeftijd van de patiënt. Ik denk dat de oudere patiënt minder zijn eigen regie pakt, dus speel ik daar meer op in dan neem ik het eerder over. Bij jongere patiënten merk je toch al vaak dat ze toch bijvoorbeeld ook op internet gaan zoeken. Maar dan is het wel prima dat je dat doet maar kijk dan wel betrouwbare sites en niet Wikipedia maar op Hartstichting en bekijk deze folders. |
| 3: Daar verbaas ik me dan wel over want dan denk ik van op internet wordt alles opgezocht maar als wij dan iets willen vertellen hebben ze geen interesse, want dat maak ik dus dan ook mee. Dan denk ik van ja hoezo op internet gaan ze het wel opzoeken. Nee maar dat snap ik dan niet want dan denk ja hoezo? |
| 8: Sommige tachtigjarige die zijn nog heel erg goed die weten precies nog welke medicatie. Het is per patiënt, maar het is niet je kunt er geen harde leeftijd op zetten maar het is wel sommige jonge mensen hebben ook een heel laag IQ waardoor je ook denkt van nou laten we toch maar even die vrouw of iemand erbij komen. |
| 3: Ja dat is ook vaak wat mij ook opvalt is dat bepaalde voorlichtingen, regels van die tellen alleen maar als je in het ziekenhuis bent thuis niet meer. Dat is ook zo’n valkuil waar mensen dat denk ik ook dat wij daar heel of meer duidelijk in moeten zijn. Van bijvoorbeeld en vochtbeperking die ze bij ons hebben hoe vaak hoor je dat niet dat mensen zeggen: ‘Nou dat hoeft toch thuis niet meer’. Wel ‘hoezo?’. Nou ga dat dan maar eens uitleggen. Hoe vaak hoor je dat niet dat is ook een stukje te kort aan informatie, onbegrip ja hoezo alleen maar hier. |
| **Samenvatting**  Door enkele verpleegkundigen wordt aangegeven dat de oudere patiënt soms minder snel eigen regie pakt. Jongere patiënten zoeken sneller iets op internet op. Toch zit er geen vaste leeftijd vast aan de mate van eigen regie van de patiënt  Patiënten hebben het idee dat sommige leefregels die in het ziekenhuis gelden thuis niet meer van toepassing zijn. Op dit gebied missen ze informatie. |

Bijlage 11 – Membercheck focusgroep

*Kennis van de verpleegkundigen*

Verpleegkundigen geven aan dat zij beschikken over dezelfde basiskennis. Toch wordt wel besproken dat dit een aanname is. Tijdens het inwerken van nieuwe studenten en medewerkers wordt ook tijd besteed aan het beschikken over de juiste kennis. Op de leerunit wordt aandacht besteed aan klinisch redeneren over de ziektebeelden. Verpleegkundigen geven aan dat de kennis er is, maar dat deze niet altijd gedeeld wordt met de patiënt.

*Tijd voor voorlichting geven*

Verpleegkundigen geven aan dat het soms lastig is om tijd te vinden om voorlichting te geven, zonder gestoord te worden door bellen of telefoontjes. In sommige gevallen kan door tijdsdruk voorlichting geven worden overgedragen.

Sommige verpleegkundigen geven bij tijdgebrek alvast een informatieboekje aan de patiënt en komen hier later op terug. Ook kan aan de patiënt gevraagd worden om vragen te noteren, zodat deze op een later moment besproken kunnen worden.

Patiënten liggen steeds korter op de afdeling. Hierdoor is het belangrijk om alert te zijn op het feit dat er weinig tijd beschikbaar is en dat voorlichting wordt gegeven voordat de patiënt weer met ontslag is.

*Duidelijke en begrijpelijke informatie*

Wanneer patiënten al een aantal dagen op de afdeling liggen, wordt er vaak vanuit gegaan dat de patiënt al informatie heeft ontvangen door een collega, terwijl dit niet altijd het geval is.

Door het stellen van open vragen kan getest worden wat de kennis van de patiënt is en merk je of alles duidelijk is. Vanuit de patiënt is er niet altijd vraag naar informatie. Door de verpleegkundige wordt het initiatief soms bij de patiënt gelegd, terwijl het bij deze patiënten vaak noodzakelijk is om het initiatief als verpleegkundige te nemen.

*Inhoud van de voorlichting*

De inhoud van de voorlichting bestaat uit uitleg over het infarct met bijbehorende klachten, risicofactoren en onderzoeken. Daarnaast het verloop na de ziekenhuisopname en inspelen op vragen van de patiënt.

Er zou bijvoorbeeld een korte presentatie gegeven kunnen worden met een format voor het geven van voorlichting. Zodat iedereen dezelfde punten belicht, maar wel zijn eigen kleur hier aan kan geven.

*Werkwijze van voorlichting geven*

Er wordt aangegeven dat een eenduidig systeem of methode mist in het geven van voorlichting. Het zou prettig zijn als er een vereiste is over bijvoorbeeld het moment van voorlichting en wanneer gecontroleerd wordt of de informatie is begrepen. Het is niet altijd inzichtelijk welke voorlichting is gegeven aan de patiënt door andere verpleegkundigen.

Soms komt het voor dat de verpleegkundigen op een vierpersoonskamer voorlichting geeft aan een patiënt en dat de rest van de patiënten ook wordt betrokken. Er ontstaat dan interactie tussen de patiënten. Het is belangrijk om wel alert te zijn dat niet voor elke patiënt alles hetzelfde is. Een andere mogelijkheid is voorlichting in groepsverband. Hierdoor ontstaat ook interactie tussen de patiënten en kunnen ze elkaar geruststellen.

Niet elke verpleegkundige is op de hoogte van Mijn JBZ en welke rol voorlichting hierbij kan spelen. Een deel van de verpleegkundigen geeft aan hierover te weinig kennis te hebben.

*Registratie van voorlichting*

Via EPD dashboard kan de voorlichting die gegeven is geregistreerd worden. Verpleegkundigen geven aan dat hier nog niet door iedereen gebruik van wordt gemaakt. Op dit moment is er een verschil in wat de verpleegkundigen noteren onder voorlichting in het dossier. Verpleegkundigen willen voorkomen dat de registratielast wordt vergroot. Sommige verpleegkundigen noteren op dit moment in de rapportage welke voorlichting zij aan de patiënt hebben gegeven. Dit is niet meer goed terug te vinden na een aantal dagen, door dat er niet zoveel rapportages worden teruggelezen.

*Voorlichtingsmateriaal*

Wanneer voorlichtingsmateriaal wordt uitgereikt aan de patiënt, is het niet altijd duidelijk of de patiënt deze daadwerkelijk heeft gelezen.

In het PID boekje staat veel informatie over het acuut coronair syndroom. Sommige patiënten lezen het boekje uitgebreid. Andere patiënten bladderen het alleen door of weten niet eens meer waar ze het boekje gelaten hebben. Daarom is het belangrijk om de nadruk te leggen op de inhoud en belang van het boekje wanneer deze wordt uitgereikt aan de patiënt. Sommige verpleegkundigen nemen bij ontslag het PID boekje nog eens door.

*Visuele voorlichting*

Op de CCU wordt mogelijk gebruik gemaakt van visuele voorlichting, maar hier zijn de verpleegkundigen van de verpleegafdeling niet volledig van op de hoogte. De verpleegkundigen kijken positief aan tegen het gebruik van visuele voorlichting. Wel is het van belang om bij een filmpje of folder alsnog toelichting en uitleg te geven. Door middel van een filmpje kan ook familie betrokken worden.

Verpleegkundigen geven aan dat voor het toepassen van visuele voorlichting, geld en tablets nodig zijn. Daarnaast zou, indien mogelijk, gebruik gemaakt kunnen worden van de smartphones van de patiënten. Ook zou een link geplaatst kunnen worden op Mijn JBZ naar een filmpje.

*Gedragsverandering en eigen regie van de patiënt*

De leefstijl van de patiënt is van belang bij het geven van voorlichting. Door het geven van voorlichting verwacht je bepaald gedrag bij de patiënt. Hiervoor is achtergrondinformatie van de patiënt van belang, om ook gerichte voorlichting te kunnen geven. Er wordt aangegeven dat in de anamnese hier nog meer aandacht aan kan worden besteed.

Door enkele verpleegkundigen wordt aangegeven dat de oudere patiënt soms minder snel eigen regie pakt. Jongere patiënten zoeken sneller iets op internet op.

*Informatiebehoefte van de patiënt*

Een aantal verpleegkundigen geeft aan dat de informatiebehoefte van de patiënt niet altijd gecheckt wordt. Wanneer gebruik gemaakt wordt van een standaard opzet met betrekking tot de voorlichting kan het zijn dat de patiënt al snel is afgehaakt, omdat niet alle informatie voor hem relevant is. Wanneer een patiënt aangeeft geen behoefte te hebben aan informatie wordt soms gekozen om een informatiefolder uit te reiken voor bijvoorbeeld de contactpersoon of familie.

*Naasten van de patiënt*

Voorlichting wordt vaak op de patiënt gericht in plaats van op de familie en naasten. Een deel van de verpleegkundigen vraagt aan de patiënt wanneer naasten en familie aanwezig zijn, om af te stemmen wanneer zij bij de voorlichting betrokken kunnen worden. Dit lukt niet altijd omdat het tijdsmoment waarop familie en de verpleegkundige beschikbaar zijn niet overeenkomen.

Bij ontslag is er vaak de mogelijkheid om familie te betrekken en informatie te geven of vragen te beantwoorden.

In het verpleegkundig team is geen eenduidigheid in het betrekken van familie. Daardoor is er geen duidelijk moment waarop er een gesprek plaatsvindt met de familie en verpleegkundige. Ditzelfde geldt voor een familiegesprek met de arts. Er zijn verschillende meningen over het moment waarop wordt bepaald wanneer een familiegesprek met de arts nodig is. Als verpleegkundigen kunnen we vaak al veel vragen van familie wegnemen, waarvan zij denken dat die voor de arts bestemd zijn.

*Reactie membercheck.*

Via de mail is binnen één week door één van de verpleegkundigen de volgende reactie gegeven op de membercheck die was verstuurd.

“Duidelijk beschreven. Het enige wat ik mis is het korte tijdsbestek waarin voorlichting gegeven moet worden en hierin keuzes maken welke voorlichting voor de patiënt het meest relevant is op dat moment. Tussen de regels door lees ik dit wel maar het staat er niet expliciet.”